

“ Seul à seul ” : la solitude en clinique psychomotrice

Clémentine Marseille

► **To cite this version:**

Clémentine Marseille. “ Seul à seul ” : la solitude en clinique psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274057

HAL Id: dumas-02274057

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274057>

Submitted on 29 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



**« Seul à seul » :
La solitude en clinique psychomotrice**

**Mémoire présenté par Clémentine Marseille
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité**

Référentes de mémoire :
Françoise Giromini et Agnès Adeline

Session Juin 2019

*« Chaque homme a dans le coeur un vide, une entaille, un sentiment d'abandon et
de solitude. »*

Guillaume Musso

Remerciements

Je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée et soutenue, et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire :

Françoise Giromini et Agnès Adeline, mes référentes de mémoire pour la confiance et la disponibilité qu'elles m'ont accordées, leurs encouragements et leur étayage qui m'ont accompagnée dans ma réflexion et son aboutissement.

Catherine Potel et François Morisset, maîtres de stage et psychomotriciens dévoués, qui m'ont accueillie dans leurs groupes thérapeutiques et qui m'ont donné l'occasion de gagner en autonomie professionnelle.

Aurélié Grimaud, maître de stage, pour la confiance qu'elle m'a accordée dans la prise en charge des patients et sa bonne humeur communicative.

Tous mes maîtres de stage et professeurs de ces trois années de formation, qui m'ont transmis leur savoir et leurs expériences et qui m'ont fait découvrir leur pratique.

Les patients rencontrés durant mes nombreux stages qui ont fait preuve d'indulgence et qui m'ont permis d'approcher au mieux ce qu'est mon futur métier.

Ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenue quoi qu'il arrive. Je tiens à remercier tout particulièrement mes parents pour les nombreuses relectures et leurs encouragements et pour m'avoir toujours fait confiance. Sans vous, je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui.

Je remercie également mes camarades de promotion pour leurs relectures, leurs conseils avisés et leurs mots justes et rassurants dans les moments de doute. Une pensée toute particulière pour ses amitiés liées dans mes groupes de travaux dirigés.

Et pour clore ces remerciements je finirais par vous livrer un passage de mes notes, griffonnées à la sortie d'un de nos cours.

« J'ai longtemps cherché comment tout cela devait commencer, comment dire quelque chose d'intelligent, de drôle, de touchant pour vous adresser toute ma gratitude... Je me suis alors replongée dans nos ateliers de cette année, nos rencontres informelles et nos aventures farfelues... Et j'ai vu vos sourires, revécu des moments de complicité, des discussions passionnantes, senti mon cœur battre à la vue de tout cet amour qui m'a entourée, j'ai transpiré en redansant lors de nos soirées endiablées, eu mal aux pieds en pensant aux kilomètres parcourus ensemble... Alors tout simplement merci de m'avoir autant apporté. »

Un grand merci à vous tous.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PARTIE I : Clinique psychomotrice et solitude	9
1. Chez l'enfant.....	9
1. 1. Simon : l'hyperactivité n'est elle pas un moyen de fuir la solitude ?.....	9
1. 2. Alexandre : réflexion sur la place de la solitude en hospitalisation.....	13
2. En psychiatrie adulte	15
2. 1. Madame C : un questionnaire autour de la fin de vie	15
2. 2. Madame F : la solitude en addictologie.....	17
3. En gériatrie	22
3. 1. Madame B : vieillissement et solitude	22
PARTIE II : Approches théoriques	24
1. Le sentiment de solitude présent chez tous et à tout âge, qu'est-ce que c'est ?.....	24
1. 1. Différence entre « être seul », le sentiment de solitude, l'isolement relationnel et « vivre seul »	24
1. 2. Caractéristiques de l'expérience de solitude : solitude subie, solitude volontaire.....	27
1. 3. Pourquoi choisir la solitude extrême ?.....	27
1. 4. Pourquoi et comment vient-on à souffrir de la solitude chronique ?	29
2. L'élaboration de la capacité à être seul	31
2. 1. Pré-requis à la capacité à être seul : la capacité à être seul dépend-elle de nos relations précoces ?	31
2. 2. Les processus mis en jeu dans la capacité être seul	33
2. 2. 1. La base narcissique	33
2. 2. 2. Que se passe-t-il lorsque la base narcissique est mise à mal ?.....	35
2. 2. 3. L'objet interne : une notion clé garantissant la capacité d'être seul	36
2. 2. 4. « Etre seul en présence de »	38

2. 2. 5. Le Moi-Peau	39
2. 3. La capacité à être seul se développe aussi tout au long du développement de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.....	41
3. Le regard de la société sur la solitude : apport sociologique	41
3. 1. Quelques expériences	41
3. 2. La représentation de la solitude d'un point de vue historique	43
3. 3. D'où vient la vision négative du sentiment de solitude ?	45
PARTIE III : Discussion	49
1. Une juste solitude	49
2. Exemples cliniques et bénéfiques des médiations en psychomotricité	50
2. 1. L'accompagnement dans une juste solitude	51
2. 1. 1. Le toucher	51
2. 1. 2. L'aménagement de l'espace.....	54
2. 2. Rompre une solitude souffrance	56
2. 2. 1. La groupe thérapeutique.....	56
2. 2. 2. La relaxation	58
3. La posture du psychomotricien, garante de cette juste solitude	59
3. 1. L'établissement du cadre thérapeutique pour veiller à la continuité de la capacité à être seul même en présence du psychomotricien	60
3. 2. L'importance de la médiation pour permettre au patient d'être seul.....	61
3. 3. L'importance de la capacité à être seul du psychomotricien	61
4. La sentiment de solitude du côté soignant ?	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXE	I

INTRODUCTION

Je me souviendrai toujours de mon arrivée dans la capitale. Sans jamais avoir vraiment posé un pied à Paris je me lançais dans des études de psychomotricité au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière. Je savais que cette formation allait être enrichissante et passionnante pour moi mais, éloignée de ma famille et de mes amis d'enfance, je me sentais extrêmement démunie et seule, seule dans la foule parisienne.

Lors de mes stages j'ai retrouvé ce sentiment de solitude présent chez les patients et revenant souvent dans les échanges institutionnels. Aussi bien chez les adultes, les personnes âgées et les enfants, la solitude, voulue, subie, interne, ou encore moyen de défense, est présente et m'interroge. Comme ça a été le cas pour moi, certains souffrent de la solitude, d'autres la recherchent ou encore la fuient. Je me suis tournée vers des écrits, à la recherche de quelques regards psychomoteurs, mais j'ai constaté que très peu de publications abordaient réellement la solitude, ou si tel était le cas ils se rapportaient uniquement à la personne âgée. Ce travail a donc été de longue haleine pour trouver des écrits fiables et pour ramener ces théorisations au domaine de la psychomotricité. À travers ces trois années de formation je me suis alors posée la question suivante, à laquelle je tenterai de répondre.

Quelle place a la solitude en clinique psychomotrice et comment se manifeste-t-elle ?

S'en suivent ces différentes interrogations qui ont guidé la rédaction de ce mémoire. Comment la solitude est-elle vécue chez les patients ? Comment la capacité à être seul se construit-elle ? Comment la solitude est-elle perçue dans notre société ? La solitude est-elle toujours négative ? Impossibilité pour certains ou encore isolement pour d'autres, n'y aurait-il pas une "juste solitude" comme une juste distance qui existe pour chacun d'entre nous ? Quelle place a la psychomotricité pour apporter une juste solitude adaptée à chacun des patients ?

J'ai tenté de retranscrire au mieux le cheminement de ma réflexion me permettant de construire pas à pas ma future posture professionnelle. Pour cela dans un premier temps j'ai fait le choix de présenter diverses vignettes cliniques, reflet des nombreuses manifestations de la solitude.

Dans un second temps j'ai développé la partie théorique dans laquelle je traite les différents aspects de la solitude, son élaboration et ses représentations dans notre société.

Enfin, dans ma dernière partie, je vous présenterai le rôle de la psychomotricité dans la prise en charge de la solitude et la spécificité des soins qu'elle apporte notamment auprès des situations cliniques que j'ai rencontrées.

PARTIE I : Clinique psychomotrice et solitude

Par souci d'anonymat mais aussi de confort de lecture les prénoms de toutes les personnes citées ont été modifiés.

1. Chez l'enfant

1. 1. Simon : l'hyperactivité n'est elle pas un moyen de fuir la solitude ?

Simon est un petit garçon âgé de 8 ans, scolarisé en CE2 et pris en charge en psychomotricité en cabinet libéral depuis novembre 2018. Il est adressé en psychomotricité pour un trouble de attention avec hyperactivité. Je rencontre Simon dans le cadre d'un groupe hebdomadaire auquel je participe au sein de mon stage long de troisième année. Ce groupe ouvert est constitué de trois enfants de la tranche d'âge de Simon, c'est à dire de 8 à 10 ans, et mené par deux psychomotriciens ainsi que moi-même. Ces derniers sont suivis en psychomotricité pour diverses indications mais se retrouvent dans ce groupe pour un travail de lâcher prise et de détente. Une séance habituelle se déroule en deux temps: le premier est un temps de relaxation puis le deuxième est guidé par divers jeux.

Avant l'intégration d'un enfant dans le groupe, celui-ci, accompagné de ses parents, rencontre les psychomotriciens. Cet entretien permet de réaliser une anamnèse, de connaître l'environnement familial, d'évoquer les difficultés rencontrées et de proposer le groupe si cela est adapté pour l'enfant. Après avoir été envoyé par la psychologue qui suit Simon, un entretien lui est donc proposé. Lors de ce dernier les parents de Simon relatent des angoisses et une agitation motrice difficile à gérer. Ils décrivent Simon comme un petit garçon nerveux, ayant des difficultés à rester attentif, et supportant difficilement le regard des autres. L'environnement familial est ensuite évoqué: Simon habite avec sa mère, infirmière pédiatrique, son père, graphiste, et ses deux frères. Simon est le cadet de cette fratrie qui peut parfois le malmener. L'aîné serait jaloux de Simon et aurait un comportement qualifié de sadique envers lui. A la maison, Simon papillonne, n'écoute pas et peut rouspéter. Durant ces premières années de vie, ses parents expliquent que Simon avait du mal à respirer. Jusqu'à ses cinq ans il pouvait venir dormir dans le lit de ses parents. Lors de cette rencontre Simon présente encore une énurésie¹ nocturne primaire qui l'entraîne à porter une protection la nuit.

¹ énurésie : émission involontaire et inconsciente d'urine. (2009). Dans *Le Robert Collège*. Paris, France : Le Robert.

A l'école Simon est présenté comme un enfant maladroit avec ses camarades, il occupe tout l'espace verbal et a peu, voir pas, de copains. Paradoxalement, Simon ne joue pas seul, il interpelle souvent ses camarades qui ne répondent pas à ses sollicitations ou interpelle les adultes. Il a souvent besoin de relations duelles et des contacts physiques avec ses enseignants. La frustration est difficile à supporter et Simon peut faire des crises de colère. Cependant ses résultats scolaires sont excellents et il est accompagné de maitresses conscientes de ses difficultés de concentration et bienveillantes à son égard.

Simon est suivi chez un ostéopathe et en psychothérapie depuis ses 3 ans. La psychologue qui l'envoie évoque un petit garçon anxieux, qui parle de l'homosexualité et du toucher du corps des autres.

Simon est décrit par ses parents comme un petit garçon qui est très créatif et bricoleur, capable de fabriquer des inventions utiles à la maison, il aime lire et pratique l'escalade et le Karaté.

Durant ce temps d'échange Simon écoute partiellement, il explore la salle rapidement et il s'intéresse à de nombreux jeux ou objets de la salle sans vraiment prendre le temps de les découvrir pleinement. Dans des échanges de ballon, Simon a besoin de se tenir au mur lorsqu'on lui demande de rester statique sur ses deux pieds. Simon présente des difficultés à maintenir un équilibre bipodal statique et dynamique. Il ne sait pas trouver une position assise adéquate et durable. Ces éléments mettent en évidence un manque d'intégration de son axe corporel.

Après cette rencontre, la prise en charge groupale est proposée et acceptée par les parents. Nous évoquons les bénéfices pour Simon de réaliser un travail de relaxation thérapeutique et de détente par le jeu. La relaxation thérapeutique en psychomotricité pourra permettre à Simon d'équilibrer sa charpente tonique, intégrer son axe du corps, des repères spatio-temporels précis, sécurisants à partir du corps propre mais aussi se distancier vis-à-vis des stimulations externes pour favoriser la concentration. Simon rejoint donc le groupe déjà formé depuis septembre qui est composé deux autres enfants. Dès la première séance Simon est très agité et présente une grande excitation. Il semble intimidé par le groupe et la relation déjà formée entre les deux autres enfants. Il nous montre des réactions de tout petit : il peut pousser des cris, faire des bruits avec sa bouche, utiliser un « langage bébé », ou bouder dans un coin. Cette première séance a donc eu pour but de le rassurer quant à sa place dans le groupe. Lors du temps de relaxation Simon est incapable de poser son corps sur le tapis. Il est en constante recherche d'appuis visuels ou tactiles et finit par se lever quelques minutes après lui avoir proposé de s'allonger.

Au fur et à mesure des séances je découvre beaucoup de facettes différentes de Simon. Je relève le trépied symptomatologie du trouble de l'attention avec hyperactivité avec tout d'abord une forte impulsivité. Elle est perceptible par son incapacité à inhiber une réaction immédiate, il lui est en effet difficile de différer l'accomplissement d'une action. Son acte moteur est plus rapidement exécuté que pensé, de même qu'il lui est difficile d'anticiper ses actes. Simon a, par ailleurs, des difficultés pour rester fixé sur une tâche. Il est distractible et a beaucoup de mal à se concentrer et à saisir l'information pertinente à la réalisation d'une tâche. Je remarque aussi son hyperactivité qui se manifeste par une envie constante de combler le vide : Simon bouge beaucoup, tout le temps, il déambule sans but précis et il est empreint d'une logorrhée² et il lui est difficile de respecter le temps de parole des autres et ne cesse d'intervenir. Cependant ce flot de paroles est souvent marqué par des explications confuses, des bégaiements, des recherches de mots et il est souvent obligé de s'expliquer par le corps en mimant.

Je remarque également que Simon est très cultivé et s'intéresse à de nombreux sujets mais il est très exigeant envers lui-même et a des attentes envers lui-même très élevées. Il va par exemple compliquer les propositions faites ou encore va les dénigrer si cela lui paraît trop facile et qu'il réussit. Simon est un petit garçon attachant qui va nous montrer à plusieurs reprises de l'intérêt et va investir réellement le groupe. Je découvre au fur et à mesure un petit garçon créatif et attentionné envers les autres. Il nous apportera une caricature pour chacun de nous: un dessin nous représentant avec des détails personnels. Simon est par ailleurs impliqué, il comporte de multiples capacités et ressources et il peut se saisir de notre étayage pour améliorer ses performances.

Lors des séances jusqu'à Janvier, Simon a toujours un regard fuyant, souvent porté au ciel ou dans le vide. Il est encore très agité durant les temps de détente au sol où nous proposons de ressentir comment le corps peut se poser, comment la respiration se fait. Il bouge constamment, fait des bruitages, exagère sa respiration et la bloque, change de position très rapidement et se donne des coups répétitifs sur sa tête. Il me paraît très difficile pour Simon de rester seul avec lui-même, avec ses sensations et ses pensées. Lors d'une séance je lui propose alors de me rapprocher de lui en lui posant simplement ma main sur la sienne, posée au sol. Je ressens comme des décharges électriques qui circulent dans sa main : des légères et brèves contractions de ses doigts. Elles disparaissent peu à peu et j'observe le visage de Simon se détendre, ses bruitages cessent et il ferme spontanément ses yeux.

² logorrhée: flux de paroles. (2009). Dans *Le Robert Collège*. Paris, France: Le Robert.

Ce toucher semble lui apporter un soutien nécessaire pour s'apaiser et il me paraît donc intéressant d'intégrer cette notion dans la prise en charge de Simon.

Plus tard, lors des touchers thérapeutiques que nous initiions je remarque que Simon lâche totalement son poids et n'a aucune difficulté à se laisser mobiliser. Cependant, durant ces temps Simon est totalement dépendant de nous, il s'abandonne totalement, il nous donne entièrement son corps sans aucune résistance ce qui contraste beaucoup avec son agitation constante. Je perçois dans la façon de se mouvoir de Simon deux sortes de périodes qui régissent ses mouvements. Je pourrais différencier d'une part les périodes ON et de l'autre les périodes OFF. La période ON serait caractéristique des moments où Simon est agité et impulsif, où son corps est constamment en mouvement et avec un tonus d'action et de posture qui tend vers le pôle hyper-tonique. La période OFF correspondrait à ces temps où le corps est totalement relâché et avec un tonus de fond très bas. Durant cette dernière période, il me semble que Simon pense beaucoup tout en « se coupant » totalement de ses ressentis corporels, comme si son corps se clivait soudain de sa pensée. Le corps de Simon répondrait à ces deux extrêmes sans avoir de nuances. Les objectifs thérapeutiques qui vont dès lors émerger seront d'amener Simon à être acteur de sa propre détente tout en étant toujours accompagné et ainsi le rendre maître de son propre corps pendant un moment sans agitation.

Dans ce contexte il me paraît pertinent de réaliser un toucher du dos issu du shiatsu. Le shiatsu est une pratique issue de la médecine chinoise qui a pour but d'harmoniser les énergies des différents organes du corps. Il est basé sur différents points d'acupuncture et les différents méridiens qui traversent le corps. Il permet de prendre conscience de son corps via les différents points de pressions. Dans le cas de Simon cette médiation pourrait lui permettre de se reconnecter avec son corps, ses sensations et pourrait lui apporter une vision unifiée de son arrière-fond. Ce type de toucher me paraît moins passif que des mobilisations « classiques » telles que nous les retrouvons dans la méthode Soubiran³ ou encore celle de Wintrebert⁴, et plus approprié que les mobilisations actives type Feldenkrais⁵ qui seront exécutées par Simon sans prise de conscience, dans le « faire pour faire ». Le shiatsu pourra également agir sur la régulation tonico-émotionnelle grâce à l'état de détente qu'il procure.

³ Soubiran G., 1995, p. 275-278

⁴ Wintrebert H., 1995, p. 27-37

⁵ Guilbaud C., 2015, p. 230-232

Je réalise le toucher en débutant par le dos puis avec une mobilisation de l'articulation de chaque épaule et enfin par les membres inférieurs jusqu'aux pieds. Après ce temps de relaxation nous proposons un temps de parole qui permet à chacun de déposer ce qu'il souhaite, librement et sans jugement. Habituellement peu bavard sur ses ressentis, Simon prend la parole: « moi j'ai bien aimé le massage aujourd'hui », je lui demande alors ce qu'il a pu ressentir et s'il peut me dire pourquoi il a bien aimé ce moment ; « ça faisait comme des fourmis qui étaient sur mon dos, qui sont descendues jusqu'en bas de mes pieds et qui sont parties en passant par mes orteils ». Il a donc pu avoir la perception d'un moment agréable pour lui, ce qui me paraît être important pour Simon afin qu'il puisse prendre conscience du plaisir qu'il peut avoir avec son corps même lorsqu'il est immobile. Durant ce temps de retours et d'échange Simon me paraît plus apaisé, il s'assoit sur son coussin, sans déborder de celui ci, comme il peut avoir l'habitude de faire. Il écoute attentivement ce que les autres évoquent et rebondit sur ce qu'on peut dire.

Ce toucher particulier qui s'exerce par des points de pression permet d'avoir des ressentis précis et peut-être mieux localisables pour Simon. Il semble, dans tous les cas, sensible au toucher du dos, ce qui nous a permis d'utiliser cet intérêt pour la suite de la prise en charge. En parallèle de ce travail autour de l'investissement de cet arrière-fond, il paraît important de développer des temps de solitude pendant lesquels il peut être accompagné pour ne pas paniquer face à ses émotions, ses sensations, ses angoisses.

1. 2. Alexandre : réflexion sur la place de la solitude en hospitalisation

Alexandre est un jeune adolescent âgé de 14 ans hospitalisé dans le service de neuropédiatrie dans lequel je réalise mon stage long de troisième année. Après plusieurs plaintes somatiques aux urgences il est transféré dans le service. Je fais donc la rencontre d'Alexandre en octobre 2018.

Depuis 2016, Alexandre revient de façon récurrente aux urgences à la suite de chutes. En octobre 2018, Alexandre est hospitalisé durant un mois pour des douleurs faciales et une dysphagie, des explorations doivent alors être menées pour écarter une quelconque étiologie neurologique. Lors de notre rencontre, les plaintes somatiques sont cependant nombreuses et diverses : douleurs aux cervicales, à la mâchoire, otalgies⁶ et troubles de la vision.

⁶ douleurs situées au niveau de l'oreille.

Ces plaintes ont un retentissement majeur sur son état général : anorexie, ralentissement psychomoteur, asthénie marquée et déscolarisation. Alexandre est un adolescent qui nous dit avoir pratiqué du cyclisme et de l'athlétisme. Il nous confie être angoissé depuis longtemps et tomber souvent, ce qui expliquerait ses douleurs. Durant cette hospitalisation Alexandre a des hallucinations visuelles et auditives, il exprime avoir des angoisses de dissociation et dit ne plus ressentir d'émotions.

Tout au long du bilan mené avec Alexandre, ce dernier se montre coopérant, parlant peu mais attentif à nos consignes. Il présente une très grande cyphose dorsale⁷ et une hypertonie⁸. Cette posture d'enroulement figée a des répercussions sur sa respiration dont les expirations sont beaucoup plus amples que les inspirations. Ses expressions faciales sont très minimales ce qui lui confère presque une amimie⁹. Alexandre nous confie être fatigué « comme un petit papi ». Il souffre d'anorexie mentale et a une attitude dépressive. Le bilan réalisé en psychomotricité ne révèle aucune difficulté de dextérité manuelle cependant son geste s'inscrit dans une grande hypertonie. Alexandre présente une bonne coopération bi-manuelle. Néanmoins sa planification est lente et son projet moteur fragile. Il présente une pauvreté d'exploration et de manipulation des objets, ce qui expliquerait ses difficultés. Il a des difficultés à maintenir un équilibre bi-podal statique, qui semblent être d'ordre proprioceptif et/ou dues à un manque d'expériences motrices de ce type. Alexandre ne semble pas mettre en place de stratégies pour maintenir son équilibre. Il ne présente pas de difficulté d'équilibre dynamique.

Alexandre vit actuellement au domicile de ses parents avec son petit frère. Rapidement l'équipe soignante subit les inquiétudes de ses parents. Ils dorment tous les jours auprès de lui, cherchent de multiples explications aux douleurs de leur enfant et sont en constante recherche de nouveaux professionnels qui pourraient observer Alexandre. Après plusieurs semaines d'explorations, aucune étiologie neurologique n'est retrouvée. Le diagnostic fait alors débat auprès de l'équipe : il y a-t-il une entrée dans un processus psychotique ou bien ses délires sont-ils dus à un système familial anxigène? D'autres émettent l'hypothèse d'une profonde dépression.

⁷ cyphose: déviation de la colonne vertébrale qui rend le dos convexe. (2009). Dans *Le Robert Collège*. Paris, France: Le Robert.

⁸ augmentation exagérée et permanente du tonus, de la tonicité musculaire.

⁹ amimie: diminution ou perte de la mimique faciale et de la gestuelle. (2010). Dans J. Rey-Debove et A. Rey (dir.), *Le nouveau Petit Robert Collège* (p. 2392). Paris, France: Le Robert.

Alexandre reste toute la journée dans sa chambre et n'est plus scolarisé. Le personnel soignant passe plusieurs fois dans la journée pour le repas, la prise de médicaments ou encore lors des examens. Le service accueille beaucoup d'enfants ou adolescents ayant des problématiques graves qui nécessitent des appareils calculant les constantes et donc qui obligent d'avoir en permanence la chambre ouverte afin que les soignants puissent entendre les machines se déclencher. Pour Alexandre, adolescent de 14 ans, l'intimité est fortement réduite et il ne se retrouve donc jamais seul. L'équipe a préconisé aux parents de rentrer les soirs et de réduire les temps de visite afin d'offrir un espace à Alexandre. Cependant à plusieurs reprises des soignants seraient rentrés dans la chambre d'Alexandre et l'auraient surpris en train de se masturber. Ces situations ont été reprises en synthèse d'équipe et cela a soulevé la problématique suivante : à quel moment laisser seul un patient ? La peur d'une mise en danger se confronte alors au respect de l'intimité et des besoins solitaires d'un adolescent de 14 ans. Comment assurer la sécurité d'un patient tout en respectant sa vie privée ?

2. En psychiatrie adulte

2. 1. Madame C : un questionnement autour de la fin de vie

Je rencontre Madame C lors d'un stage court dans une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) à la fin de ma deuxième année. Cette dame, âgée de 62 ans, est prise en charge dans cette structure depuis plusieurs dizaines d'années. Elle présente une maladie génétique neurodégénérative qui amoindrit ses capacités au fur et à mesure de l'âge. Lors d'une réunion d'équipe la question de la fin de vie pour Madame C est soulevée. Il s'agit maintenant de lui proposer des soins palliatifs et d'agencer au mieux son environnement.

D'après l'OMS les soins palliatifs sont des « soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. La lutte contre la douleur et les autres symptômes ainsi que la prise en considération des problèmes écologiques sociaux et spirituels sont primordiaux. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort »¹⁰. En France, les soins d'accompagnement de fin de vie sont encadrés par deux lois : celle du 22 avril 2005 et celle du 2 février 2016 et viennent renforcer la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁰ OMS. (1990). « Traitement de la douleur cancéreuse et des soins palliatifs ». Série de rapports techniques 804, Genève.

Dans les grandes lignes, ces lois visent à lutter contre l'acharnement thérapeutique, à développer les soins palliatifs et la prise en charge des symptômes et à reconnaître des nouveaux droits aux patients (directives anticipées, droit à la sédation mais aussi à l'information concernant le double effet). La phase palliative commence lorsqu'il s'agit d'apporter des soins à un patient atteint d'une maladie incurable ou lorsqu'il y a arrêt du traitement. Elle peut durer plusieurs années comme seulement quelques jours. L'arrêt du traitement pour cause d'effets secondaires plus nocifs que la maladie aura pour effet de laisser courir la maladie mais est à différencier de l'euthanasie qui vise à administrer un produit provoquant la mort. V. Coccagn définit l'approche psychomotrice des soins palliatifs comme « une proposition relationnelle d'étayage corporel, [...] une invitation accueillir le vécu corporel propre de la personne avec ses empreintes, traces sensibles, cicatrices bruyantes ou silencieuses. C'est une rencontre avec sa réalité dans l'ici et le maintenant. »¹¹

Madame C a une sonde naso-gastrique qui la nourrit durant plusieurs heures. Cette sonde doit être branchée sur secteur ce qui pose problème lorsque Madame C se retrouve dans la salle commune avec les autres résidents puisqu'il est arrivé qu'un des résidents débranche la sonde. À cette occasion, les soignants l'ont heureusement très vite remarqué mais ils appréhendent maintenant de devoir être plus attentifs à l'avenir. De plus Madame C paraît de plus en plus fatiguée et a parfois besoin de repos durant le temps de repas. Se pose alors la question de la laisser dans la salle à manger puisque le temps de repas est un temps très bruyant et souvent marqué par l'excitation des autres résidents. Il a donc été évoqué la possibilité de la laisser seule dans sa chambre lors de ce moment de nourrissage artificiel, sans passage de soignant puisqu'ils sont tous mobilisés au moment du repas. Puis ramener madame dans le salon entre le repas du midi et du soir, période durant laquelle la plupart des résidents partent en activité. Elle se retrouverait donc une fois de plus seule. Paradoxalement ceci soulève un nouveau questionnement : cela ne revient-il pas à l'isoler de l'environnement et notamment des autres résidents ? Le fait de devoir laisser seule Madame C dans sa chambre renvoie pour certains soignants à un aspect déshumanisé, à la réduire à un objet qu'on laisse dans une pièce. La solitude renvoie aussi à la mort, et le fait d'avoir un milieu qui entoure, « vivant », rempli de joie, de cris, d'échanges, serait pour eux un moyen de ne pas la voir comme morte, et de lui offrir une « belle » fin de vie.

¹¹ Aflaloa J., Coccagn V., Kaempf D., Krebs Z., De Laforcade B., Mallet S., ... Vizzavonah J., 2016, p. 226-234

Dans ce contexte, je me questionne sur quelle place lui offrir entre sur-stimulation relationnelle et isolement relationnel ? Madame C ne pouvant pas communiquer oralement il paraît difficile de connaître sa position quant à ce débat et ses ressentis vis-à-vis de la solitude. Est-ce que le fait d'être isolée socialement lui donne un sentiment d'être seule, rejetée des autres ? Est-ce que l'inclure dans la salle commune lors du repas au milieu des autres résidents ne la coupe-t-elle pas de la relation et ne se sent-elle pas seule parmi les autres ?

Ces questionnements posent tout l'enjeu de la fin de vie dans la dignité. Je n'ai pas de réponses établies à apporter mais il me paraît important de relever qu'un accompagnement paisible en soins palliatifs ne signifie pas laisser la personne toute seule en permanence. Etant en stage court je n'ai pas pu développer plus l'évolution de cette prise en charge sur le long terme. Cependant, j'aurais aimé utiliser cet accompagnement personnalisé, que le cadre de la psychomotricité instaure, afin de lui proposer des moments calmes paisibles et rassurants. Un travail autour d'une recherche avec Madame C des sensations qui lui paraissent agréables aurait pu être proposé. Quel canal sensoriel aurait pu être privilégié ? Toucher, musique, lecture, diffusion d'odeurs... autant de médiateurs pour lui apporter un moment de « solitude partagée ». Pour moi, il s'agirait de trouver un juste équilibre entre le trop pleins de relations qu'il peut y avoir dans la salle commune et la solitude lors d'un isolement relationnel, qui pourrait être vécu comme un abandon par Madame C. La qualité de la relation serait donc à privilégier sur la quantité de contacts sociaux.

2. 2. Madame F : la solitude en addictologie.

Madame F est une femme âgée de 45 ans reçue en hôpital de jour, dans lequel j'ai réalisé un stage court en octobre 2017. Elle est prise en charge depuis août 2012 pour un syndrome de dépendance à l'alcool. Je la rencontre dans le contexte suivant : abstinente depuis septembre 2017, Madame F participe à un groupe de relaxation Sapir. La relaxation à inductions variables de Sapir s'inspire du training autogène de Schultz¹², et s'intéresse à la relation soignant-soigné. Les consignes de Schultz, imprégnées d'une certaine autorité se transforment en inductions variables: le relaxé fait le choix d'accepter ou non les suggestions. Celles-ci ne sont plus ritualisées, ni répétitives¹³.

¹² Schultz J.H., 2008

¹³ Sapir M., 2003, p.13-22

La relaxation à inductions variables utilise la parole, le toucher et les silences. Il s'agit de personnaliser la séance en fonction du patient, la notion de relation est alors mise en jeu. De ce point de départ, la relaxation à inductions variables s'intéresse à certains concepts comme le transfert, la régression, la fonction contenante. Cette méthode est ainsi souvent nommée « relaxation de sens psychanalytique ».

Madame F participe à ce groupe à raison d'une fois par semaine, mené par la psychomotricienne du centre d'addictologie, qui a été formée à la méthode Sapir. Cette dame est célibataire et sans enfant, malgré le désir d'en avoir un. Elle possède un domicile stable et est sans emploi en ce moment.

En 1993, Madame F a été victime d'un accident de la circulation en moto. Alors âgée de 21 ans, elle y perd son compagnon et subit de nombreux dégâts physiques dont de multiples fractures et un écrasement du membre inférieur gauche, elle est alors hospitalisée sept mois. Cet accident de la circulation constitue un traumatisme psychique et physique important et marque alors le début des conduites addictives par la consommation d'héroïne. Ce comportement évolue rapidement vers une dépendance et l'injection de la substance se fait par voie intra-veineuse. Ce syndrome de dépendance à l'héroïne est alors pris en charge et un traitement par substitution est mis en place ; la consommation d'héroïne est relativement réduite mais s'accompagne d'une consommation régulière d'alcool, jusqu'à une aggravation progressive de cette conduite. Le dossier médical spécifie aussi que Madame F a fait part d'une communauté thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge de son addiction à l'héroïne.

A 24 ans, Madame F a été incarcérée plusieurs mois pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

En 2009, elle subit un deuxième accident de la route, cette fois-ci en voiture. Cette même année, alors âgée de 37 ans, elle fait une première fausse couche spontanée à 3 mois de gestation. Il est noté que cette grossesse était pourtant très attendue. Une accélération des consommations d'alcool est notée. Ces conduites de consommation ont entraîné une multiplication des troubles du comportement de type activité de destruction, crise coléreuse ainsi que de l'agressivité envers son compagnon.

Entre 2010 et 2012, Madame F a été hospitalisée à trois reprises, dans un contexte de troubles du comportement avec alcoolisation massive. La sortie de sa dernière hospitalisation date d'août 2012. Les observations médicales somatiques d'avril 2012 indiquent que Madame F a fait une seconde fausse couche en mars 2012.

Cet évènement a provoqué une rechute des angoisses ainsi que des menaces suicidaires, des idées noires sur fond d'alcoolisme persistant.

A la date de son admission en hôpital de jour au centre d'addictologie, fin août 2012, la dépendance alcoolique de Madame F évoluait depuis une dizaine d'années sur fond de dépression chronique. Les observations initiales psychiatriques datant de 2012 et réalisées par le psychiatre du centre d'addictologie indiquent que Madame F est venue d'elle-même consulter pour une prise en charge de sa dépendance alcoolique, sur les conseils d'une patiente. A cette époque, Madame F ne suivait aucun traitement médicamenteux. En revanche, on peut constater dans son dossier qu'elle a été traitée de nombreuses fois dans le passé. On retrouve notamment beaucoup de prescriptions concernant la dépendance à l'alcool ainsi que l'anxiété (antidépresseurs et antipsychotiques). Lors de notre rencontre, elle suit un traitement médicamenteux prescrit par le psychiatre du centre.

Les patients de l'hôpital de jour passent un accord avec l'équipe soignante et celui-ci est basé sur le volontariat : l'accent est porté sur le principe de ne pas venir en ayant consommé. Dans le cas de Madame F, le dossier médical indique que des périodes d'alternance entre consommation d'alcool et abstinence ont été relevées entre juin 2016 et septembre 2017.

En janvier 2017, elle est adressée à l'hôpital par les pompiers suite à une tentative de suicide par phlébotomie¹⁴. A cette période, on peut lire qu'elle consommait régulièrement de l'alcool en réponse à ses épisodes délirants. Elle est maintenant abstinente depuis septembre 2017.

Profitant habituellement de la relaxation au côté des patients, j'ai pu me placer le temps d'une séance dans la position d'observatrice, ce qui m'a permis de noter quelques éléments durant les inductions verbales m'informant sur l'état du tonus de fond de Madame F : de nombreux petits mouvements dans la totalité du corps, notamment dans les doigts et les pieds sont présents, je les assimile à des décharges toniques.

Madame F arrivait très souvent crispée, avec des tensions dans les épaules, le visage légèrement fermé. Elle se plaint souvent de douleurs, comme par exemple à la mâchoire ou irradiant le long de sa jambe gauche.

¹⁴ phlébotomie: incision d'une veine pour provoquer la saignée. (2010). Dans J. Rey-Debove et A. Rey (dir.), *Le nouveau Petit Robert Collège* (p. 2392). Paris, France: Le Robert.

Madame F ne présente pas de tremblements des mains qui pourraient être causés par un état de manque. La motricité fine a pu être observée lors d'un exercice de coordination au cours d'un échauffement pendant la séance de psychomotricité durant lequel Madame F est parvenue à toucher successivement la pulpe de chaque doigt avec son pouce, sans jamais toucher deux fois de suite le même doigt et le plus rapidement possible, les bras étant placés en chandelier et les mains hors du champ de vision. Au niveau de la motricité globale, Madame F investit tout son corps dans l'effort, avec une légère faiblesse des bras comparé au reste du corps. Elle a souvent besoin de se déplacer afin de pouvoir s'appuyer contre un mur, ce qui peut l'isoler physiquement du reste du groupe.

Madame F semble avoir une bonne organisation dans le temps et dans l'espace. Elle se repère de manière correcte dans le temps et vis-à-vis des événements passés. Son discours semble cohérent. Elle se fixe des objectifs de choses à faire comme aller faire du vélo dans un endroit sans voiture, aller chez le médecin... Concernant l'espace, Madame F délimite son espace propre en installant son tapis toujours au même endroit de la salle de psychomotricité, puis en prenant une couverture ou un oreiller qu'elle place sous sa tête. Elle s'instaure un rituel qui correspond au moment de l'installation.

Elle parvient aussi à corriger sa position si besoin en regardant soit la psychomotricienne, soit les autres patients dont le reflet est visible dans le miroir en face d'elle. Madame F ne verbalise que des ressentis somatiques, comme certaines douleurs qui prennent le pas sur toutes ses autres sensations. De plus, sa jambe gauche reste une problématique récurrente qu'elle évoque beaucoup lors des échanges. Durant la séance de relaxation en groupe et particulièrement au moment de la verbalisation, elle ne prête pas attention aux liens entre la psyché et le corps. Elle peut par exemple avoir mal au ventre sans savoir l'expliquer alors qu'un événement intense est arrivé plus tôt dans la journée et pourrait en être l'origine explicite. De plus, c'est une personne très anxieuse, qui ne dort pas très bien la nuit et qui fait des cauchemars.

Le travail de la psychomotricienne était alors de mettre des mots sur ces états, afin de contenir et de porter cette patiente à la manière du Holding décrit par D. Winnicott. Le Holding est l'une des trois fonctions de la « théorie du développement affectif de l'être humain en tant qu'individu » établie par D. Winnicott¹⁵. Ce terme, traduit en français par « maintien », fait référence à « la préoccupation maternelle primaire ». Cette notion correspond à la manière de porter physiquement et psychiquement à l'image du portage du bébé par la mère.

¹⁵ Donald W. Winnicott, 1987, p.61-62

En psychomotricité, l'alternance entre posture tonique et relâchement, l'enroulé - déroulé... permet à Madame F d'être à l'origine de ses propres éprouvés corporels. Dans une vie où le vécu physique a pu être très brut et violent, cette dame ne connaît que très peu ses propres ressentis et ne reconnaît pas toutes les nuances qui peuvent exister au sein de son propre corps. Il s'agit donc de lui proposer au travers de la psychomotricité un panel de ressentis dans lequel elle pourra puiser afin d'élargir son vécu corporel et les significations qui peuvent être mises en lien avec celui-ci.

Elle évoque aussi souvent son sentiment de solitude et revient parfois sur des éléments marquants de sa vie comme la perte de son premier conjoint ou encore les bébés qu'elle dit avoir perdus au cours de sa vie. Elle exprime le sentiment d'une grande fragilité des relations affectives. Elle raconte ainsi comment, souvent, il lui est arrivé de se lier d'amitié avec une personne un jour et le lendemain « c'est fini ». Cette dame est très attachante et me touche de par son histoire douloureuse et son sentiment d'impuissance face à ces éléments de vie tragiques. Elle se sent responsable de sa deuxième fausse couche car elle aurait consommé du vin et de la bière durant cette grossesse. Elle dit que personne ne peut comprendre et que personne n'a pu l'aider à l'époque. Elle dit n'avoir eu aucune autre solution que la prise de stupéfiants ou d'alcool afin de pallier au vide intérieur qu'elle ressentait face à ça. Je peux percevoir dans son discours à la fois la notion de fatalité qui l'accable mais aussi un sentiment de culpabilité d'avoir perdu ses bébés. Cependant elle laisse transparaître aussi par moment une volonté de s'en sortir à l'avenir, d'aller de l'avant. Je pense que le centre d'addictologie est un moyen, certes de traiter son alcoolisme mais surtout, pour elle un lieu de socialisation au sein duquel elle rencontre d'autres patients. Depuis peu elle accepte de participer à des repas thérapeutiques proposés par des infirmières du centre. D'après elles, Madame F est de plus en plus active au sein du groupe, elle échange beaucoup avec d'autres patientes au profil similaire ; célibataires et ayant des problèmes d'alcoolisme.

Madame F investit aussi beaucoup le groupe de psychomotricité, qui lui permet de s'exprimer librement. Cela fait maintenant plusieurs mois qu'elle a intégré le groupe, qu'elle qualifie de « bulle positive dans sa vie ». Après avoir travaillé l'adhésion au projet thérapeutique, la psychomotricienne profite de ce sentiment positif pour lui offrir un lieu refuge, comme une base narcissique qu'elle peut retrouver chaque semaine, afin qu'elle puisse par la suite explorer l'environnement social et la sortir de son isolement relationnel.

3. En gériatrie

3. 1. Madame B : vieillissement et solitude

Madame B est adressée dans la clinique gériatrique de soins de suite et de réadaptation, dans laquelle je réalise un stage court en septembre 2017. Lors de notre rencontre, Madame B, alors âgée de 78 ans, venait de subir une opération de prothèse de hanche et arrivait dans le service pour de la rééducation. L'indication en psychomotricité est la suivante : syndrome post chute, ralentissement psychomoteur et perte d'autonomie.

Les conséquences du vieillissement ont perturbé l'estime de soi de Madame B. Elle doit faire face à la diminution de ses capacités se retrouvant ainsi confrontée à une réalité difficile. Madame B est alors contrainte à faire le deuil de ses capacités passées et d'une image idéale de soi. Mais celui-ci n'est pas facile à réaliser et a des répercussions négatives. Nous pouvons notamment observer un désinvestissement corporel important. Après cette opération Madame B a très peur de se lever. Elle dit souvent ne pas avoir la force, se sent fatiguée et douloureuse. Sa souffrance s'exprime également par son comportement : elle s'isole dans sa chambre, se laisse aller, mange très peu et présente une perte d'appétit. Elle ne se déplace pratiquement plus et passe la majorité de son temps à somnoler dans son lit. Madame B n'a plus de famille à la suite du décès de son mari quelques années plus tôt. Elle dit s'être sentie très seule à la suite de cette perte qui a eu un impact fort sur son moral et son autonomie. Elle est mise sous tutelle d'un membre éloigné de sa famille qui l'a placé en maison de retraite quelques mois après la perte de son mari. Sa tutrice pense que ce ralentissement psychomoteur et cette perte du goût de vivre sont liés à son âge et à son opération alors que la cause semble être dans le fait même du placement. Ce placement qui renvoie à Madame B à un sentiment de rejet, d'abandon, de ne plus compter pour personne, de n'être plus entendue dans ses choix, un sentiment qui lui fait perdre le goût et l'envie de vivre.

Madame B est néanmoins très attachée à l'image qu'elle renvoie aux autres et notamment à nous, psychomotricien et stagiaire, ainsi qu'aux autres patients. On lui propose en effet après plusieurs rencontres individuelles de manger non plus dans sa chambre, seule, mais dans la cantine de la clinique, où elle pourra rencontrer d'autres personnes. Elle refuse, sa principale préoccupation étant sa coupe de cheveux. Il lui est inconcevable de sortir sans être coiffée et réclame souvent la coiffeuse. Après avoir répondu à ses besoins pour revaloriser son estime de soi, nous lui proposerons de prendre part à un repas thérapeutique une fois par semaine.

La psychomotricienne et la diététicienne mènent alors ce groupe en invitant 6 à 7 patients à manger autour d'une table de façon conviviale. C'est le moyen pour certains de rencontrer de nouvelles personnes, d'échanger et de manger de façon équilibrée. Pour Madame B ce repas est un espace de partage pendant lequel elle peut apprécier manger et discuter avec d'autres personnes, avec qui elle n'aurait pas forcément pu échangé depuis sa chambre.

Lors de nos séances individuelles, si cela est possible pour elle, nous travaillons autour des transferts entre le lit et le fauteuil roulant, en essayant de rester au maximum debout. Nous allons ensuite en salle de psychomotricité située au rez-de-chaussée. Un plan bobath¹⁶ y est installé et nous permet de travailler autour des transferts allongé-assis-debout. L'équilibre assis est abordé par des exercices de lancer de balles, de jeux à deux ou à trois. Ces transferts sont un moyen de travailler la verticalisation et l'équilibre statique et dynamique. La verticalisation est une notion que nous mettons un point d'honneur à travailler avec Madame B puisqu'il s'agit d'une notion symbolique : la position couchée peut renvoyer à la notion de dépendance et *a contrario* « rester debout » peut signifier rester digne. Se lever ou encore marcher n'est pas un simple geste moteur, c'est un geste qui permet d'aller de l'avant aussi bien physiquement que symboliquement. Madame B aime beaucoup la musique ce qui nous permet de lui proposer un moment de plaisir en fin de séance. Nous avons instauré un rituel en dansant la macarena en position assise sur la musique en fin de séance. Madame B peut alors sourire et danser en faisant des mouvements de bras.

La prise en charge de Madame B s'articule donc autour des notions psychomotrices telles que l'équilibre, l'ancrage, la stimulation des notions mnésiques, la relation, l'imagination mais aussi et surtout sur la revalorisation de Madame B. Il s'agit de lui proposer un moment partagé durant lequel elle pourra s'autoriser à avoir des échanges avec autrui et à libérer son geste. Le travail autour d'une meilleure autonomie dans les transferts et dans la verticalisation pourra amener une revalorisation. Prendre soin de son image pourra également travailler sur les failles narcissiques, renforcer son estime de soi et ainsi rompre l'isolement sera alors plus aisé pour Madame B.

¹⁶ table électrique permettant d'adapter la hauteur du plan et l'inclinaison du dossier, elle permet de s'ajuster au patient lors des transferts et est tirée de la technique de rééducation neuromusculaire Bobath.

PARTIE II : Approches théoriques

1. Le sentiment de solitude présent chez tous et à tout âge, qu'est-ce que c'est ?

1. 1. Différence entre « être seul », le sentiment de solitude, l'isolement relationnel et « vivre seul »

La solitude est un phénomène psychologique naturel, il peut survenir à différents âges, en fonction des étapes que l'on traverse. Je pense aux enfances solitaires dues à l'absence ou au dépassement des parents, aux enfants maltraités, abusés ou rejetés, à l'adolescence, période de changements corporels et période transitoire marquée la perte de la quiétude sécurisante de l'enfant. Mais aussi aux premières amours, suivies des premiers chagrins envahis par des sentiments d'abandon, de trahison ou d'échec lorsque l'être aimé s'éloigne, aux rapports relationnels qui se modifient sans toujours comprendre ces nouvelles règles sociales. La séparation avec la famille, les amis d'enfance lors de l'entrée en cursus supérieur ou encore l'entrée dans la vie active, révèlent en nous une ambivalence entre envie d'indépendance et confrontation face aux responsabilités d'adulte et notre besoin d'être soutenu par nos proches. Les ruptures affectives, parfois successives, et la solitude qui s'ensuit. Les week-ends pluvieux passés seul chez soi en subissant l'ennui dû au temps qui passe trop lentement. Le célibat et personne à qui raconter sa journée le soir. La volonté de construire une famille, le désir d'une grossesse ou parfois la dure réalité d'une impossibilité de ne pouvoir avoir d'enfant. Les moments d'incompréhension dans un couple où chacun se renferme. Les difficultés d'un parent divorcé qui doit s'occuper seul de ses enfants, tout en répondant aux exigences professionnelles. Le chômage et l'exclusion progressive de la vie sociale, la honte et l'isolement face à sa famille. Inversement, une promotion professionnelle tant attendue qui demande des responsabilités à assumer seul. Le départ des enfants du foyer familial et le vide qui en découle. Le deuil consécutif à la perte d'un proche. Le départ à la retraite et le trop plein de temps libre. L'isolement dans une chambre d'hôpital lorsque la maladie nous affaiblit. La maison de retraite et le sentiment d'abandon qui l'accompagne dans l'attente angoissante du grand départ pour ce voyage solitaire sans retour. Nous sommes tous concernés : la cause diffère, le vécu aussi mais la solitude est là, parfois cachée sous une parure d'activités ou au contraire visible de tous. Intuitivement on pense à un lien logique de cause à effet entre isolement et solitude.

On s'imagine que les solitaires souffrent tous obligatoirement du manque de contacts sociaux. Cependant il faut différencier le sentiment de solitude, l'isolement et le fait de vivre seul.

Vivre seul, signifie habiter seul dans son logement. Les personnes vivant seules, comme les étudiants, les divorcés, les veufs, les célibataires, peuvent sortir régulièrement, avoir des activités sociales, des loisirs qui se pratiquent en communauté... ainsi beaucoup d'hommes et de femmes se retrouvent ou choisissent de vivre seuls sans pour autant souffrir du sentiment de solitude. La vie en couple, notamment, tarde de plus en plus dans notre société, les jeunes ont d'autres préoccupations : les études se rallongent, les plaisirs, les découvertes, les voyages etc... si bien que construire une vie conjugale n'est plus prioritaire aujourd'hui. Pour la plupart, vivre seul est un choix tout en possédant un réseau relationnel riche. Le nombre de divorces est en constante augmentation et l'allongement de la durée de vie favorise aussi le fait de vivre seul.

L'isolement relationnel correspond, à une pauvreté ou un manque de contacts sociaux. Emprunté à l'italien *isolato*, construit en îlot, séparé, lui-même issu du latin *insula* (île en français), l'isolement tient compte de différents facteurs comme l'éloignement géographique, la santé, l'âge, l'environnement social, mais il est surtout sous la contrainte de la qualité des relations sociales.

- Avec l'avancée en âge, le risque de se retrouver isolé devient évidemment plus important. Les collègues de travail se perdent de vue, la famille se réduit, les amis s'éloignent, les voisins se déplacent moins souvent... L'isolement est aussi la conséquence d'incapacités qui se cumulent : les difficultés de déplacement, mais aussi la perte de mémoire, la perte de l'ouïe ou de la vue creusent l'écart et rendent les contacts sociaux difficiles. L'isolement peut aussi être la conséquence d'une attitude culturelle : certains milieux sociaux sont davantage prêts à prendre en charge les personnes âgées que d'autres. Les ressources économiques enfin sont déterminantes et entrent pour une large part dans l'isolement des personnes âgées, surtout si elles sont atteintes d'une maladie chronique.

- Dans le cas de troubles psychiatriques (dépression, anxiété, démence...) un isolement social est souvent retrouvé et est consécutif à un repli sur soi, une honte ou une peur du jugement d'autrui, des délires, un épuisement des proches... Mais c'est aussi le cas lors d'une maladie physique: les symptômes visibles d'une maladie, ses conséquences (j'entends par ceci une baisse de l'autonomie ou des douleurs physiques) mais encore la solitude intérieure liée au vécu de la maladie isolent le patient. Ainsi la solitude n'est pas une pathologie mais peut en être une conséquence.
- Bien sûr même si nous faisons la différence entre vivre seul et isolement relationnel, la corrélation entre isolement géographique et isolement relationnel peut, dans certains cas s'avérer, être observée. Une personne en milieu rural, reculée des grandes villes, sera probablement isolée, surtout sans moyen de communication ou de locomotion comme c'est le cas notamment pour de nombreuses personnes âgées. Notre société de consommation où chacun s'efforce de posséder tout le nécessaire (moyen de locomotion, outillages, électroménager) contribue à limiter les échanges : chacun peut rester chez soi et se suffire à lui même. Mais l'isolement relationnel peut aussi se vivre en milieu urbain : il m'arrive de marcher pendant des heures au milieu de la foule, de prendre un métro bondé à l'heure de pointe sans échanger un mot, je ne connais d'ailleurs pas mes voisins depuis que je vis dans mon appartement dans lequel je suis depuis trois ans.

La solitude dans le dictionnaire Le nouveau Petit Robert est défini comme la « situation d'une personne qui est seule, de façon momentanée ou durable »¹⁷, c'est l'état de quelqu'un qui est psychologiquement seul mais c'est aussi le caractère d'un lieu où l'on se sent seul, isolé. La solitude relève donc davantage d'un « sentiment ». On parle du « sentiment de solitude » comme d'une situation insatisfaisante quant à la qualité des relations. La solitude, ce n'est pas nécessairement vivre seul. Même s'il est évident que la réduction du nombre de contacts sociaux contribue à développer le sentiment de solitude. On peut se sentir très seul, bien que l'on soit entouré, parce qu'on est loin de ses enfants, de ses proches et de son milieu de vie habituel.

¹⁷ Solitude. (2010). Dans J. Rey-Debove et A. Rey (dir.), *Le nouveau Petit Robert Collège* (p. 2392). Paris, France: Le Robert.

1. 2. Caractéristiques de l'expérience de solitude : solitude subie, solitude volontaire

Lorsque la solitude est imposée, elle est souvent vécue comme contrainte et s'associe à une souffrance, un sentiment d'impuissance, d'injustice et d'incompréhension. De même lorsque la solitude est imposée et survient soudainement elle déstabilise, désorganise et change totalement notre rapport au monde ou à nous même. Ces situations nous renvoient à une réalité qu'on ne maîtrise pas. C'est le cas notamment chez les personnes âgées qui ne sont pas entrées en maison de repos de leur plein gré par exemple.

Inversement lorsque la solitude est recherchée, elle peut apporter réconfort, ressource, apaisement, force ou calme. La création artistique, se faisant lors d'un moment solitaire permet alors une évasion psychique qui libère un temps d'un quotidien parfois pesant. Cependant le vécu de la solitude varie aussi suivant la durée de l'expérience solitaire : lorsque cette dernière est limitée dans le temps elle est mieux perçue et acceptée mais la gestion de la solitude peut vite se compliquer si les limites temporelles ne sont pas définies. Cette absence peut donner à cette expérience un caractère définitif, irrémédiable et parfois angoissant.

1. 3. Pourquoi choisir la solitude extrême ?

Etre en relation demande beaucoup d'attention et de normes sociales à respecter. Une norme est une règle implicite (non dite) qui nous fait penser, agir sans pour autant qu'elle ait un quelconque critère de vérité. Par exemple, il est implicitement demandé dans notre société de dire bonjour en serrant la main ou en faisant la bise. Cette norme s'apprend dès le plus jeune âge mais pour certains le contact tactile peut être mal vécu.

Dans les relations, il nous est aussi demandé implicitement d'éprouver de l'empathie envers les personnes avec qui nous échangeons. Il s'agit de la capacité à comprendre les sentiments des autres sans les vivre soi-même. Pour cela, il faut pouvoir adopter la perspective et le point de vue des autres, prendre part et comprendre leurs états d'âme et enfin pouvoir réagir de manière émotionnellement adaptée. Ces trois exigences sont plus difficiles à intégrer pour certaines personnes. Tout d'abord, les personnes avec autisme ne reconnaissent pas suffisamment les expressions émotionnelles des autres.

Elles perçoivent moins le visage comme un ensemble et associent souvent les émotions aux détails de l'expression émotionnelle. Si vous reconnaissez la colère seulement quand le détail « ton de la voix » est présent, vous ne voyez pas que votre ami est fâché lorsqu'il fronce les sourcils seulement. Si vous ne voyez pas cela, alors, vous ne pouvez pas vous mettre dans la peau de votre ami et il vous est donc impossible de faire preuve d'empathie envers lui lorsqu'il est en colère. De même, vous pouvez difficilement consoler quelqu'un si vous ne reconnaissez pas sa tristesse. Cette incapacité à éprouver de l'empathie coupent notamment les personnes atteintes d'autisme des relations sociales, et les poussent à se retirer de toute communication avec les personnes qui les entourent car ils ne répondent pas aux demandes sociales. En plus de cette altérations dans les acquisitions des compétences requises pour la communication, la solitude est aussi recherchée par les personnes autistes et utilisée comme un moyen de défense. Etant souvent très sensibles au bruit, à certaines matières, à certaines images, la solitude leur permet de moins solliciter leurs sens qui peuvent être mis à rude épreuve dès qu'il y a un groupe de personnes. Cependant selon certains auteurs, les autistes ne souffriraient pas de ce retrait relationnel. F. Dolto résume cette conception: « les autistes petits sont des enfants qui ne souffrent déjà plus, mais qui ont beaucoup souffert au moment où ils sont entrés dans l'autisme, sans que cela se voie, parce qu'ils ont souffert dans leurs pulsions passives. [...] Cela se produit très souvent lors d'une absence de quelques jours de la mère, qui n'est pas reconnue quand elle revient. Et les parents n'explicitent pas en paroles à l'enfant qu'il a souffert de l'absence de sa mère. Dès lors, il ne veut pas de nouveau faire l'expérience de se greffer, l'absence ayant été trop douloureuse pour lui »¹⁸ . Ainsi le sujet aurait souffert intensément d'une première solitude qui renverrait à une forme de détresse intolérable du bébé. S. Dupont développe : « dans le cas où cette détresse aurait été vécue de façon massive et intolérable, le retour du parent, au contraire d'apaiser l'enfant, agirait comme le deuxième temps du traumatisme »¹⁹ .

Nous rencontrons cependant ce mode de fonctionnement dans des formes de solitude moins extrêmes que dans l'autisme. C'est le cas notamment des enfants qui boudent leurs parents au retour d'une absence prolongée. Lorsque l'abandonnant reviendra, le sujet revendiquera sa solitude comme un droit, une nécessité : toi, tu m'as plongé dans la solitude, tu m'as fait souffrir de ton absence, alors maintenant que tu reviens à moi, je me maintiens moi-même dans cette solitude et te prive de ma présence. Ainsi la solitude peut être une solitude refuge.

¹⁸ Dolto F., dans Coronel E. et Mezamat A., 1995

¹⁹ Dupont S., 2010, p. 155

Lorsque les premiers désirs apparaissent, puis les premières déceptions se suivent, l'être humain pourra redouter dans une rencontre future l'inaccessibilité, le rejet ou la déception que l'autre soit différent de ce qui est imaginé. Son désir est alors sans issue d'accomplissement et l'effet de frustration apparaît. La solitude est alors un moyen de défense qui permet de mettre à l'écart les angoisses de perte et qui dans un même temps peut devenir dans son extrême une source de souffrance. Cette solitude peut devenir pathologique lorsqu'elle engendre un clivage total avec le monde extérieur.

Je peux également donner l'exemple de la vision du corps qui doit répondre à des normes sociales telles que la minceur, l'absence de défaut, la taille... Dans certains cas comme chez les adolescents, les jeunes s'identifient et cherchent à tout prix à ressembler au modèle qui leur est fourni dans les magazines ou sur les réseaux sociaux. Ces jeunes, en s'identifiant et se comparant ont parfois une image d'eux-mêmes très négative et ont très peur du regard des autres. Leur image du corps apparaît tellement appauvrie qu'elles n'ont comme seul choix part dépit de limiter les échanges sociaux et de rester seules pour ne pas à avoir subir les jugements ou critiques possibles d'autrui. Prenons l'exemple de notre société occidentale actuelle, où règne le culte de la minceur comme gage de beauté, de santé et de réussite. Les personnes influencées par ce contexte peuvent souhaiter être plus minces qu'elles ne sont. Elles pourront être insatisfaites de leur image corporelle si elles n'y réussissent pas. Mais, même si elles réussissent, la satisfaction n'est pas certaine. Elles pourraient en effet développer des insatisfactions, l'idéal de minceur étant évolutif dans une société valorisant la performance et le « toujours plus » (ou toujours « moins », dans le cas présent). Alors que dans d'autres cultures, les rondeurs sont valorisées car elles seraient une preuve de fertilité et de santé. Cela engendre complexes, stress et angoisses qui peuvent mener à fuir les relations sociales et donc à être isolé et seul.

1. 4. Pourquoi et comment vient-on à souffrir de la solitude chronique ?

F. Fromm-Reichmann considère l'Homme comme un « animal social »²⁰. Le sentiment de solitude témoigne d'un déficit dans l'assouvissement des besoins sociaux qui sont nécessaires à l'Homme. Pour lui, l'état de solitude serait pathologique et la souffrance ressentie prouverait que cette situation est anormale, contre nature. Se sent seul celui dont les besoins relationnels ne sont pas comblés.

²⁰ Fromm-Reichmann F., 1950

Dans cette optique, les relations sociales sont indispensables et pour pallier la solitude il suffirait de favoriser le développement d'un tissu relationnel. Cependant cette approche psychodynamique ne rend pas compte des personnes bien insérées socialement mais éprouvant de la solitude, car comme j'ai pu le développer ci-dessus, vivre seul ne signifie pas ressentir de la solitude et inversement, il ne suffit pas d'être entouré socialement pour ne plus la ressentir. De ce fait si le sentiment de solitude n'est pas corrélé uniquement à la notion quantitative des relations, n'existerait-il pas un lien entre sentiment de solitude et qualité de échanges sociaux ?

Pour R. Weiss, la solitude est une expérience qui est perçue désagréable lorsque le réseau social est déficient, que ce soit qualitativement ou quantitativement. Dans son approche, R. Weiss prend donc en compte deux notions : l'isolement social (quantité d'échanges) et isolement affectif (qualité des échanges)²¹. Cela donne deux types de solitude : la solitude sociale et la solitude affective. L'anxiété et l'appréhension prédominent dans la solitude affective, alors que l'ennui et le sentiment d'exclusion dominant dans la solitude sociale. Le vécu de la solitude sociale proviendrait selon R. Weiss, d'un manque d'initiative pour aller à la rencontre ou à la découverte de l'autre. Un changement dans l'environnement social, comme un déménagement, un nouveau travail peuvent suffire à provoquer ce type de solitude qui reste donc souvent transitoire et dépendant de variables externes. Mais les personnes qui souffrent de solitude sociale peuvent aussi présenter un défaut d'habileté sociale, tels que peu de verbalisation, peu d'empathie ou encore une inhibition sociale, qui renforce leur solitude. La solitude affective quant à elle, se caractérise par l'absence de partenaire intime et donc d'un manque affectif. Elle peut être passagère, causée par l'absence temporaire du partenaire ou prolongée, comme c'est le cas après la mort d'un conjoint. Lorsqu'elle est chronique, elle peut témoigner d'une incapacité à établir une relation intime sécurisante.

Les approches précédentes n'expliquent pas la solitude intérieure. Traduction d'un mal-être intérieur, de sentiments péjoratifs envers soi-même, comme la honte, la haine ou encore la culpabilité, elle nous atteint dans notre moi profond. Elle provoque un sentiment d'insécurité et nous empêche d'être, de nous accepter, de nous aimer tel que l'on est et réprime notre désir d'aller vers autrui pour y trouver du soutien. Elle accompagne de nombreuses maladies psychiatriques comme la dépression chronique que j'ai pu évoquer avec Madame F.

²¹ Weiss R., 1973

2. L'élaboration de la capacité à être seul

2. 1. Pré-requis à la capacité à être seul : la capacité à être seul dépend-elle de nos relations précoces ?

De nombreuses théories ont souligné l'importance des interactions précoces et l'impact de de ces premières expériences affectives sur les relations futures. Cette première relation qui s'opère entre la mère et le bébé restera une référence, un modèle qui façonnera les relations ultérieures.

Pour S. Freud, la relation mère-enfant s'établit autour des besoins corporels primaires de l'enfant comme la faim, la soif, la toilette etc... C'est seulement dans un deuxième temps que ces derniers vont être investis affectivement : c'est parce que la mère prend soin de son bébé que celui-ci éprouve de l'affection à son égard²². S. Freud développe cette théorie à travers le modèle suivant. Le bébé lors de la tétée est apaisé, détendu et éprouve du plaisir, mais il n'a pas conscience que c'est sa mère qui lui apporte cette satisfaction. En revanche, quand celle-ci ne répond pas à ses besoins primaires, il réalise, par son absence, ce qu'elle lui apporte quand elle est présente. C'est parce que la mère ne comble pas entièrement les besoins de son enfant que celui-ci la distingue comme différente de lui. Ainsi l'absence de réponse satisfaisante induit chez l'enfant la recherche de moyens qu'il peut développer pour satisfaire lui-même ses besoins, afin de ne plus ressentir d'inconfort en l'absence de sa mère. Une mère « trop bonne », qui anticipe systématiquement les besoins de son enfant, est donc néfaste pour son autonomisation. À partir de cette théorie, nous comprenons mieux comment la solitude induit une souffrance qui nous renvoie à nos limites et notre dépendance à l'autre, mais aussi comment dans le même temps elle peut être le moteur d'un changement intérieur nous poussant à nous dépasser pour obtenir ce que nous désirons.

Pour D. Winnicott, le nouveau-né est encore immature au niveau psychique, et une situation de solitude prolongée est nuisible à son équilibre et à son développement psychique²³. La mère comble alors ses besoins, ses désirs se réalisent sans qu'il ne fasse d'effort. N'étant pas autonome, sa mère prend une fonction singulière qui consiste à lui apporter tout ce qu'il désire, lui donnant l'illusion de toute-puissance.

²² Freud S., 1914

²³ Winnicott D., 1958, p. 325-333

Le comportement d'une mère « suffisamment bonne » sera alors de toujours s'ajuster aux capacités de l'enfant et de s'adapter à ses ressources. Au fur et à mesure que son enfant grandit et évolue au niveau psychomoteur, la mère pourra être moins disponible pour lui, le laisser explorer son environnement et ne pas répondre systématiquement à ses besoins afin de ne plus faire à sa place et que son enfant devienne plus indépendant. Savoir être suffisamment disponible, présente pour ne pas placer son enfant en situation trop angoissante, tout en étant suffisamment distante pour ne pas anticiper les besoins de son enfant et le laisser développer ses propres ressources, voilà le juste équilibre qu'une mère met en place. C'est une juste solitude que doit présenter la mère à son enfant. Le nouveau-né immature, a donc une sorte de vide psychique qui par le biais d'identifications réciproques avec sa mère aboutira progressivement à la construction d'un environnement interne sécurisant. Pendant cette transition, l'enfant n'ayant pas encore la capacité d'imaginer sa mère en son absence pourra choisir un objet la représentant, pour faire la transition du monde maternel au monde extérieur. Cet objet transitionnel qu'il garde avec lui est sécurisant car il témoigne de la présence rassurante et aimante de la mère. Peu à peu la présence de l'objet d'amour, la mère, sera intériorisée. L'enfant gardera une sécurité interne rassurante, même en l'absence de sa mère, qui lui donnera cette capacité à être seul.

Pour M. Klein, l'être humain qui vient au monde vit dans un état de profonde solitude. Son monde intérieur est non structuré, insécure. Il est en proie à une angoisse déstructurante suscitée par la présence simultanée de pulsions contradictoires : la pulsion de vie et la pulsion de mort²⁴. Dans son essai *Se sentir seul* (1963), M. Klein considère que le sentiment de solitude dérive de la nostalgie d'avoir perdu le bonheur de la relation primitive avec sa mère. La perte de cette relation fusionnelle, où le bébé et la mère se confondaient l'un dans l'autre, amène le bébé à avoir une relation ambivalente avec sa mère. Il éprouve à la fois des pulsions destructrices et des pulsions d'amour envers sa mère : quand elle le comble en répondant à tous ses besoins, il éprouve des sentiments d'amour ; quand elle le frustrer il se sent blessé et éprouve des sentiments agressifs. M. Klein considère que la résolution de cette ambivalence amour-haine conduit à une « position dépressive » qui permet une maturation psychique et conduit à une intégration dont les effets seront d'atténuer la violence des pulsions destructrices, de favoriser l'intériorisation d'une image positive de la mère qui apportera un sentiment de sécurité intérieure et l'acceptation des frustrations²⁵.

²⁴ Klein M., 1963

²⁵ *Ibid.* p. 119-137

En l'absence de cette intégration psychique, la solitude réactive l'état primitif d'angoisse déstructurant. La succession des expériences de séparation suivies de retrouvailles renforce la confiance dans la qualité de la relation et sécurise l'enfant. Progressivement s'établit un bon objet chez l'enfant qui permet de tolérer l'absence de l'objet d'amour (la mère) sans angoisse excessive, ce qui permettra de surmonter les inévitables pertes et séparations dans la vie future.

J. Bowlby défend une théorie qui se différencie avec les précédentes puisque pour lui les besoins du nouveau-né correspondent aux besoins de contacts physiques et reposent sur des caractères biologiques²⁶. Le besoin primordial de l'enfant est de tisser un lien stable avec une figure qui lui apportera sécurité et répondra à tous ses besoins physiologiques, comme le nourrissage ou le change. Il soutient ainsi le fait que l'Homme est un être social par nature, ce besoin d'autrui n'est pas le fruit de l'apprentissage ni d'une dépendance émotionnelle mais bien un besoin inné. Ainsi l'enfant ne s'attache pas à la mère parce qu'elle le nourrit mais la mère répond à ce besoin car elle a établi une relation d'attachement, comme la nomme J. Bowlby, avec son bébé. L'attachement joue un rôle important dans la construction psychique de l'enfant, il constitue une base sécurisante sur laquelle l'enfant pourra s'appuyer pour explorer le monde extérieur. Par la suite l'enfant deviendra plus autonome : il pourra se socialiser, supporter la séparation et par conséquent gérer la solitude.

Pendant ce lien d'attachement, en devenant intériorisé, est un modèle pour les relations futures de l'individu, la qualité des relations futures dépendra donc du type d'attachement mis en place dans la petite enfance.

2. 2. Les processus mis en jeu dans la capacité être seul

2. 2. 1. La base narcissique

S. Robert Ouvray soutient que la capacité à être seul est une étape importante dans le développement de l'enfant. Au début de sa vie, l'enfant est une entité globale psychocorporelle qui dépend d'autrui, cette période dure environ six mois, puis l'enfant va devoir sortir de l'amalgame primaire en faisant un travail de différenciation afin de devenir une personne qui sent et qui pense ce qu'elle sent.

²⁶ Bowlby J., 1958

Il sort alors d'une fusion avec la mère, il se détache et s'individualise, devient une personne et acquiert la capacité à être seul. Vers six mois, il peut avoir la capacité affective de s'attacher à d'autres personnes que sa mère. Sans perdre son identité l'enfant va pouvoir jouer avec ses différentes façons de se concevoir en tant que personne et de concevoir ce qui l'entoure.²⁷

D'après S. Robert Ouvray, la capacité à être seul dépend de différents facteurs. Il faudra d'abord une bonne maturité neuro-motrice du bébé et d'un bon développement psychique, ce dernier étant sous-tendu par le développement de la motricité. D'après S. Robert Ouvray, le développement de la motricité va être la base et va guider le développement psychique de l'enfant. Elle dit : « le corps est un passage obligé dans la construction et dans la vie psychique du sujet. Il est à la fois le modèle pour l'appareil psychique et le substrat de base de cet appareil »²⁸. Grâce à cela, dès l'âge de six mois l'enfant va prendre de la distance avec sa mère car sa tonicité va s'homogénéiser et le portage de la mère sera donc moins enveloppant. La première prise de distance corporelle avec la mère va alors apparaître, suivie d'une deuxième liée à la position assise autonome du corps dans l'espace. A cet âge-ci, l'enfant va également faire la reconnaissance du dedans et du dehors. L'enfant commence à s'approprier une première enveloppe, ce qu'il ressent lui est propre. C'est une première forme de détachement de l'univers maternel. L'enfant s'individualise et s'identifie lorsqu'il est mis en rapport avec un autre différent de lui, grâce à l'intermédiaire du « père ». Le père symbolise l'espace de la différence entre la mère et l'enfant, c'est un espace de découverte et de création, c'est le futur autonome de l'enfant. C'est cette troisième dimension qui fait sortir l'enfant du face à face avec la mère et de la relation binaire. La possibilité d'attachement différencié avec ses camarades de crèche par exemple, signifie que l'enfant a intériorisé des sensations sécurisantes dans la relation avec la mère et qu'il peut ainsi s'aventurer au dehors, et se permettre d'enrichir ses intérêts affectifs. Vers le sixième mois de vie toujours, on peut voir également apparaître la torsion du corps dans l'espace, c'est une période d'ouverture sur le monde. L'enfant peut aller à l'aventure en ayant intégré une base narcissique sécurisante. Ainsi tout en regardant autour l'enfant reste centré sur lui-même, « pour aller vers le dehors l'enfant doit être sécurisé dedans ». ²⁹

²⁷ Robert Ouvray S., 2007

²⁸ *Ibid.* p. 28

²⁹ *Ibid.* p. 72

Cette notion de base narcissique est donc très importante dans l'élaboration de la capacité à être seul, c'est pourquoi je souhaiterais la développer davantage. Du grec narkê qui signifie engourdissement, narcissisme est l'amour porté à l'image de soi-même. La vulgarisation de ce mot a apporté une dimension négative ; être narcissique c'est être égoïste, se prendre pour le centre du monde. Pourtant être narcissique est important dans le développement psychique du bébé. Comment se met en place ce narcissisme durant les premiers mois de vie ?

Pendant que sa mère le porte et s'occupe de tous ses besoins, l'enfant s'occupe de lui-même :

- 1) A travers l'enroulement : enroulé sur lui-même, il construit son centre corporel. On peut dire par analogie qu'il est en train de construire son Moi, avec lequel il va pouvoir par la suite se situer face à l'autre.
- 2) A travers la symétrie : au moyen du rachis, il structure progressivement son axe corporel, ordonne l'espace, et détermine la droite et la gauche, l'avant et l'arrière et le haut et le bas. Le schéma corporel³⁰, notion importante dans la construction de l'identité, s'intègre sur cette axialité. Or on peut penser que lorsque le schéma corporel est atteint alors l'enfant manque d'un moyen d'entrer en communication avec autrui et c'est à ce moment là qu'une solitude subie peut apparaître.
- 3) A travers la coordination psychocorporelle : en se coordonnant entre eux les éléments du corps se mettent en forme, se globalisent et prennent un sens.

L'immaturation procure ainsi tous les éléments, enroulement, axialité et coordination, nécessaires à l'installation et au développement de l'activité de base psychique narcissique et à la construction du Moi qui est le socle de la capacité à être seul. Ainsi s'il apparaît une atteinte de la base narcissique : l'enfant est en état d'urgence lorsqu'il est en relation avec autrui, on peut penser que tenir l'autre à distance, et donc être seul, est un moyen de contourner ces angoisses.

2. 2. 2. Que se passe-t-il lorsque la base narcissique est mise à mal ?

L'attachement sécure est favorisé, comme nous venons de le voir, par une figure d'attachement réceptive et sensible aux besoins de l'enfant.

³⁰ schéma corporel: image mentale de son propre corps. (2009). Dans *Le Robert Collège*. Paris, France: Le Robert. Il correspond à la façon de se tenir, de se déplacer mais c'est aussi la façon de se situer par rapport aux autres, c'est pouvoir se servir de son corps dans une relation avec autrui.

Les interactions permettent et facilitent un développement harmonieux de l'enfant, si elles sont caractérisées par une disponibilité affective, une souplesse des réponses de l'adulte ainsi qu'une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. L'enfant sera autonome par la suite car il aura acquis une sécurité interne.

Avec un attachement insécurité évitant, l'enfant peut ne pas se tourner vers la figure d'attachement lors de leur séparation. Il tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement de la situation et un accrochage à l'environnement physique. A son retour, l'enfant peut avoir un comportement d'indifférence ou éviter le contact avec elle, en restant concentré davantage sur ses jouets. L'enfant semble ne pas avoir pu développer une base de sécurité en relation avec sa figure d'attachement et donne une impression d'indépendance précoce. Dans l'attachement insécurité ambivalent, l'enfant peut protester au moment de la séparation d'avec la figure d'attachement et il peut ne pas être rassuré, rendant difficile la possibilité d'explorer son environnement. A son retour, il peut adopter une attitude ambivalente qui vacille entre recherche de contact et de résistance. Dans ses relations précoces, l'enfant a rencontré une figure d'attachement ambivalente qui pouvait se montrer tout à la fois réceptive et ignorante aux besoins de l'enfant, avec des réactions souvent imprévisibles et incohérentes pour ce dernier.

Dans l'attachement désorganisé ou désorienté l'enfant ne réagit pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. Il peut présenter des attitudes contradictoires, par exemple il s'agrippe à la figure d'attachement tout en détournant le regard ou pleure à son départ sans vouloir s'en rapprocher. Cette figure d'attachement est à la fois source d'apaisement et source de peur. Ces comportements donnent une impression de désorganisation, ils semblent incompréhensibles et témoignent d'un défaut de construction d'une stratégie d'attachement cohérente.

2. 2. 3. L'objet interne : une notion clé garantissant la capacité d'être seul

Pour D. Winnicott, l'expérience d'être seul nécessite au départ la présence d'un objet concret. En d'autres termes pour être seul « psychiquement », la présence d'un objet réel est nécessaire. Ensuite, l'expérience ultérieure d'être seul « réellement » et la capacité à supporter ce sentiment impliquent l'intériorisation de cette objet c'est à dire que la présence d'un objet psychique est nécessaire. L'être seul est en quelque sorte toujours accompagné.

Il faut donc que l'individu ait la capacité de faire exister imaginativement l'objet en son absence. Autrement dit, pour supporter les situations de solitude réelle, comme les deuils, les séparations, il est indispensable que le sujet ait préalablement intériorisé la présence d'autrui et qu'il soit capable de se le remémorer. La capacité à être seul implique donc le maintien continu et durable d'un sentiment de présence d'autrui même en son absence physique. Cette théorie avait été défendue en psychanalyse par la notion du « bon objet » à intérioriser pour élaborer la capacité à être seul, la psychologie du développement parle de l'établissement d'une « base de sécurité » dans la relation à la figure d'attachement. Cet objet interne va permettre de passer d'une forme primitive de la solitude à une forme plus élaborée: «Etre seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère, support du moi, et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel»³¹.

S. Freud, dans *Au-delà du principe de plaisir*, va prendre la description d'un jeu d'enfant, l'épisode fameux du fort-da avec la bobine³², pour avancer une élaboration majeure de la psychanalyse avec la compulsion de répétition, la pulsion de mort, qu'il voit aussi à l'œuvre après la Première Guerre mondiale dans les névroses traumatiques et le transfert. D. Winnicott situe ici la création de l'objet transitionnel « entre le pouce et l'ours en peluche », lié au sein et à l'activité orale³³. L'enfant crée une zone, qui est à la fois de lui-même et en dehors de lui. Alors que S. Freud y voit une dimension de perte, de manque que crée l'enfant qui fait « partir » l'objet, D. Winnicott y voit un objet de transition qui comprend du manque que l'enfant met en suspend pour s'ouvrir dans le temps vers l'Autre sur cet « espace transitionnel », lieu de création et de partage.

Nonobstant, il serait d'abord nécessaire que le parent soit suffisamment présent et disponible pour l'enfant, « suffisamment bon », afin que l'enfant puisse intérioriser un « bon objet » fiable qu'il retrouvera en lui. Cette fonction contenante consiste à assurer la continuité, la cohérence et l'homogénéité du vécu du bébé en passant par la contenance psychique et corporelle (Holding et Handling, enveloppement...) et la continuité temporelle et sensorielle.

³¹ Winnicott D., 1958, p. 209

³² Freud S., 1927

³³ Winnicott D., 1975, p. 32

Non seulement le parent assure les soins primaires pour le bien-être du bébé mais il « nourrit » aussi sa vie interactive: il lui parle, donne un sens à ses comportements, sa détresse, le berce quand il est agité... Et enfin le parent doit supporter d'être « absent », d'être mis à l'écart un temps.

2. 2. 4. « Etre seul en présence de »

« L'état de solitude est un état qui (paradoxalement) implique toujours la présence de quelqu'un d'autre »³⁴

Lorsque la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement est satisfaisante et sécurisante, l'enfant l'utilise comme une « base de sécurité » lui permettant de se détourner d'elle et de commencer son exploration du monde en toute confiance. Cette période se situe en général entre le neuvième et le quatorzième mois. Lorsqu'il est en présence de sa figure d'attachement et qu'il n'est pas dans un état de détresse, le bébé commence à déplacer son attention, à instaurer entre eux une plus grande distance physique et s'intéresser de plus en plus à l'environnement alentour. Les progrès cognitifs et psychomoteurs propres à cet âge encouragent ces explorations et vice versa. Le bébé apprend à se redresser, s'asseoir seul, tenir son équilibre postural en position assise, manipuler des objets, à se déplacer à quatre pattes puis à se tenir debout. La possibilité de se déplacer instaure une nouvelle dynamique à la relation. Le bébé est maintenant capable d'une certaine maîtrise de la distance. Lorsqu'il est en souffrance il peut se diriger activement vers sa figure d'attachement. Lorsqu'au contraire il se sent l'envie d'explorer, il s'éloigne d'elle, tout en respectant une « zone de sécurité ». La proximité du corps à corps n'est plus nécessaire pour que l'enfant se sente en sécurité, et il peut se placer lui-même à une distance qui lui paraît raisonnable. Le seul fait d'entendre la voix de sa figure d'attachement ou de l'entrevoir lui permet de se sentir suffisamment sûr et de poursuivre son investissement de l'espace. Régulièrement l'enfant vérifie que son parent est bien attentif à lui.

Lorsqu'il fait l'expérience d'une situation nouvelle, il attend l'approbation du parent. De même, l'enfant utilise sa figure d'attachement comme base de sécurité pour explorer les relations avec autrui.

³⁴ Winnicott D., 1958, p. 333

En sa présence, l'enfant approche les autres personnes, s'essaie aux interactions, à de nouveaux jeux et, en cas de conflit ou de détresse, retourne auprès de sa base de sécurité avant de repartir et poursuivre ses nouvelles explorations. L'enfant a donc besoin de sentir qu'il n'est pas totalement seul dans ces nouvelles découvertes et interactions. Pour B. Golse, « ce n'est pas tant de faire les choses seul dont l'enfant a envie, que de les faire seul-à-côté-d'un-adulte qui le regarde, qui le rêve et qui le pense. »³⁵

« *On ne peut être juste tout seul, à l'être tout seul on cesse de l'être.* »

Maurice Merleau-Ponty

S. Freud parle d'un sentiment de solitude archaïque, qu'il relie à celui du sentiment de détresse du bébé vu plus tôt. Ce sentiment n'apparaît toujours que dans l'après-coup d'un état de relation fusionnelle à l'objet maternel. C'est lorsque le bébé perçoit qu'il est dépendant de l'autre, qu'il n'est « seul », qu'il ne peut finalement pas vivre « seul », qu'il ressent ce sentiment de solitude. La découverte de cette dépendance entraîne aussi l'apparition d'une angoisse liée à sa perte. Cette prise de conscience de la présence d'autrui est ainsi indissociablement liée à la solitude. S. Dupont écrit : « Le sentiment de solitude ne peut donc se définir que par rapport à un lien antérieur, remémoré, idéalisé, fantasmé »³⁶. M. Merleau-Ponty, lui, développe : « Il faut bien que mon expérience me donne en quelque manière autrui, puisque, si elle ne se le faisait pas, je ne parlerais même pas de la solitude, et je ne pourrais même pas déclarer autrui inaccessible »³⁷.

2. 2. 5. Le Moi-Peau

En 1974, D. Anzieu aborde le concept de Moi-peau qu'il développera en 1985 dans son ouvrage intitulé *Le Moi-peau*. Il désigne par Moi-peau « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.

³⁵ Golse B., 2006

³⁶ Dupont S., 2010, p. 61

³⁷ Merleau-Ponty M., dans Morin P. C. et Bouchard S., 1997, p.138

Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »³⁸. Le Moi-peau, surface psychique, par sa structure d'enveloppe, relie les diverses sensations vécues par l'enfant. Il décrit comment la peau psychique se construit et comment le Moi s'étaye sur la peau. Ainsi D. Anzieu écrit : « [...] la constitution du Moi, s'opère par un double étayage, sur la relation contenant-contenu que la mère exerce dans son rapport au tout-petit [...] et sur la relation de contenance par rapport aux excitations exogènes, relation dont sa propre peau- stimulée en premier lieu par sa mère- apporte l'expérience à l'enfant. »³⁹ . Le Moi-peau s'étaye sur les expériences sensorielles tactiles lors du contact peau à peau avec la mère.

De plus, D. Anzieu souligne la notion d'enveloppe, la différenciation entre contenant et contenu et la délimitation entre un dedans et un dehors : « A l'occasion de la tétée et des soins, le bébé est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère [...] le tout généralement accompagné d'un bain de paroles [...]. Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire une interface permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant. »⁴⁰ . L'enfant se sent alors contenu dans une enveloppe qui l'unifie, le protège des agressions externes.

Parmi les nombreuses fonctions du Moi-peau on retrouve notamment la fonction d'individuation du Soi : avoir sa propre peau confère au sujet une identité personnelle. Ainsi, « le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique »⁴¹ et différent de l'autre. Ainsi le Moi-peau permet de s'individualiser. L'individuation signifie la distinction de l'individu, mais cela renvoie aussi à l'autonomie : ne pas dépendre d'autrui et donc d'être autonome aussi bien dans les actes que dans la capacité de pensée. Le Moi-Peau permet de s'émanciper de la mère et de ne plus dépendre d'elle. La capacité d'être seul repose donc sur un Moi-Peau efficient.

³⁸ Anzieu D., 1985, p.61

³⁹ *Ibid.* p.107

⁴⁰ *Ibid.* p. 57-58

⁴¹ *Ibid.* p.121

2. 3. La capacité à être seul se développe aussi tout au long du développement de l'enfant jusqu'à l'âge adulte

S. Freud, S. Roubert Ouvray ou encore M. Klein situent l'origine du sentiment de solitude dans la petite enfance. Cependant on retrouve différentes formes de développement de ce sentiment à différents stades du développement de l'enfant, et ce jusqu'à l'adolescence et même à l'âge adulte. D. Winnicott appuie sa vision de la capacité à être seul sur la petite enfance mais il soutient toutefois que cette capacité évolue tout au long de la vie, bien qu'elle soit support de la vie psychique adulte.

R. Roussillon parle de la capacité à être seul comme une « lignée ». Pour lui, elle se manifeste en premier lieu dans la relation duelle, « comme un moment clé de l'accession à l'individuation »⁴², ensuite elle va s'inscrire dans la relation triangulaire du couple et pour finir à l'adolescence en prenant « la forme d'une capacité à paraître seul face au groupe »⁴³.

3. Le regard de la société sur la solitude : apport sociologique

3. 1. Quelques expériences

Avant de développer plus en détails le propos de cette partie je souhaiterais vous partager l'expérience que j'ai vécue lors de cette troisième année et plus précisément lorsque j'évoquais autour de moi le sujet de mon mémoire. Les premières réactions m'ont alors surprise : « très intéressant comme sujet mais pas joyeux non ? », « Tu vas bien en ce moment ? Te sens-tu seule ? »... Lors d'une soirée entre amis, par curiosité j'ai alors décidé de mener une expérience : demander qui a ressenti un sentiment de solitude et quels mots peuvent-ils associer spontanément. A quels moments pensez-vous ? Quelles images vous reviennent ? Que ressentez-vous physiquement ? Chacun a pu trouver un souvenir et les propos qui sont ressortis sont : ennui, isolement, souffrance, rejet, sentiment de dépression, incompréhension... le plus souvent la solitude sera donc associée à des mots très négatifs et en lien avec de la souffrance.

⁴² Roussillon R, 2002, p. 19

⁴³ *Ibid.*

Après réflexion j'ai tenté, à mon tour, de me remémorer des moments de solitude associés à des souvenirs de mon enfance. Dans un premier temps, j'ai réalisé que la solitude était présentée dès le plus jeune âge comme une punition et donc associée à une expérience négative. On peut entendre souvent : « tu as fait une bêtise ? Si c'est comme ça vas au coin, toute seule ! », « avec ce caractère bien trempé et ton comportement tu ne trouveras jamais quelqu'un qui te supporteras, tu finiras seule ». Puis je me suis efforcée cette fois de chercher uniquement les expériences solitaires qui m'avaient été agréables. Il m'est alors venu en tête des vacances au calme ou une tâche accomplie fièrement toute seule. N'avons-nous tous pas aussi en mémoire un week-end où, n'ayant rien à faire, nous avons apprécié être seul ? L'activité créatrice, une prière, un moment de méditation, ne sont-ils pas aussi des moments positifs et agréables durant lesquels nous expérimentons la solitude ?

Trop souvent nous avons ainsi des préjugés négatifs sur la solitude qui nous conduisent à la craindre et à l'éviter sans même prendre le temps de l'apprécier, de la découvrir. Pourtant, savoir être seul est une expérience enrichissante, constructive et indispensable à notre épanouissement psychique.

Clément Rouche est un globe-trotter de 27 ans qui parcourt le monde depuis plusieurs années. Après avoir été diplômé d'un Master en Commerce et Marketing, il ressent le besoin de sortir de sa zone de confort en allant à la découverte de nouvelles cultures. Il partage son expérience en tant que voyageur solitaire et témoigne des bénéfices de la solitude au travers d'un article. En voici un extrait qui m'a semblé pertinent dans la rédaction de cette partie.

C'est un débat dont l'issue est propre à chacun. Certaines personnes ne conçoivent pas l'idée de partir sans être accompagné, d'autres préfèrent se retrouver seul lors de leurs voyages. Je fais partie de la seconde catégorie. Non pas que je sois un marginal asocial antisystème anarchique qui refuse tout contact avec autrui. Au contraire, j'aime rencontrer de nouvelles personnes et avoir des liens sociaux comme tout le monde. Mais j'aime également me retrouver face à mes propres choix et décisions. J'aime affronter seul les obstacles que je peux trouver sur ma route. Mais surtout, j'aime la sensation de liberté que l'on ressent lorsqu'aucun compromis ne doit être fait. [...] Pour être plus concret, je vais donner un exemple de deux situations similaires vécues en groupe ou seul. Imaginez-vous un soir de camping au bord d'un feu après une belle journée de randonnée ou sur deux roues. Vous partagez un beau moment avec vos amis à échanger sur la beauté du lieu, du coucher du soleil, du ciel étoilé. Quelle belle expérience n'est-ce pas ?

Maintenant, je vais vous décrire ce que moi je vis dans ce moment. Sans bruit, j'entends les chants de tous les oiseaux des environs qui se répondent. Au bout d'un moment, j'arrive à différencier le chant de chaque espèce. J'observe les arbres avec curiosité et me demande pourquoi cette branche pousse ici et non autre part. J'observe le soleil se rapprocher de l'horizon, seconde après seconde, tout en étant témoin du changement des nuances de couleurs des nuages autour de moi. Une fois la nuit tombée, je garde les yeux fixés sur le noir du ciel qui, en devenant de plus en plus sombre, permet, à la lumière de nouvelles étoiles, d'atteindre une par une mes yeux après des milliers d'années de voyage. (2019)⁴⁴

La solitude lui permet donc de répondre à ses envies et d'avoir un sentiment de liberté. Il évoque aussi le fait de s'ouvrir davantage aux autres individus lorsqu'il voyage seul. Car en effet s'il n'était pas seul, il n'aurait pas le même contact et la même ouverture d'esprit face à des populations étrangères. Cependant voyager seul lui permet aussi de choisir ses moments de socialisation et de se replier lorsqu'il en ressent le besoin.

3. 2. La représentation de la solitude d'un point de vue historique

La représentation que nous nous faisons de la solitude dépend de notre expérience personnelle, des souvenirs qui s'y rattachent, mais aussi de la culture dans laquelle nous évoluons, de la pression sociale, de l'image que notre société renvoie de cette expérience. Qui, dans notre société, vit dans la solitude? Celui qui est en marge, différent, ou dangereux. Certains malades étaient ainsi mis en quarantaine, les hors-la-loi bannis, envoyés dans des pays lointains, les fous déportés dans des lieux de vie éloignés et isolés de la vie urbaine. C'est ainsi qu'au XIX^{ème} siècle Hugo évoque une vision de la solitude : « Le solitaire est un diminutif du sauvage, accepté par la civilisation »⁴⁵. Qu'il s'agisse du pouvoir médical, social, politique ou religieux, le moyen le plus sûr de condamner quelqu'un revient à l'isoler, l'exclure, le forcer à être seul.

Au Moyen-Age, les personnes vivent dans une certaine promiscuité: la vie se déroule sur le même lieu, limité au village et souvent délimité par des remparts entourant la cité. Dans les maisons, sûrement par manque d'argent et de place, il n'existe pas de pièce où se retirer, pas de lieu pour s'isoler, réfléchir, penser et on dort à plusieurs.

⁴⁴ Cf. annexe I

⁴⁵ Hugo V., 1869, p. 47

Même dans les monastères, on médite, on travaille ensemble, on partage les dortoirs. Notons également que la spiritualité ou encore l'adhésion religieuse pourrait paraître un moyen d'atteindre une solitude, mais on peut aussi la considérer comme propice au sentiment d'appartenance à un groupe. Lors d'une méditation ou d'une prière par exemple, le croyant n'est pas totalement seul puisqu'il recherche à être en lien avec son Dieu. Dans ce cas là le silence n'est pas forcément solitude. Il faudra attendre le XIIIème siècle pour que le choix d'être seul soit considéré comme un moyen d'introspection mais aussi de se différencier de l'autre, d'exister et de penser par soi-même. Aujourd'hui, une dichotomie existe toujours : il existe une solitude qui permet de se retrouver, de mieux se connaître, d'avoir des moments privilégiés d'intimité, mais aussi une solitude souffrance résultant d'un rejet, d'une difficulté à s'intégrer socialement, d'un échec, d'une privation, de l'absence de l'autre.

La société évolue en favorisant l'égoïsme. Auparavant, l'existence communautaire de base, comme la famille, les loisirs ou encore le travail permettait de tisser des liens sociaux naturellement, et permettait à l'individu d'intégrer spontanément un groupe d'appartenance au sein duquel il pouvait exister, s'exprimer et s'épanouir. Aujourd'hui le cercle familial, qui était une des valeurs cardinales des sociétés occidentales, est réduit et tend à ne plus être le pilier fondamental de notre vie. C'est, depuis longtemps, le domaine de la vie le plus important aux yeux des Français, loin devant la vie professionnelle, amicale et les loisirs. La primauté donnée à la sphère personnelle et familiale dépasse d'ailleurs largement les frontières de l'Hexagone et s'observe dans de nombreux pays. Toutefois, les priorités de vie se multiplient, le travail, la vie amicale et les loisirs sont jugés de plus en plus importants et finalement la famille a perdu le caractère hégémonique qu'elle a pu longtemps occuper. Les contours de la famille, les attentes, et les liens avec le cercle familial évoluent.

Le cycle de vie familial a, en effet subi de fortes transformations ces dernières décennies : recul de l'âge du mariage et du premier enfant, naissance d'enfants hors mariage, banalisation du divorce, multiplication des foyers monoparentaux et des familles recomposées. Pour rompre l'isolement l'individu doit alors faire preuve de grandes capacités de communication, de volonté à aller à la rencontre de l'autre et d'énergie pour tisser, développer et maintenir son réseau social. Il ne peut plus se laisser porter comme autrefois par des structures mises en place par la communauté d'appartenance.

3. 3. D'où vient la vision négative du sentiment de solitude ?

L'origine peut sûrement provenir d'un conditionnement ancestral et plus précisément celui du règne animal, à savoir qu'il est dangereux de vivre seul pour la plupart des êtres vivants qui doivent faire face à de multiples dangers pour survivre. Se nourrir, chasser, se protéger des prédateurs... sont plus faciles lorsqu'on vit en collectivité. Être seul revient à être vulnérable. Nous aurions appris à vivre en groupe pour mieux survivre aux forces de la nature. Suivant le règne animal, le véritable voyage solitaire serait celui associée à la mort. Qui n'a jamais entendu parlé du chat qui s'isole, loin de son lieu de vie, pour mourir ? Et revivre des moments de solitude pourrait réactiver cette peur, même si dans notre société actuelle nous sommes protégés de beaucoup de dangers. Cette hypothèse pourrait alors expliquer pourquoi le sentiment de solitude est à l'origine désagréable et anxiogène, comme la faim et la soif, et qu'il nous faudra l'appivoiser, apprendre à composer avec, pour ne pas être débordé quand il se manifeste.

« L'Homme est un être sociable ; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables. »
Aristote

Il nous faut aussi prendre en compte une spécificité de l'Homme : c'est un être social qui a besoin d'interagir pour évoluer, se construire. En effet, on remarque que certains animaux sont faits pour vivre en solitaire, tandis que d'autres vivent en collectivité (meute de loups, essaim d'abeilles, colonie de fourmis, etc.). Il semble que la nature ait donc fixé pour les animaux de chaque espèce un type de relation bien précise avec ses congénères. En ce qui concerne l'Homme, il nous suffit de regarder autour de nous pour avoir la réponse : dans tous les pays, les hommes se sont rassemblés en société, de la plus petite tribu aux Etats les plus peuplés. De plus, chaque être vivant s'origine au sein d'un autre être qui organise et miniaturise ses potentialités biologiques. Cependant, les mammifères, dont fait partie l'Homme, ont une spécificité bien particulière: ils ne peuvent s'individualiser isolément. La graine d'un végétal peut, elle, rester seule, éloignée de son espèce d'origine, et se conserver pendant plusieurs centaines d'années jusqu'à se développer lorsque les conditions seront favorables à sa croissance. Tout comme les ovipares peuvent attendre et éclore lorsque les conditions sont réunies. Les mammifères, quant à eux, ne peuvent survivre uniquement s'ils se nidifient dans les entrailles de la femelle de son espèce pendant plusieurs semaines, voire des mois. Une fois, né, le petit individu doit être allaité, avoir des soins corporels et protégé des diverses agressions extérieures. Par nature, l'Homme n'est et nait pas seul.

Lorsque l'homme décide de se retirer de la société dans lequel il vit, c'est souvent pour aller fonder une communauté avec ses lois propres, différentes de la société d'origine, autrement dit un autre type de société. C'est là l'idée soutenue par Aristote lorsqu'il affirme, dans *les Politiques*, que l'homme est un animal politique. Il s'agit là de la « polis », terme grec qui désigne la Cité. Il veut dire par là que l'homme est par nature « en cité », c'est-à-dire en société. Pour Aristote, c'est le langage qui est le signe que l'homme est un animal politique, car il sert à désigner des notions qui n'ont de sens qu'en société comme le bien ou le mal.⁴⁶

L'Homme ne vit pas en communauté uniquement pour se sécuriser, se protéger. Sans cette spécificité de l'Homme, il ne pourrait créer des liens affectifs, partager des moments d'intimité, se confier, échanger des idées, mettre des mots sur ses ressentis ou pire encore il ne pourrait pas se construire. Robinson Crusoé, par exemple, qui fait l'expérience de la solitude absolue, voit peu à peu sa santé mentale vaciller. Pour Tom Hanks, célèbre personnage du film *Seul au monde*, la création d'un être social devient rapidement un besoin vital au même titre que la nourriture. Après avoir échoué sur une île, il construit une habitation, réussit à se nourrir et survit psychologiquement en humanisant un ballon de volley qui deviendra son compagnon. Cette histoire, inspirée de faits réels, est une adaptation romanesque témoignant de la nécessité d'avoir un lien social. Tout comme l'expérience de l'empereur Frédéric II qui installa six bébés dans une pouponnière et ordonna à leurs nourrices de les alimenter, les endormir, les baigner, mais surtout, sans jamais leur parler et leur démontrer de l'affection. Tous les six dépérissent et finirent par mourir. L'être humain est donc un être social, son patrimoine biologique lui permet de vivre, mais il a besoin d'interactions sociales pour se construire. Je pourrais résumer ce besoin fondamental de l'être humain par une fameuse citation de D. Winnicott qui dit: « un enfant seul ça n'existe pas »⁴⁷. Dans cette citation qui à l'origine est : « mais un bébé, cela n'existe pas », D. Winnicott fait remarquer que lorsque l'on parle d'un bébé, on désigne aussi quelqu'un qui s'occupe de lui. Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation, d'un environnement ; en particulier la Mère.

Certains philosophes reprennent cette vision d'une solitude fondamentale pour l'Homme qui serait inscrite en nous. Le courant humaniste ou existentiel de la psychologie clinique considère ainsi la solitude comme le sentiment premier de l'Homme.

⁴⁶ Aristote, trad. 1990

⁴⁷ Winnicott D., 1996

Morin et Bouchard évoque cette conception : « Chacun de nous entre dans l'existence seul et en sort seul. Le conflit se situe donc entre cet isolement et notre désir d'être protégé et d'appartenir à un tout. Les individus qui n'arrivent pas à transcender cette solitude fondamentale développeront certains comportements pour y éviter à y faire face (relation de dépendance, de fusion...) ».48

* Représentations collectives, artistiques et médiatiques

La solitude est un thème classique de la chanson et du roman, du cinéma et de la poésie. Dans ces arts comme dans le journalisme, la solitude est souvent présentée sous un angle romantique, par exemple lorsqu'elle met en scène ou en récit des personnes revendiquant d'avoir fait «le choix» de rompre avec toute appartenance sociale. Dans de nombreuses oeuvres artistiques et littéraires on peut retrouver souvent des figures comme le vagabond, l'artiste ou encore le sage mystique, qui sont stéréotypés comme solitaires. En effet, leurs ressources culturelles, leur rapport à eux-mêmes et aux autres leur autorisent un certain désinvestissement social dont ils peuvent tirer des profits divers. On retrouve aussi le cliché du « pauvre des villes », le clochard seul au milieu des passants, le clochard retranché dans les bois mais aussi l'asocial du village, autant de figures romantiques qui, de par leurs conditions dramatiques, développent automatiquement chez le lecteur ou le spectateur une empathie ou une pitié. Ici, nous avons affaire à des personnes dont on peut se dire que c'est sur la base de leurs difficultés et de la faiblesse de leurs ressources économiques, matérielles et culturelles et donc, par dépit, qu'elles sont seules.

* Solitude, réseaux sociaux et nouvelles technologies

On voit de plus en plus la société développer un commerce autour de la solitude. Il s'exprime au travers des produits supposés offrir des possibilités de rupture avec la solitude ou l'isolement. Encore une fois notre société actuelle renvoie une image négative de la solitude : il semble falloir à tout prix la fuir. Il s'agit notamment des offres de rencontres amoureuses, des agences matrimoniales mais aussi de celles des sociétés spécialisées dans l'organisation de soirées de rencontres destinées aux célibataires.

⁴⁸ Morin P. C., Bouchard S., 1997, p. 138

La vogue médiatique du *speed-dating*⁴⁹ dans les bars, les restaurants des grandes villes, celle des foires et des bals pour célibataires, veufs et divorcés dans les zones rurales sont exemplaires de ces dynamiques. Mentionnons également les offres commerciales liées aux nouvelles technologies de communication, à savoir les sites Internet et les réseaux sociaux virtuels permettant de dialoguer avec des inconnus dans la perspective de les rencontrer, ou de reprendre contact avec des personnes ayant fait partie de son entourage à un moment donné⁵⁰.

Cependant, je me questionne quant à l'utilisation excessive des réseaux sociaux, de plus en plus répandus de nos jours, et le sentiment de solitude. Plus haut j'évoque le postulat que toutes ces nouvelles technologies nous poussent à fuir la solitude. Néanmoins, se sent-on seul parce qu'on passe trop de temps en ligne, ou passons-nous trop de temps en ligne justement parce qu'on se sent seul ? On peut avoir l'impression que les réseaux sociaux nous permettent de remplir ce vide social, mais je pense que ce n'est peut-être pas la solution que les gens espéraient. En ligne comporte des interactions avec d'autres individus, mais que celles-ci ne se traduisent pas en de « vraies » interactions sociales. Il s'agit souvent d'échanges superficiels, les personnes sont moins engagées dans la relation. Le fait qu'on ne soit pas engagé corporellement joue en faveur de cette superficialité. Mais il me semble aussi que le cadre des réseaux sociaux nous emmène vers un mode de vie toujours plus rapide, plus performant. Les relations épistolaires autrefois menées via des échanges de courriers étaient, me semble-t-il plus authentiques et impliquaient un engagement personnel et financier. Alors que les réseaux sociaux permettent un échange quasi-instantané, il est facile de passer d'une conversation à une autre, les conversations peuvent s'interrompre à tout moment.

⁴⁹ Signifiant littéralement « rencontre rapide », c'est une méthode de recherche d'un partenaire en vue d'une liaison sentimentale ou matrimoniale qui consiste en une série d'entretiens courts avec différents partenaires potentiels.

⁵⁰ Il s'agit notamment des possibilités de rencontres amoureuses et amicales proposées par les sites Internet comme *Copains d'avant*, et par les réseaux sociaux du type *Facebook*.

PARTIE III : Discussion

1. Une juste solitude

La solitude ne se résume pas au manque de lien social, elle en est, en quelque sorte, la doublure. Paradoxalement, ces deux faces du lien / solitude recèlent un danger ambivalent source de souffrance, un risque pour l'intégrité du Moi du sujet : d'un côté, l'absorption dans l'autre lorsque la solitude est impossible ; de l'autre, la perte de soi dans l'absence totale de l'autre. Contrairement aux apparences courantes, les liens sociaux ne sont pas une condition nécessaire et suffisante pour l'équilibre et la santé du Moi, mais une condition indispensable et insuffisante.

Ce que l'on voit resurgir au plus profond du sentiment de solitude, c'est une dynamique primitive qui se joue dans la période immédiatement postnatale, quand le nouveau-né, venant de sortir du ventre de sa mère, est plongé dans un univers dont il ne connaît rien. À ce moment, un visage humain, penché sur le berceau, celui de sa mère généralement, opère une séduction immédiatement apaisante au sein d'un vide mortel. Cette présence, apaisante, restitue une continuité nouvelle au sein d'une rupture, mais, plus tard, le futur Moi du nouveau-né va devoir mettre à l'écart cette présence pour esquisser le « je ». Il faudra ainsi que la capacité de l'enfant à être seul apparaisse. Se joue un scénario fusion / défusion, dont l'enchaînement pourra se rejouer au cours de l'existence, sous bien des formes possibles. Lorsque dès la plus tendre enfance cette alternance n'est pas bien expérimentée ou que le sujet vivra un traumatisme la remettant en cause, ce dernier viendra à souffrir de la solitude. La souffrance face à la solitude est donc le signal d'un déséquilibre dans le système fusion / défusion, équilibre de connotation fortement personnelle.

Comme certains aimeront le rouge plus que le jaune, certains préféreront une solitude récurrente et auront besoin de se retrouver seul plusieurs moments par jour par exemple, pour d'autres les interactions sociales seront privilégiées. Chacun est alors plus ou moins solitaire, cela faisant partie intégrante de nos traits de caractère. Bien sûr ces traits de caractère, même s'ils s'élaborent sur une base génétique, ils se moduleront en fonction de l'environnement. Il existerait donc une juste solitude, qui correspondrait à chacun d'entre nous. Il faudra alors veiller à ne pas souffrir de l'un ou de l'autre des pôles de la solitude: une solitude extrême, excluante, ou une solitude intolérable, une incapacité à être seul.

2. Exemples cliniques et bénéfiques des médiations en psychomotricité

En clinique, nous l'avons vu, la notion de solitude se manifeste sous différentes formes et pose problème à différentes échelles. Même s'il ne constitue pas une pathologie à lui seul, le sentiment de solitude fait partie de nombreux tableaux cliniques de pathologies psychiatriques. Il est aussi souvent conséquent à une pathologie neurologique lourde ou corrélé au vieillissement de la personne, mais on peut aussi le retrouver dans le cadre de syndromes plus légers et plus fréquemment observés. Par exemple, le premier critère du DSM IV caractérisant les troubles borderline est: « efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés », les personnalités borderline ont donc des angoisses de séparation pouvant mener à la peur du sentiment de solitude. Par ailleurs, la phobie scolaire, ou maintenant appelée refus scolaire anxieux dans le DSM V, se définit comme :

Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. [...] L'exposition à la situation peut prendre la forme d'une attaque de panique. [...] Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.⁵¹

On voit ici toute la dimension sociale qui renvoie au sentiment de solitude chez les enfants souffrant de phobie scolaire. Cette phobie sociale est corrélée à l'incapacité d'être seul en présence d'autrui. L'enfant ou l'adolescent, souffrant d'une faible estime de lui-même, projette sur les autres personnes qui l'entourent les critiques et les attaques persécutrices. Lors du développement de l'enfant, les craintes suscitées par la séparation avec les parents peuvent également engendrer des angoisses de séparation.

J'ai aussi pu évoquer des situations cliniques qui m'ont interpellée et fait me questionner autour de la place de la solitude dans notre métier de thérapeute. Quel rôle avons nous à jouer chez les patients pris en charge sur nos lieux professionnels pour leur apporter un accompagnement juste pour chacun d'entre eux ? Je développerai pour répondre à cette question les médiations⁵² que j'ai pu utiliser et leurs bénéfiques pour placer le patient dans une juste solitude lors des prises en charge que j'ai exposé dans ma partie clinique, bien que la liste des notions évoquée ci-dessous soit non exhaustive.

⁵¹ DSM-IV-TR, 2003, p. 518-525

⁵² « La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. » Potel. C (2012) p.365.

2. 1. L'accompagnement dans une juste solitude

2. 1. 1. Le toucher

L'hyperactivité peut illustrer aussi une forme d'incapacité à être seul en présence d'autrui. Ces patients hyperactifs, lorsqu'ils sont en présence d'autrui et notamment d'un adulte, ont tendance à le solliciter sans cesse et à enchaîner les demandes. Ils sont, sans arrêt, dans la stimulation, passant de jeu en jeu sans réellement se poser sur l'un d'entre eux. C'est le cas retrouvé dans la situation que j'ai pu exposer lors de la présentation clinique de Simon, enfant âgé de 8 ans. En présence d'autrui, ces enfants se montrent hypervigilants, ne parviennent pas à poursuivre seuls une activité, suscitent l'attention de la ou les personnes présentes. Cette attitude se réfère souvent à une volonté d'emprise sur la personne présente, adulte ou enfant. Simon a beaucoup de mal à se créer un réseau d'amis à l'école, les autres élèves ne se lient pas avec lui et il est décrit comme très agité, voire impossible à canaliser. Cette description m'a alors très étonnée puisqu'en séance de psychomotricité Simon peut être malgré tout dans le groupe et, avec de l'étayage, adapté dans ses réponses. L'agitation de Simon serait alors plus intense lorsqu'il est en présence d'un groupe. C'est d'ailleurs ce que j'ai constaté plus tard lors d'un entretien où Simon et ses parents étaient conviés. L'hyperactivité apparaît ainsi comme un signe d'incapacité d'être seul en présence du couple oedipien et du groupe. L'enfant recherche les relations exclusives et duelles, que la psychanalyse peut rapporter à des failles narcissiques et des angoisses d'annihilation. Jeammet P. résume cette vision en évoquant la notion de solitude que ces enfants peuvent ressentir:

L'instabilité concerne plus souvent les garçons que les filles. Elle se traduit par l'impossibilité de tenir en place, par le besoin incessant de s'occuper, par la difficulté à écouter et à se concentrer sur des activités sédentaires. S'y ajoute habituellement le besoin de houspiller l'entourage et de le provoquer. [...] [L'enfant ou l'adolescent] instable ne tolère pas les remarques et les réprimandes, [...] n'accepte pas d'être en faute et en rejette la responsabilité sur les autres, a besoin de se faire remarquer et ne supporte pas la solitude. [...] Derrière cette agitation se cachent une grande vulnérabilité, un enfant malheureux et seul, qui n'arrive pas à trouver une place qui soit bien à lui et où il puisse s'installer.⁵³

⁵³ Jeammet P., 2004, p. 68

L'enjeu en psychomotricité dans le cas de Simon est donc de l'accompagner dans l'épreuve de la solitude « en présence de ». En séance Simon cherche une stimulation constante de notre part. Il ne tolère pas l'absence de stimulation. Pour éviter l'absence de sollicitation, Simon a tendance à s'autostimuler lors des temps plus calmes. L'enjeu thérapeutique est donc d'emmener Simon à une faible excitation, synonyme d'effondrement pour lui, mais accompagnée par notre présence, qui pourra l'aider à surmonter cette angoisse. Il s'agit de lui proposer, avec un étayage de la part du psychomotricien, une création d'une base narcissique solide, une sécurité interne qui lui permettra de se retrouver seul. Pour cela la psychomotricité peut agir sur les enveloppes psychiques à travers diverses médiations.

Ici, mon choix s'est porté sur le toucher qui lui permet dans un premier temps de prendre un moment pour soi uniquement, tout en étant jamais seul physiquement. Deuxièmement, le toucher du dos peut agir sur la construction des enveloppes. En effet, l'objet d'arrière-plan correspond à la surface du dos permettant de sentir un fond en arrière sur lequel l'enfant pourra s'appuyer pour mobiliser son corps dans l'espace. Cet arrière fond, qui a une fonction aussi symbolique de participer à la formation des enveloppes psychiques, est évoqué par G. Haag « Soulignons [...] l'importance de l'arrière-plan du contact du dos articulé au regard pour former le fond de l'espace, [...] la toile de fond de la vie psychique. »⁵⁴. L'appui-dos dans le toucher thérapeutique a donc permis d'installer un arrière fond présent, support de la sécurité de base nécessaire au sentiment de continuité d'existence. Grâce à l'intégration du sentiment d'enveloppe, l'appui-dos contribue à l'ouverture psychique de l'enfant.

Précédemment, j'ai aussi pu développer ma rencontre avec Madame C, prise en charge en soins palliatifs. N'ayant pas accès au langage verbal, Madame C ne peut plus nous guider et intervenir verbalement concernant ses sentiments et notamment vis à vis de son sentiment de solitude, qu'elle peut éprouver ou non. Or il est de notre devoir, en tant que professionnels de santé, de mettre en œuvre tous les moyens à disposition pour que toute personne ait le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Depuis la loi du 2 février 2016, de nouveaux articles ont renforcé les droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie. En plus de clarifier les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable, cette loi rend les équipes soignantes respectueuses des attentes du patient. Cela passe par la sédation ou encore par les directives anticipées.

⁵⁴ Haag G., 2008, p. 14-22

La volonté du patient est maintenant une notion fondamentale dans la prise en charge en soins palliatifs.

Madame C souhaitait-elle être isolée relationnellement des autres résidents sans forcément souffrir du sentiment de solitude? Ou préférerait-elle être baignée et entourée d'échanges sociaux car cela ne lui ferait pas ressentir ce sentiment ? Car nous l'avons vu même lorsqu'une personne est très entourée, elle peut se sentir seule. Il s'agit d'un sentiment personnel qui ne dépend pas du nombre de personnes autour de soi, mais bien de la perception des relations avec les autres et de l'environnement. N'y aurait-il pas un entre deux qu'on pourrait nommer « juste solitude » ?

Lors des échanges avec les professionnels et soignants accompagnant Madame C j'ai pu constater que sa prise en charge s'orientait en fonction du contre-transfert qui est fait chez les soignants. Etant en stage court au sein de la structure, je n'ai malheureusement pas pu plus échanger avec les professionnels et suivre l'évolution des questionnements. Cependant il me paraît important, en tant que psychomotricienne, d'être d'autant plus à l'écoute du langage corporel de Madame C en fonction des lieux où celle ci se trouve afin de lui apporter une prise en charge au plus proche de ses besoins. J'aurais donc envisagé de proposer à Madame C des moments plus calmes et donc plus isolés des autres résidents, au vue de sa fatigabilité et de son hypervigilance que j'ai pu constater lorsqu'elle était dans la salle commune. Les soignants étant très occupés lors du repas avec les autres résidents il s'agirait, par exemple, d'organiser le temps de pause de la psychomotricienne afin qu'elle puisse aménager un temps dans la chambre de Madame C lors de ces temps. L'objectif serait de l'isoler mais qu'elle ne ressente pas de sentiment de solitude.

Pour cela, diverses médiations peuvent être utilisées par le psychomotricien, j'ai notamment pensé à la musique ou encore au toucher thérapeutique avec Madame C. M. Guiose donne quatre indications d'une intervention psychomotrice auprès de personnes en fin de vie: le soin de confort, le soin antalgique, les troubles du schéma corporel et favoriser la communication. Il écrit : « Avant tout, l'indication psychomotrice est « un soin de confort » : aider le patient à retrouver une perception positive de lui-même en participant aux retrouvailles d'une harmonie psycho-corporelle mise à mal (...) »⁵⁵ . Le toucher psychomoteur en fin de vie vise à redonner un sentiment d'enveloppe, d'unité psychocorporelle à la personne. On ne s'intéresse pas uniquement à un corps mais à la personne dans sa globalité.

⁵⁵ Guiose M., 2007, p. 22

La qualité du toucher, dans son intention et sa disponibilité tonico-émotionnelle, permet au sujet de se sentir un être, un corps sujet et non « corps objet ». Mobiliser la personne, via le toucher et la parole, l'aide à se sentir vivante. Néanmoins, la personne concernée est seule à pouvoir ressentir les sensations qu'introduit le toucher. Ainsi, «Être dans son corps, c'est moins souffrir de lui, mais surtout s'approprier soi-même. »⁵⁶ .

La plupart du temps, la douleur accompagne la fin de vie et entraîne des répercussions psychomotrices. Avant un toucher thérapeutique, il est donc indispensable de comprendre la douleur du patient et de favoriser une installation la moins douloureuse possible. Le toucher, dans des conditions favorables, peut être apaisant et diminuer la douleur. « Le toucher physique (...) est alors tout à fait recommandé car les influx nerveux remontant l'information tactile inhibent la douleur. »⁵⁷ .

De plus le toucher, moyen de relation essentiel pour entretenir le sentiment de vie, permet d'établir une communication non verbale entre le thérapeute et le patient. Cette communication, établie par le dialogue tonico-émotionnel, s'accompagne également du regard et de la parole du thérapeute. En effet, le psychomotricien utilise les enveloppes tactile, visuelle et / ou sonore afin d' « envelopper » et de contenir lui-même la personne pour qu'elle renoue l'expérience d'être contenue physiquement et psychiquement. Le toucher tend vers une sensation d'unité psychocorporelle en agissant sur le schéma corporel et l'image du corps du sujet.

Il est important de travailler l'enveloppe psychocorporelle au seuil de la fin de vie car cela permet à la personne d'être en relation avec l'autre et de diminuer son angoisse de mort par un accompagnement tant corporel que psychique. De plus, c'est par et grâce au regard de l'autre que l'on se sent exister et reconnu en tant qu'individu à part entière. L'éprouvé d'une intégrité psychocorporelle, à ce stade final, permet ainsi d'exister en tant que sujet jusqu'au bout de la vie.

2. 1. 2. L'aménagement de l'espace

On soulève souvent la question de savoir comment rompre la solitude d'une personne mais on ne se soucie peut-être pas assez de comprendre si celle-ci a besoin de cette solitude, et si justement elle ne la recherche pas. Toujours dans ce souci d'adapter au mieux notre prise en charge du patient, il est indispensable d'être sensible aux demandes et aux besoins implicites de chacun d'eux.

⁵⁶ Ancet P. *et al.*, 2010, p. 86

⁵⁷ Guiose M., 2007, p. 38

Avant d'être un patient ayant une possible pathologie psychiatrique, Alexandre est avant tout un adolescent. Peut-être ne l'a-t-il pas formulé ainsi mais il pourrait aussi avoir besoin de se retrouver seul dans sa chambre.

La question qui se pose est alors celle-ci : comment accompagner quelqu'un dans une forme de solitude? Nous avons pour cela à notre disposition en tant que thérapeute des outils pour organiser l'espace et le temps. L'espace est, d'abord et avant tout, une intégration psychique et corporelle de la limite. Dans la psyché de l'enfant, les espaces interne et externe sont au départ confondus, dans une indifférenciation entre le dedans et le dehors : c'est pour cela qu'il est important d'offrir à l'enfant un espace contenant où il puisse s'enraciner. Comme j'ai pu le développer dans ma partie théorique, c'est dans la relation tonico-émotionnelle avec la mère que l'enfant constitue son enveloppe corporelle et son appareil psychique. La sécurité narcissique de base qui donne le sentiment d'existence s'appuie sur l'acquisition des fonctions de maintenance et de contenance, repérées dans les caractéristiques du Moi-peau.⁵⁸ Ce processus de mise en forme spatiale retentit sur la dimension psychologique. « Dans les troubles de l'espace apparaissent les mêmes principes que nous trouvons dans la vie psychique en général. L'espace n'est pas une entité indépendante mais se trouve en liaison étroite avec les instincts, les pulsions, les émotions et les actions, avec leurs composantes toniques et phasiques »⁵⁹.

Ces deux notions que l'on travaille souvent en séance avec nos patients peuvent être aussi abordées sous un angle préventif et plus large. Il me paraît donc important de permettre à Alexandre d'avoir un espace à lui, un « territoire » à lui seul. Il s'agirait de délimiter l'espace, c'est un travail de constitution du contenant physique et psychique. Concrètement il serait intéressant de retravailler l'espace de sa chambre, en s'entendant avec l'équipe soignante pour que la porte de sa chambre puisse rester fermée, étant donné qu'Alexandre n'a pas besoin d'une surveillance en continu de ses constantes. Il s'agirait aussi de mettre des adhésifs opaques ou floutants sur les parties vitrées de la porte. Et si cela est possible, aménager le temps en élaborant un emploi du temps qui laisserait des plages horaires libres à Alexandre, pendant lesquelles, ni soignants, ni famille ne pourraient rentrer. Cette chambre marquerait la limite entre le dedans et le dehors, afin de lui offrir la possibilité d'élaborer une première enveloppe, de former un espace d'intimité où il pourrait se retrouver seul. Car se retrouver seul, c'est aussi être dans un espace où se retrouver avec soi, ses besoins, ses envies, ses pulsions.

⁵⁸ Anzieu D., 1985

⁵⁹ Schilder P., 1974

2. 2. Rompre une solitude souffrance

Se sentir seul n'est pas toujours un choix, mais peut être parfois une contrainte difficile à vivre. Cette solitude peut avoir des conséquences importantes sur la vie quotidienne, d'un isolement social à un véritable mal-être. Se sentir seul peut être plus ou moins pesant. Pour certaines personnes, la solitude choisie permet de prendre du recul sur soi, de réfléchir ou de méditer sur une situation. Pour d'autres, il s'agit d'une contrainte difficile à supporter qui peut avoir de graves conséquences comme un retrait ; un repli sur soi ; une timidité et un manque de confiance en soi ; le sentiment de ne pas être compris par les autres ; le fait de se sentir exclu ou jugé ; le sentiment d'être différent et abandonné ou encore la sensation de manque, de vide. Madame F, par exemple, semble avoir adoptée une stratégie pour combler ce vide en utilisant les addictions. Comment soutenir ces patients qui souffrent de la solitude ?

2. 2. 1. La groupe thérapeutique

Intégrer un groupe thérapeutique en psychomotricité permet dans un premier temps pour certains de se socialiser et de ne plus être seul physiquement. Le groupe possède en effet un rôle social important. Il offre des possibilités d'interactions riches et diversifiées dues à l'existence d'émotions et de sentiments, ce qui crée une forte interdépendance entre les membres. Il permet également la régulation sociale (respect des règles, des autres, des limites, du cadre, etc). En outre, il instaure l'adaptation de l'individu à la vie en société. Le groupe existe comme ensemble de personnes, d'objets et de relations entre eux ; on peut parler de l'existence d'un réseau groupal. Par sa dynamique, le groupe peut s'avérer resocialisant et ainsi redonner du sens à la relation à l'autre, aux autres. « On n'est pas pas tout à fait seul tant qu'il y a quelqu'un pour s'intéresser à notre solitude. La lui décrire, c'est la lui faire partager. La partager, c'est la rompre. »⁶⁰. C'est en ce sens que la médiation du groupe aura un impact sur la prise en charge de Madame B. Avec cette dernière, il s'agira dans un premier temps d'axer le travail sur une revalorisation de son image de soi, en passant notamment par des exercices de verticalisation, des moments de plaisir et de bien-être, afin qu'elle acquiert une meilleure estime d'elle-même. Après cette période, le groupe pourra être proposé et utilisé comme moyen pour rompre cet isolement relationnel dont Madame B souffre.

⁶⁰ Grimaldi N., 2003

Le groupe peut être utilisé en tant que moyen de socialisation, comme nous venons de le voir. Ceci est cependant possible avec n'importe quelle autre activité tel qu'un cours de sport ou un cours de cuisine. Qu'est ce qu'apporte alors la psychomotricité dans la prise en charge en groupe ?

Au-delà de la présence physique, c'est la qualité des interactions qui va jouer un rôle primordial dans la prise en charge des patients souffrant de solitude. Dans le cadre du groupe, qui va être posé et maintenu par le psychomotricien, on va retrouver des notions telles que l'écoute de l'autre, le non-jugement et l'empathie. Les patients vont pouvoir avoir le sentiment de ne pas être seul parmi les autres mais bien d'être avec les autres, et en se sentant écoutés le sujet pourra à son tour être à l'écoute de l'autre.

Pour R. Kaës, le groupe a quatre fonctions⁶¹. Tout d'abord, il a une fonction d'enveloppe contenante : le groupe vient apporter une structure nécessaire pour que les interactions entre les personnes puissent prendre place, trouver quelque chose de sécurisant. Au travers du groupe, l'individu va retrouver une enveloppe comparable à celle corporelle. L'espace de la salle, clos, en représente déjà une première, qui englobe tous les individus. Puis il y a mon corps, le corps que forme autrui, les corps des autres et le corps groupa que nous formons ensemble. « Le groupe est un corps dont les adhérents sont les membres »⁶². Le groupe a aussi une fonction limitante : il apporte un cadre, des règles et des limites. On peut ainsi y déposer plein de choses car c'est un espace sécurisant mais limité. Il a de plus la fonction transitionnelle : le groupe se passe comme un temps commun et partagé, créatif et imaginaire. Et enfin on retrouve dans le groupe la fonction symboligène : c'est un soutien à la symbolisation, à la mentalisation, aux représentations.

Le corps est en jeu dans toute relation et nous permet d'entrer en communication. Il est vecteur d'expression par nos attitudes, nos postures, notre façon de marcher, de regarder. Il véhicule nos émotions, nos affects, tout un langage corporel auquel nous, psychomotriciens, accordons une place prépondérante. Le groupe en psychomotricité permettra aussi aux patients ayant du mal à verbaliser, qui ne se livrent pas, qui ne donnent pas accès à leur ressentis, qui ont honte comme c'est le cas chez Madame F, d'utiliser le corps comme « médiateur symbolique ».

⁶¹ Kaës R., 2010

⁶² Anzieu D., 1999, p. 3

L'un des objectifs du groupe en psychomotricité est que chacun puisse avoir sa place pour s'exprimer corporellement, s'affirmer et adopter sa propre identité. « Apprendre à être seul en présence de l'autre, c'est autant apprendre à être soi en présence de l'autre. »⁶³

Par ailleurs prendre du temps pour soi serait un moyen d'avoir un vécu positif de la solitude. J'entends par prendre du temps pour soi des moments où l'on est capable de se retirer des relations sociales: bricoler, méditer, lire... se retirer donc dans son « jardin secret ». Etre capable d'être seul n'implique pas de vivre tout le temps seul, que toute la vie s'organise en dehors de la société, en marginalité, en exclusion, cela signifie que l'on a acquis cette notion de « capacité à être seul » comme l'a décrit D. Winnicott. Cependant, c'est aussi accepter que l'autre souhaite se retirer, prendre de la distance, sans vivre cela comme un manque ou un abandon. La gestion de cette angoisse de perte peut être aussi travaillée en groupe. Grâce, par exemple, aux rituels qui peuvent être instaurés en début et en fin de séance, la séparation et donc la solitude pourraient être mieux appréhendées. On pourra également veiller à ce que chacun ait sa place, que chacun ait un temps d'élaboration à lui, sans que le thérapeute soit en train de verbaliser, des moments durant lesquels chacun pourra se retrouver un temps seul même s'il est baigné dans la contenance du groupe.

2. 2. 2. La relaxation

Rappelons la définition de R. Durand de Bousingen sur la relaxation en tant que médiation : « les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique »⁶⁴.

En psychiatrie adulte, le psychomotricien proposera de la relaxation avec comme objectif d'obtenir la détente pour amener le patient à retisser le lien entre ses états toniques et ses états psychiques. La relaxation agira comme support en passant par le corps pour verbaliser des ressentis, qui sont difficiles d'accès pour certains patients.

⁶³ Arènes J., 2007

⁶⁴ Durand De Bousingen R.,1980, p. 4

Repasser par le corps, par des sensations corporelles, d'abord très basiques qui s'affineront par la suite, est une porte d'entrée vers l'élaboration. Elle pourra aussi jouer un rôle lors d'une trop grande intellectualisation. La relaxation peut effectivement y avoir sa place pour redynamiser le processus de prise en charge. Les inductions verbales et le toucher dans la relaxation Sapir, par exemple, peuvent permettre d'aller à la rencontre de failles narcissiques, de troubles de l'image du corps ou encore des défauts de symbolisation. La relaxation Sapir s'adapte et se module suivant les besoins des patients et leurs difficultés. « Ainsi peuvent-ils faire l'expérience de leur action sur le monde et s'approprier des éprouvés créés-trouvés et partagés qui ouvrent « l'espace transitionnel », tel que nous l'a décrit Winnicott (1975) . »⁶⁵

Le but de la relaxation dans la prise en charge des patients souffrant de solitude va être de proposer au patient de faire le lien entre les inductions et les ressentis physiques et les représentations psychiques associées. Le patient n'est plus seul face à des ressentis débordants, parfois angoissants ou désorganisant. Il est accompagné du psychomotricien, dans la solitude que représente l'exploration de ses ressentis, car l'individu est la seule personne à savoir ce qu'elle ressent.

Pour conclure cette partie il me semble important de préciser que quelle que soit la médiation utilisée, celle-ci doit être en adéquation avec le projet thérapeutique et garantir un respect et une qualité d'écoute. Ceci m'amène à développer les qualités nécessaires à la posture du psychomotricien dans la prise en charge des patients ayant des problématiques en lien avec la solitude.

3. La posture du psychomotricien, garante de cette juste solitude

Quand le patient franchit la porte de la salle de psychomotricité, plusieurs éléments se sont déjà mis en place en amont. Il vient sur prescription médicale établie par le médecin. Ce dernier vient dans tous les cas avec des représentations, qui sous-tendent une demande, formulée ou non. Le psychomotricien, à travers le bilan ou d'un entretien, va proposer un soin en adéquation avec ses observations (discours du patient, observations lors des épreuves) et la plainte du patient. L'examen psychomoteur se caractérise par cette souplesse qui permet au psychomotricien de l'adapter en fonction de ce qu'il perçoit du patient.

⁶⁵ Lauras-Petit A. et Molard A., 2015, p. 287

Le psychomotricien se doit d'affiner son sens de l'observation clinique, mais aussi ses propres repères corporels afin d'appréhender au mieux la réalité du patient. Il assume donc une part de subjectivité inhérente à l'examen psychomoteur. Pour C. Potel « Les épreuves ont leur utilité, comme médiation possible pour un questionnement qui se voudrait précis. Mais elles ne doivent à aucun moment nous emprisonner dans leurs règles. Car les réponses apportées aux questions que nous posons sont rarement pures. Elles nous arrivent entachées (enrichies ?) de tout un vécu subjectif qui bien souvent en modifie l'expression »⁶⁶ . Pour elle, l'observation subjective du psychomotricien enrichit les épreuves et tests cotés. Elle permet d'appréhender l'organisation globale du sujet, et ainsi, de donner sens aux résultats de ces épreuves. L'idée même d'adaptation de l'examen psychomoteur, en fonction de ce que le psychomotricien perçoit du patient, induit une posture impliquée de ce dernier.

Puis le psychomotricien va essayer d'apporter des éléments constructifs dans le soin global prévu pour le patient au sein de l'institution. C'est ce qu'on appelle le projet thérapeutique. On comprend que dans ce sens, chaque rencontre en psychomotricité sera unique et que les qualités du psychomotricien sont primordiales pour que la qualité de l'échange soit garantie et que l'adhésion thérapeutique puisse avoir lieu. Or la qualité de l'échange est une notion clé dans le sentiment de solitude. Comment, en tant que psychomotricien, être suffisamment présent sans rendre le patient dépendant de notre présence ?

3. 1. L'établissement du cadre thérapeutique pour veiller à la continuité de la capacité à être seul même en présence du psychomotricien

Par la proximité des corps, parfois les confidences intimes, ou encore les attentes du patient, la relation qui s'établit entre le patient et le psychomotricien peut mettre à mal la capacité du sujet à être seul. Attention donc à ne pas tomber dans les relations de dépendance ou relations symbiotiques et à toujours veiller au cadre. C. Potel définit le cadre comme ce qui « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »⁶⁷. Il est important pour le psychomotricien de pouvoir identifier au maximum les composantes du cadre spécifique à chaque prise en charge.

⁶⁶ Potel C., 2010, p. 235

⁶⁷ Potel C., 2010, p. 321

Par exemple en relaxation ,il est important de préciser que les méthodes vues en séance peuvent être reprises, pas à pas, exercice par exercice, par le patient lui même, pour qu'il se les approprie et non pas qu'il soit dépendant du thérapeute. Il est important que le cadre puisse donner au patient la possibilité d'être acteur, et quelque part être seul maître de son processus de guérison ou de soin. De même le cadre doit permettre la possibilité de verbaliser, de s'exprimer afin que le patient soit seul à associer, développer sa propre pensée. Pour cela le psychomotricien doit accompagner verbalement parfois à travers des inductions mais il est aussi important de laisser la place au silence. Il est parfois nécessaire de travailler aussi sur l'espace physique de chacun, du thérapeute comme du patient, pour que chacun ait un espace propre et pour cela les médiations, diverses en psychomotricité, sont un réel atout dans notre métier.

3. 2. L'importance de la médiation pour permettre au patient d'être seul

Les médiations, comme la relaxation, le toucher thérapeutique ou encore le groupe que j'ai pu développer plus tôt, assurent au sujet sa capacité à être seul même en présence du psychomotricien. La proximité corporelle peut être appréhendée à travers des médiateurs comme des échanges de balles, il sera ensuite possible que le patient puisse parler et échanger avec le thérapeute sur ce qu'il a pu faire seul (un mouvement, un dessin, un écrit...) mais libre choix au patient de le partager ou non avec le thérapeute. Ainsi le patient investit souvent le médiateur comme la garantie d'un espace psychique propre, auquel n'a pas accès le thérapeute, un espace intime dans la relation duelle. En ce sens, le médiateur permet des mouvements de va et vient, dans et hors de la relation, un jeu de présence-absence. L'utilisation d'un médiateur facilite donc l'élaboration d'un espace transitionnel entre le patient et le clinicien.

3. 3. L'importance de la capacité à être seul du psychomotricien

La propre capacité à être seul du thérapeute a une importance particulière dans les prises en charge psychomotrices. Elle correspond à sa capacité en présence du patient de préserver son propre espace psychique, d'associer, de rêver, d'élaborer... Elle est nécessaire au thérapeute pour qu'il puisse mobiliser ses processus de pensée et d'association, et de les mettre au profit du patient.

Attention donc aux facteurs pouvant mettre à mal la capacité à être seul du thérapeute, je pense notamment aux mouvements de transferts et contre transferts qui s'effectuent, S. Dupont écrit à ce propos : « c'est souvent l'incapacité d'être seul du patient lui-même qui altère celle du thérapeute. Dans son contre-transfert, le clinicien éprouve le sentiment de solitude de l'enfant ou son incapacité d'être seul lorsqu'il est lui-même mis en échec en tant que thérapeute dans ses fonctions contenantantes : il ne peut ni porter, ni aider, ni rêver, ni interpréter.»⁶⁸. Ces mouvements de transfert et contre-transfert ont été notamment visibles dans la prise en charge de Madame C, les soignants se sentant mis en échec dans leurs capacités à aider cette dernière. Il me paraît important, quand cela est possible et adapté, de verbaliser au patient ce qu'il nous renvoie et par la suite de partager ce qui a été perçu avec l'équipe.

Pour finir, la posture adoptée par le psychomotricien est importante dans la prise en charge des patients mais il me paraît d'autant plus important que ce dernier se place dans « l'ici et maintenant », dans l'instant présent. La capacité à être hors du temps horloge et dans sa temporalité personnelle, dans le partage d'un moment avec un patient, qui n'est plus vu comme patient mais comme une personne à part entière, est également une richesse dans le soutien que nous pouvons apporter aux sujets que nous rencontrons. On nous apprend en effet à compter les secondes, les minutes, les heures, les mois, les années, les rythmes d'une journée, des saisons... mais il me paraît important, avant tout, d'avoir en tête la valeur d'un instant.

4. La sentiment de solitude du côté soignant ?

J'ai pu tout au long de mes précédents développements évoquer le sentiment de solitude chez des patients rencontrés dans divers stages. Mais je souhaite maintenant soulever la question du sentiment de solitude chez les professionnels de santé. Bien qu'ayant été formée durant ces trois ans à diverses pathologies et troubles rencontrés, il me semble avoir très peu abordé le sentiment de solitude lors de nos cours. C'est pourtant un élément qui m'a fortement frappée lors des échanges en groupe de parole que nous menions et durant lesquelles des expériences en stage y étaient déposées. Dû à un manque de psychomotricien présent sur le terrain ou encore à un manque de prises d'initiatives de la part du maître de stage afin de l'intégrer, il apparaît parfois un sentiment de solitude en tant que stagiaire.

⁶⁸ Dupont S., 2010, p. 281

De même, face à une équipe pluridisciplinaire il peut parfois être difficile de définir notre terrain, de s'imposer en tant que psychomotricien(nes) et de n'être pas compris(es) et peu intégré(es) au sein de l'équipe.

Il m'est également arrivée d'être face à une solitude avec certains patients, de me sentir impuissante, d'avoir le sentiment de ne pas avancer et évoluer avec un patient. Je me suis alors dit que je n'avais peut être pas les outils pour faire face à ces situations. Puis j'ai fini par me m'interroger autour de la question suivante: sommes nous réellement seuls lorsque nous sommes en séance avec un patient, et ce même s'il présente des troubles nous mettant en difficulté voire en échec ? Avant d'être un patient il s'agit avant tout d'une personne, nous sommes donc dans une rencontre de l'autre. Se placer dans cette optique là me paraît propice pour élaborer une relation thérapeutique, qui est certes composée d'un thérapeute et d'un patient, mais dans laquelle il y a d'abord deux individus qui apprennent à se connaître et à échanger.

CONCLUSION

L'expérience de solitude traduit la distance qui sépare notre monde intérieur et la réalité, ou du moins de ce qui correspond au monde extérieur. En ce sens, la solitude quoique souvent vécue douloureusement, est structurante. Elle favorise non seulement la découverte de soi, mais aussi l'acceptation de ses limites et conduit à agir en être responsable.

Chacun d'entre nous fera l'expérience de séparations successives. Et chaque séparation s'accompagne du sentiment de solitude. Se séparer c'est aussi trouver son autonomie et construire son identité, on ne peut être indépendant et autonome que si nous passons par l'apprentissage de la séparation et donc de la solitude. Lorsque cette capacité est défaillante le sentiment de solitude peut être source de souffrance très profonde et chronique. Et nous ne pouvons vivre en harmonie avec les autres que si nous sommes en harmonie ou du moins en accord avec nous-même. L'autre n'est aimé pour lui-même que s'il n'a pas pour fonction de combler un vide. Pourtant de nombreuses personnes, entretiennent des relations sociales pour se sécuriser, se sentir protégées et non pour construire une relation de partage. Ils utilisent alors le monde qui les entoure pour calmer leurs angoisses et s'organisent pour ne jamais se retrouver seul.

Notre façon d'appréhender cette expérience de solitude dépend des moyens d'action à notre disposition, de notre capacité psychique à supporter la situation, à réinvestir d'autres centres d'intérêts, du soutien relationnel dont nous disposons. Autant d'éléments subjectifs qui conditionnent la manière dont nous abordons la solitude. Il s'agit alors en tant que psychomotriciens d'agir afin que cette solitude puisse être expérimentée et tendre vers un sentiment agréable. Selon moi, le psychomotricien peut avoir une place pour que le patient puisse garder la solitude comme une alliée précieuse, comme moyen de défense pour se retrouver, mais sans la laisser nous enfermer.

La psychomotricité pourra en ce sens, non pas changer un trait solitaire ou social d'un individu, mais l'aider à sortir de la solitude douloureuse ou dans d'autres cas à l'accepter et s'épanouir dans une forme de solitude.

Ce mémoire m'a donc permis de comprendre et d'appréhender la solitude, qui me questionnait dans ma pratique, et m'éclaire quant à ma future posture professionnelle que je devrai endosser.

BIBLIOGRAPHIE

- Aflaloa, J., Cocaïgn, V., Kaempff, D., Kreb, Z., De Laforcade, B., Mallet, S., ... Vizzavonah, J. (2016). Psychomotricité en soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 4(15), 226-234. DOI: 10.1016/j.medpal.2016.03.004
- Agostini, D. (2005). Les concepts de « capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein). *Adolescence*, 1(51), 67-78. DOI: 10.3917/ado.051.0067
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Ancet, P., Bernard, A., Cohier-Rahban, V. et al. (2010). *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris, France: Dunod.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris, France: Dunod.
- Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal* (3ème éd.). Paris, France: Dunod.
- Arènes, J. (2007). Apprendre à être seul en présence de l'autre. *Imaginaire & Inconscient*, 2(20), 123-135.
- Aristote (1990). *Les politiques*. trad. P. Pellegrin, Paris, France: Flammarion
- Audibert, C. (2014). Incapacité d'être seul, amour et stratégies addictives. *Psychotropes*, 4(20), 9-26. DOI: 10.3917/psyt.204.0009
- Bobin, C., De Solemne, M. et Besnier, J. M. (2006). *La Grâce de solitude*. Paris, France: Albin Michel.
- Bowlby, J. M. D. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Denans, J. et Ham M. (2008). Adolescent, solitude et lien social. Perspectives métapsychologiques et cliniques. *Adolescence*, 3(65), 723-739. DOI: 10.3917/ado.065.0723
- Denans, J. (2014). La solitude en héritage. *Topique*, 2(127), 103-116.
- Dolto, F. (2001). *Solitude*. Paris, France: Gallimard.

Dupont, S. (2010). *Seul parmi les autres. Le sentiment de solitude chez l'enfant et l'adolescent*. Toulouse, France: Erès.

Durand De Bousingen, R. (1980). *La relaxation*. Paris, France: P.U.F.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *La vie sexuelle*. trad. franç., Paris, France: P.U.F, 1973.

Freud, S. (1927). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, France: Payot.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago, Etats-Unis: University of Chicago Press ; trad. fr. *Principes de psychothérapie intensive*. Paris, France: Erès, 1999.

Guilbaud, C. (2015). Méthode Feldenkrais. *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol. 2. Méthodes et techniques). sous la dir. de Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. Paris, France : De boeck solal. 230-232.

Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Paris, France: PUF.

Grimaldi, N. (2003). *Traité des solitudes*. Paris, France: PUF.

Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Paris, France: Hdf.

Haag, G. (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances & Psy*, (41), 14-22.

Hugo, V. (1869). *L'Homme qui rit*. New York, Etats-Unis: D. Appleton Et Cue, Libraires-Editeurs.

Jeammet, P. (2004). *L'adolescence*. Paris, France: J'ai Lu.

Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France: Dunod.

Klein, M. (1963). *Se sentir seul. Envie et gratitude et autres essais*. Paris, France: Gallimard.

Lauras-Petit, A. et Molard, A. (2015). Relaxation psychanalytique Sapir. Dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol. 2. Méthodes et techniques). sous la dir. de Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. Paris, France : De boeck solal. 284-287.

Macqueron, G. (2013). *Psychologie de la solitude*. Paris, France: Odile Jacob.

- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 4(33), 104-112.
- Mitrani, J. L. (2008). Protections centrées sur le corps à l'adolescence. Un développement de l'œuvre de Frances Tustin. *L'Année psychanalytique internationale*, 1(2008), 133-150. DOI: 10.3917/lapsy.081.0133
- Morin P.-C., Bouchard S. (1997). *Introduction aux théories de la personnalité*. Paris, France: Gaëtan Morin éditeur.
- Potel, C. (2012). *Etre psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France: Eres.
- Quinodoz, J. M. (2010). Capacité d'être seul, portance et intégration de la vie psychique. *La solitude apprivoisée*, 189-212.
- Remaud, O. (2017). *Solitude volontaire*. Paris, France: Albin Michel.
- Robert Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, France: Desclée de brouwer.
- Rockwell, M. (2005). De l'objet à la chose, du sujet en jeu dans le fantasme au Réel traumatique. L'objet dans la clinique, entre Lacan et Winnicott. *Analyse Freudienne Presse*, 2(12), 179-186.
- Roussillon, R. (1999). La capacité à être seule en face du groupe. *Revue française de psychanalyse*, 63(3), 785-800.
- Roussillon, R. (2002). La capacité à être seul en présence du couple. *Revue française de psychanalyse*, 66(1), 9-22.
- Sapir, M. (2003). *Le corps en relation*. Paris, France: Érès.
- Schilder, P. (1974). Psychanalyse de l'espace. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 9, 105-124.
- Schultz, J. H. (2008). *Le training autogène*. (1ère édition de la collection Quadrige). Paris, France: PUF.
- Soubiran, G. (1995). Méthode de relaxation psychomotrice? *Relaxation. Actualité et innovation*, 2, 275-278.
- Van Rompaey, C. (2003). Solitude et vieillissement. *Pensée plurielle*, 2(n° 6), 31-40. DOI: 10.3917/pp.006.0031

Weiss, R. (1973). *Loneliness : The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Angleterre : MIT Press.

Winnicott, D. W. (1958). *La capacité d'être seul. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France: Payot.

Winnicott, D. W. (1987). *Le bébé et sa mère*. Paris, France: Payot.

Winnicott, D. W. (1996). *La mère suffisamment bonne*. Paris, France: Payot.

Winnicott, D. W. (1975). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Jeu et réalité*. Paris, France: Gallimard.

Wintrebert, H. (1995). *L'enfant et la relaxation. Relaxation. Actualité et innovation, 2, 27-37.*

FILMOGRAPHIE

Coronel, E. et Mezamat, A. (réal.) (1995). *Françoise Dolto*. [Film documentaire]. Paris, France: VHS.

Zemeckis R.(réal) (2000). *Cast Away (Seul au monde)*. [Film]. Etats-Unis: 20th Century Fox.

ANNEXE

« Pourquoi est-ce que je voyage seul ? » Récit de Clément Rouche.

C'est un débat dont l'issue est propre à chacun. Certaines personnes ne conçoivent pas l'idée de partir sans être accompagné, d'autres préfèrent se retrouver seul lors de leurs voyages. Je fais partie de la seconde catégorie. Non pas que je sois un marginal asocial antisystème anarchique qui refuse tout contact avec autrui. Au contraire, j'aime rencontrer de nouvelles personnes et avoir des liens sociaux comme tout le monde. Mais j'aime également me retrouver face à mes propres choix et décisions. J'aime affronter seul les obstacles que je peux trouver sur ma route. Mais surtout, j'aime la sensation de liberté que l'on ressent lorsqu'aucun compromis ne doit être fait.

L'idée ici n'est pas de dire ce qui est bon ou pas, ou d'affirmer qu'une façon de voyager est meilleure que l'autre. Chacune dispose de ses avantages et inconvénients et il en revient à chacun de faire son propre choix. La solitude est quelque chose qu'il peut être parfois difficile à gérer pour beaucoup d'entre nous et la peur de l'ennui apparaît comme un frein à se lancer dans une nouvelle aventure. J'ai déjà voyagé en famille, entre amis et en couple et chacun de ces périodes fût extraordinaire. Je n'ai aucun regret.

Etre en groupe apporte une sécurité non négligeable. On peut se reposer par moments sur les autres membres et les laisser prendre les décisions. Nous avons toujours quelqu'un disponible pour nous donner un coup de main en cas de pépins et il est très agréable d'avoir une tête familière lorsque l'environnement qui nous entoure est aux antipodes du quotidien que nous avons à la maison. Inconsciemment, je pense que cela nous rassure aussi. Le soir, autour d'une bonne mousse, les moments de franche camaraderie à se ressasser les péripéties de la journée sont toujours des instants géniaux.

Pour ma part, je ne m'ennuie que très rarement lorsque je voyage seul et la solitude ne me fait pas peur. J'ai appris au cours de mes précédentes expériences que je peux gérer cet aspect du voyage (malgré des hauts et des bas bien évidemment).

Etre seul, cela force à la réflexion, sur ce que l'on est et ce que l'on veut. Je trouve que de ne pas avoir à faire de compromis est un luxe inestimable. Je m'arrête, dors, mange, bois où et quand je veux et aussi longtemps que je le désire.

Egalement, réussir à passer au-delà d'un obstacle ou d'une difficulté sans l'aide de personne est un atout merveilleux pour évoluer et développer sa confiance en soi.

De nos jours (et surtout depuis l'arrivée des réseaux sociaux), nous avons un besoin constant d'être apprécié, de réussir, d'avoir une bonne image et d'être entouré (virtuellement ou non). J'aime à combattre ce monde dans lequel j'ai grandi. Il y aura toujours quelqu'un pour critiquer ou donner un avis contraire à ce que l'on fait. Je le ressens bien avec la communication que j'opère sur mon voyage. Alors à quoi bon se soucier de ce que pensent les autres ? La vie est trop courte pour jouer un rôle ou être aimé pour ce que l'on n'est pas.

Pour être plus concret, je vais donner un exemple de deux situations similaires vécues en groupe ou seul. Imaginez-vous un soir de camping au bord d'un feu après une belle journée de randonnée ou sur deux roues. Vous partagez un beau moment avec vos amis à échanger sur la beauté du lieu, du coucher du soleil, du ciel étoilé. Quelle belle expérience n'est-ce pas ? Maintenant, je vais vous décrire ce que moi je vis dans ce moment. Sans bruit, j'entends les chants de tous les oiseaux des environs qui se répondent. Au bout d'un moment, j'arrive à différencier le chant de chaque espèce. J'observe les arbres avec curiosité et me demande pourquoi cette branche pousse ici et non autre part. J'observe le soleil se rapprocher de l'horizon, seconde après seconde, tout en étant témoin du changement des nuances de couleurs des nuages autour de moi. Une fois la nuit tombée, je garde les yeux fixés sur le noir du ciel qui, en devenant de plus en plus sombre, permet, à la lumière de nouvelles étoiles, d'atteindre une par une mes yeux après des milliers d'années de voyage.

C'est la différence entre voir et regarder, entre entendre et écouter, entre manger et savourer. Et surtout entre exister et VIVRE. En tout cas, c'est la façon dont je vois les choses.

J'aurais aussi tendance à affirmer que seul, on développe plus nos aptitudes à créer des liens avec des inconnus. En effet, la nature humaine (chez la majorité d'entre nous) nous pousse à rechercher cet effet de « meute ». Nous avons un besoin de communiquer. Seul, nous sommes plus ouvert à aller chercher le contact avec des locaux, ce qui parfois peut mener à des discussions et événements des plus intéressants.

Inversement, nous sommes plus abordable étant assis seul à une table plutôt qu'à discuter avec ses amis ou sa compagne. Il est beaucoup plus facile d'entamer une conversation avec quelqu'un qui est seul plutôt qu'avec un groupe.

Je pense m'être instauré un système me permettant d'allier le meilleur des deux mondes. J'ai pour habitude de partir une bonne semaine avec Baloo, seul, face à moi-même. Puis lorsqu'il est temps de visiter une ville ou de me reposer, je profite de cet instant pour me rendre dans une auberge de jeunesse où la vie foisonne de nouvelles rencontres : des locaux et d'autres voyageurs toujours prêts à partager des expériences et faire un peu la fête. Une fois mes besoins sociaux comblés, je reprends la route, prêt à affronter à nouveau ce que l'aventure pure me réserve. Et cette vie, je ne l'échangerais pour rien au monde !

Clément Rouche. (2019). Pourquoi est-ce que je voyage seul ? Repéré à <https://takeaway-moto.com/2019/03/01/pourquoi-est-ce-que-je-voyage-seul/>

RÉSUMÉ

Ce travail d'écriture s'articule autour de la question de la solitude et plus particulièrement du sentiment de solitude. La solitude n'est pas une pathologie en elle-même mais peut en être une conséquence. J'ai pu constater à travers plusieurs rencontres à quel point certaines personnes pouvaient souffrir, subir, rechercher ou encore fuir la solitude. Comment la solitude est-elle vécue par les patients ? Qu'est ce que le sentiment de solitude et est-il toujours négatif ? Comment la capacité à être seul s'élabore-t-elle ? Et quel est l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice auprès de ces patients ? Afin de répondre à ces questions, je me suis appuyée sur ma clinique psychomotrice vue en stages, auprès de patients de tous âges et ayant des pathologies diverses, puis des apports théoriques.

Mots-clés : Psychomotricité, Solitude, Isolement, Capacité à être seul, Interactions sociales, Médiations

SUMMARY

This documentation is based on the question of loneliness, and more specifically on the feelings of loneliness. Loneliness is not a pathology in itself but could be a consequence of it. Through several observations of patients, I was able to see that they can suffer, avoid or take refuge in loneliness. I addressed how loneliness can be expressed through various clinical experiences and its psychocorporal repercussions. From this, several questions were raised: How is loneliness experienced by patients? What is loneliness and is it always a negative factor? How is the ability to be alone developed? And, what is the value of psychomotor treatment for these patients? I relied my findings on psychometrical clinic experience during internships, with patients of all ages and various pathologies, and theoretical contributions in addition to that.

Key words: Psychomotricity, Loneliness, Isolation, Ability to be alone, Social interactions, Mediations