

SOLITUDE ET MALADIE

Un regard psychologique

Luciano Sandrin

professeur de psychologie de la santé et de la maladie au Camillianum, Rome

1. Se sentir seul

Une des caractéristiques de l'homme moderne est certainement la solitude vécue comme une menace douloureuse et angoissante au point qu'on veuille l'éviter à tout prix. On risque ainsi de perdre ses valeurs positives. Il existe un fort sentiment de solitude, une grande appréhension de rester seul, vécue souvent comme conséquence du fait de n'avoir pas été accepté ou d'avoir été abandonné. On considère comme un échec la situation de celui qui passe beaucoup de temps dans la solitude, ne réussissant pas à comprendre que cela peut être un choix libre et un moment de vie en plénitude. La solitude est souvent vécue comme un vide et comme un manque à combler en cherchant des contacts et en se plongeant dans la foule. « La raison la plus profonde est que les premières expériences que fait l'être humain de sa propre individualité dérivent de sa mise en relation avec les autres et, lorsqu'il est seul, il a peur de perdre la conscience de son propre moi » (May R.). Au cours de notre longue enfance, non seulement nous dépendons du père et de la mère pour notre vie et pour notre sécurité, mais, par l'intermédiaire de ces premières relations, nous prenons conscience de nous-mêmes ; ce qui est à la base de notre capacité de nous orienter dans la vie et le noyau de notre identité. Nous avons peur de la solitude, de la séparation et du silence, nous rappelle Rollo May, parce que nous les vivons en quelque sorte comme symboles de la mort, interprétée comme séparation extrême des autres, isolement final.

La *solitude*, expérience d'être seul ou de sentir seul, *absence* d'un contact vrai avec les autres et avec soi-même (ou *perception* de cette absence), accompagne notre vie et est marquée à certains moments d'une souffrance particulière. Elle peut être définie comme « une condition psychologique qui naît du manque de rapports interpersonnels significatifs ou par la discordance entre les relations humaines qu'un sujet désire avoir et celles qu'il a effectivement qui peuvent être insatisfaites en raison de leur nature, de leur nombre, ou de l'incapacité du sujet lui-même d'établir ou maintenir des rapports positifs et significatifs avec les autres ».

La langue anglaise a au moins trois noms pour distinguer les diverses solitudes : *aloneness* qui indique la condition de solitude physique et sociale de l'être seul, du fait de ne pas avoir de relation avec d'autres, sans prendre en considération la composante émotivo-affective ; *loneliness*, qui indique la souffrance de la solitude psychologique, émotivo-affective, de se sentir seul, le sens du vide et du manque ; elle peut être liée (et en être la conséquence) à l'*aloneness* ou en être complètement indépendante, fruit d'une perception subjective de la propre situation ; *solitude*, qui exprime le sens de plénitude et de

satisfaction, psychologique mais aussi spirituelle, qui caractérise certains moments de solitude physique, cherchée, choisie ou vécue en lui donnant une signification propre.

Parfois, solitude physique et solitude psychologique ne se rencontrent pas ; parfois elles ont des points de contact. Nous pouvons nous sentir seuls lorsque nous sommes en compagnie, au milieu de beaucoup de gens, tout comme nous pouvons être physiquement seuls sans nous sentir seuls. Beaucoup dépend du sens que nous donnons à la solitude que nous vivons et cela provient souvent de la cause de notre solitude, ainsi que de la manière dont nous la jugeons et acceptons.

Parmi les besoins psychologiques fondamentaux il y a les besoins relationnels et, parmi ceux-ci le besoin d'*attachement* et le besoin d'*appartenance* dont la jouissance amène respectivement à la solitude *affective* et à la solitude *sociale*, non seulement lorsque manquent ou sont déficientes qualitativement les rapports avec d'autres personnes, mais aussi quand on n'y perçoit pas un engagement émotif et une *réciprocité* vraie.

Pour faire la différence sur le degré de solitude perçu et vécu, il semble qu'il y a les attentes personnelles et la discordance entre celles-ci et la réalité. S'il est vrai que les attentes irréalistes sur nos rapports amènent facilement à un sentiment de solitude, il est vrai aussi que la solitude favorise paradoxalement les attentes irréalistes sur la qualité et l'intensité de la satisfaction de rechercher et de trouver dans les relations affectives et renforce le besoin de celles-ci. Le sentiment de solitude naît aussi des échecs relationnels et de l'interprétation que nous donnons à ceux-ci. Il est le fruit de la frustration et il peut continuer à y porter.

Mais il y a un sens de solitude intérieure, existentielle, qui ne dépend pas des circonstances externes, et que nous pouvons vivre lorsque nous sommes entourés d'amis et d'affection : il est « le résultat, nous rappelle Mélanie Klein, de l'aspiration que tous nourrissent pour une condition inatteignable, la perfection intérieure ».

2. Moments fragiles

La solitude est un trouble « démocratique » qui peut concerner les diverses personnes de l'une ou l'autre catégorie. Certains facteurs objectifs (genre, état civil, âge) peuvent aussi avoir une certaine influence qui prédispose ou détermine en quelque sorte. On a étudié particulièrement la solitude des veufs et des divorcés chez qui la perte affective causée par l'absence du conjoint est souvent accompagnée d'une perte sociale étendue. Chez les isolés, la solitude se colore diversement selon qu'elle a été choisie ou qu'elle est subie. Chez les personnes âgées, il y a une solitude cherchée comme un retour à l'intériorité et une solitude imposée, résultat d'une mise en marge sociale. On trouve une plus grande vulnérabilité à la solitude chez les personnes qui n'ont pas une « compétence sociale » adaptée, c'est-à-dire la capacité de tisser et de *stimuler* les rapports qui les aident à surmonter la solitude aussi bien affective que sociale.

Il y a une série de *stratégies* spontanées, mentales et comportementales, pour ne pas se sentir seul. Le recours à la télévision et à internet, par exemple, peut être un fait positif, une aide ou une menace. Si cela aide à se sentir « relié » à un monde plus vaste, au-delà des murs de la propre maison, le risque est que les rapports restent virtuels et, à la fin, humainement insatisfaisants. Ou qu'ils créent une relation pathologique de dépendance. Dans les cas où la solitude est un facteur qui empêche une croissance équilibrée de la personne, on peut mettre en œuvre des interventions plus « structurées » au niveau psychologique (en travaillant sur la

formation, sur le maintien et la gestion des relations) et au niveau social avec des initiatives visant à faciliter les contacts sociaux ou à écarter les obstacles environnants qui les empêchent.

Il y a des moments de la vie, marqués par la douleur et le fragilité, dans lesquels on est plus vulnérable à la solitude. Celle-ci est une composante significative dans la maladie et dans le handicap, expériences dans lesquelles il y a un plus grand besoin affectif-relationnel, où l'on donne plus d'importance aux relations et où l'on est donc plus sensible à leur absence ou à leur inconsistance (même seulement perçues et non réelles). La solitude du malade peut être physique, sociale, affective et aussi spirituelle. Le malade se sent trahi par son propre corps, mis à l'écart par les autres et parfois même abandonné par Dieu.

Le malade est une personne seule pour affronter l'angoisse de *sa* maladie et dans les décisions qu'il doit prendre, même lorsque les autres se tiennent à ses côtés bénévolement, en le soignant et en l'accompagnant. La douleur est sienne, même lorsqu'il y a quelqu'un qui lui propose la présence et le partage. Il perçoit que les autres peuvent souffrir *avec* lui, mais pas *pour* lui et que la force pour affronter la situation et gérer les fortes émotions qui en découlent ne doivent pas être recherchées ailleurs qu'en lui-même, qu'il « doit assumer dans la solitude la responsabilité de vivre le présent d'une manière digne et de décider de son avenir ». Il vit la solitude qui n'est pas franchissable pas même par l'amour, comme lieu de la reprise de soi et de ses propres potentialités, mais aussi comme lieu où il peut être envahi par des émotions qu'il ne réussit pas à gérer. Parfois il s'isole physiquement ou aussi uniquement psychologiquement, et il se laisse aller. La solitude est souvent aggravée par le manque de vérité, une « *eu*-thanase » anticipée, une mort lente mais non douce sur le plan communicatif et affectivo-relationnel. En lisant les diverses solutions au problème de la vérité dans l'expérience de la maladie on est frappé par « la gêne de tous par rapport à la vérité, à la dire, à l'entendre, avec pour conséquence de nous sentir incapable de communiquer vraiment, authentiquement, avec le malade et de combler ainsi un peu sa solitude ». Le résultat est l'isolement affectif et une solitude imposée, difficile à accepter.

Il y a un besoin social de faire part aux autres des informations sur soi, d'exprimer ses propres sentiments, d'éclairer les problèmes, de chercher une consolidation sociale et de développer les relations. Et cela est difficile chez les malades parce qu'il ne sait pas combien les autres peuvent comprendre et « contenir » (tenir avec) ce qu'il pense, souffre et vit à ce moment-là. Mais il est aussi nécessaire de recevoir les informations qui concernent le propre corps, la propre vie et ont des effets sur la propre opinion sur soi et sur son identité, dans une relation qui sait élaborer les émotions et rassurer.

La solitude est le fil conducteur de la maladie tumorale, réaction émotionnelle à une pathologie qui implique un sens de condamnation et par conséquence d'émargination et d'abandon, parfois imposée par des circonstances externes ou provoquée par de pieux mensonges qui laissent le malade seul avec ses doutes et ses incertitudes, l'obligeant souvent à vivre « une normalité » selon les attentes des autres et non selon les siennes. Il y a une solitude au moment du diagnostic, pleine d'émotions qui le font ressentir, seul au monde, dans un corps subitement étranger, des relations qui changent et des habitudes de vie qu'il faut abandonner. Il y a une solitude dans le parcours des thérapies, entre peur, doutes et incertitudes difficiles à partager (ou frileusement mises sous silence), souvent aggravée par des regards professionnels « déshumanisants » parce que partiels. Il y a une solitude douloureuse dans la phase terminale de la vie dans laquelle le contact inévitable avec la mort, une présence psychologique qui le tient en dehors de ce qui l'entoure le long de tout le parcours de la maladie, le fait percevoir subitement étranger au monde. Il y a la solitude du

malade âgé qui accentue sa solitude précédente, réelle ou sentie. Il y a la solitude de la famille.

Il y a la solitude des grandes questions qui restent souvent telles.

Il y a la solitude comme rencontre entre solitudes : celle du malade et celle de celui qui le prend en charge. Cela vaut pour le rapport thérapeutique en général, quand un psychothérapeute écrit : « Le rapport analytique est un rapport qui naît et se développe entre deux solitudes – celle du patient et celle de l'analyste – qui se rencontrent et se reconnaissent l'une l'autre, créant cette magie du non-dit qui ne peut devenir explicite et compréhensible que pour les deux personnes en cause. Comme dans la relation amoureuse, le reste du monde est mis à l'écart, incapable de comprendre le sens de ces silences, de ces regards ou de ces paroles qui cachent bien d'autres vérités. Mais, en plus de cette solitude partagée qui unit les personnes dans un univers qui revêt les habits du super personnel et de l'éternel, il reste présente la solitude individuelle qui représente le domaine contrasté des deux membres du couple : aussi bien le patient que le psychanalyste ravivent cette situation d'être seuls en présence de quelqu'un dont nous parlait Winnicott ».

Il y a la solitude d'une faute que l'on ne peut pas dire, que d'autres ne peuvent pas supporter ou qu'en quelque sorte ils t'« amènent » à sentir.

Il y a la solitude du malade et celle, en partie semblable mais aussi différente, de ses proches et de ceux qui veulent son bien : la solitude face à la mort. Aujourd'hui culturellement et socialement plus forte.

Le passage de l'art médical à la science médicale a changé l'attitude de l'homme face à la mort en créant, avec le privilège accordé à la technologie, une barrière d'incommunicabilité entre le médecin et le patient, entre deux mondes « philosophiques » différents, en particulier dans la phase terminale de la maladie. La confrontation subite avec la mort et la prise de conscience qui en découle ouvre l'éternel conflit entre isolement social et isolement existentiel, vécu avec un sens d'éloignement du monde des vivants. « La possibilité de pouvoir communiquer avec le monde social donne au mourant la sensation de partager avec un autre être humain son isolement existentiel ». La peur de la mort, particulièrement forte dans la société d'aujourd'hui, amène à l'isolement social, à une distance physique (qui devient aussi affective et relationnelle) par laquelle on essaie de « nier tout lien entre nous et la précarité de la vie », représentée par le patient qui meurt : une forme (inconsciente) de nous donner l'illusion d'être immortels tout en sachant (consciemment) que nous devons mourir. Le silence prend le dessus et, avec le silence, la solitude : une solitude « nouvelle » et plus grande provoquée par une société médicale qui ne permet pas au malade qui va mourir de vivre comme mourant. Le malade a besoin d'être rassuré que, quoi qu'il arrive, il ne sera pas seul. Mais les « avances » relationnelles vont souvent tout à fait ailleurs. Il faut reconnaître le « propre » de la vie et le devoir de mourir qu'elle comporte, ses limites, et notre pouvoir limité d'intervenir. « Qu'un homme meure de maladie représente peut-être la défaite de la science médicale, mais cela ne signifie pas du tout une défaite pour le médecin. Savoir aider un homme à mourir en lui permettant de se sentir homme parmi les hommes jusqu'au moment de l'adieu est une conquête médicale d'une grande valeur humaine. Savoir écouter un homme qui meurt signifie rendre à l'Art médical le caractère social qu'il avait avant la suprématie technologique et au mourant la sensation de ne pas avancer seul vers le dernier horizon ».

3. Solitude et santé

Il y a une route à double voie entre solitude et mépris de soi, entre solitude et maladie.

Le mépris de soi, problème central et recourant pour qui se sent seul, peut provoquer un sentiment de solitude sous diverses formes. Il y a un type de solitude comme un sentiment

d'« étrangement » de soi qui tourne autour de problèmes d'identité et d'évaluation de soi. Ce n'est seulement la coupure entre le soi idéal et le soi réel qui suscite ce sens d'extériorisation de soi, mais aussi, et davantage sans doute, la séparation entre le moi réel et le moi réfléchi, c'est-à-dire la bifurcation entre la manière dont la personne se perçoit et évalue elle-même et la manière dont les autres la perçoivent et la jugent (mais aussi la manière dont la personne elle-même perçoit le jugement des autres). Le mépris de soi peut faciliter une série d'attitudes et de comportements qui font obstacle ou compromettent des relations sociales satisfaisantes et conduisent à l'isolement et à la solitude. Une solitude qui à son tour est source de mépris de soi par une série d'attributions causales internes, doutes sur soi, sur ses propres capacités, sens de la faute pour des erreurs commises et sentiments de honte.

Et tout cela peut priver de relations importantes, amorcer des processus dépressifs et rendre les malades encore plus vulnérables. à la maladie.

Il y a de nombreuses recherches qui montrent l'importance des relations sociales (qui véhiculent l'amour, l'appartenance, le partage, le soutien, l'intimité) au niveau émotif, cognitif et comportemental et leur influence sur la santé des personnes. Certaines prennent en considération la manière spécifique la solitude, un facteur puissant mais pas encore compris de vulnérabilité pour une large gamme de maladies et risques de mort.

Les mécanismes pris en considération concernant le lien solitude-santé sont variés. Dans leur analyse, certains auteurs ont pu relever que beaucoup de médecins déclarent assurer des soins meilleurs et plus complets aux patients qui peuvent compter sur des familles qui apportent un bon soutien qu'aux malades qui semblent isolés socialement : que les personnes seules étaient moins contrôlées par des parents et amis pour leur comportement de santé et moins aidées pour l'accès aux soins lorsque cela est nécessaire ; que la solitude était un gros facteur de risque de suicide pour les vieillards et les adolescents, personnes qui vivent une période psychologiquement « en marge » ; que les individus seuls connaissaient un plus haut niveau de stress que les personnes non seules, même si les facteurs de stress ne sont pas différents ; que les interactions sociales, sources potentielles de plaisir, étaient vécues moins positivement par les individus seuls ; que la solitude portait à affaiblir les processus constructifs ou réparateurs comme le sommeil.

Dans l'interprétation des données de ces recherches il est important d'éclairer de quelle solitude il s'agit et de quelle manière l'individu la « juge » et la vit, distingue entre être seul, se sentir seul et vivre seul.

La solitude n'est souvent envisagée que sous ses aspects négatifs. Dans le rapport solitude – santé, le rapport peut aussi être positif. Être seul est un besoin fondamental et être bien lorsqu'on est seul, est un signe de santé psychologique dans les diverses phases de développement de l'individu.

Certains psychologues se situent de manière critique par rapport à ces modèles évolutifs qui voient dans le besoin d'attachement et de liens sociaux la motivation principale de l'action humaine et ils relèguent au second plan le besoin d'autonomie jusqu'à considérer comme pathologique, évocatrice de souffrance et désordre social la plus évidente manifestation de celui-ci et donc l'exigence d'être seul. La capacité d'être seul (une vraie et propre compétence relationnelle) est acquise, selon Winnicott, vers la troisième année de vie grâce à la construction (et introduction) d'un lien affectif profond avec une figure de référence, en particulier la maman. L'enfant fait l'« expérience » de la « constance de l'objet », il apprend donc à vivre le lien psychologique de la mère et, par suite, des autres personnes importantes affectivement pour lui, comme « intimités toujours présentes » même si elles sont absentes physiquement. Il le fait par sa capacité d'être seul (sans se sentir seul) alors qu'il *est* avec sa mère, jouant en silence auprès d'elle ou dans l'exécution par lui-même de ce que sa mère devait faire auparavant, par le nourrisson ou la couverture, objets de

transition qui le stabilisent et le tranquillisent. « C'est cette relation, dans la dimension active ou intériorisée qui permet la mise en relation avec la figure de référence, dans une situation de séparation, d'acceptation, sur un plan affectif et cognitif, de cette séparation nécessaire qui conduit à l'autonomie et donc au développement psychologique ».

Pour l'enfant, il est nécessaire qu'il s'attache et se sépare, il faut dépendance et autonomie et cela se passe « en présence de la mère », présence physique et présence intériorisée. « Il peut arriver que l'individu qui n'a pas développé des ressources psychologiques intérieures, la mère bonne à l'intérieur de lui-même, s'adresse à des sources de réconfort extérieures – comme la nourriture, la drogue, l'alcool ou les rencontres occasionnelles – qui les utilisera toutes comme l'enfant recourt à son ourson lorsque la maman n'est pas disponible ».

Le mot solitude, dans ses diverses acceptions, provoque toujours une certaine crainte. Ester Buchholz propose un nouveau terme, *alenotime* (qui n'est pas simplement temps pour être seul (*to be alone*) mais temps pour être avec soi-même (*to be by yourself*), non pas un moment de simple isolement relationnel, mais de relationnalité intérieure, non en contraste avec l'attachement, mais avec la dépendance totale, avec la fusion avec les propres objets d'amour. Et elle voit l'origine de ce besoin d'être seul dans les phases très précoces de la vie.

Nous avons besoin de la solitude non comme simple pause (*timeout*) dans le cours de la vie mais comme expérience de croissance, occasion précieuse pour développer une connaissance personnelle (et non simplement réflexe) de ce que nous sommes. « Passer par la solitude pour évoluer, donc, et pour réaliser une prise de conscience de la propre réalité intérieure, du propre Moi, en affrontant les 'découvertes' et les conquêtes que la traversée présente à l'être humain lorsque celui-ci entreprend un parcours intérieur dense de périls et de tourments ». Dans le moment de la solitude, comme pour l'enfant qui grandit, nous pouvons aussi récupérer nos capacités réflexives, symboliques et récréatives, prendre soin de nous-mêmes. « Chaque individu a besoin de solitude, d'un espace intérieur qui soit à l'abri de l'envahissement et du regard indiscret des autres. Un lieu où il soit possible d'interrompre les sollicitations continues de l'environnement, récupérer les énergies ou simplement prendre soin des parties les plus fragiles de son Moi ».

L'expérience de la solitude est fondamentale sur le plan évolutif, aussi bien en termes biologiques que psychologiques et sociaux. En favorisant la naissance d'espaces d'autonomie, d'expérience et de réflexion intérieure, elle permet la croissance du Moi et le développement de l'identité. Le besoin de se séparer, de croître en autonomie, est ce qui permet de construire son propre monde relationnel « sain » et équilibré sur le plan psychosocial de même que la capacité de se séparer ne se développe que dans le cadre de relations affectives et sociales positives et sûres. Ce sont les lectures de Winnicott et de Bowlby. Le besoin d'attachement et le besoin de solitude, la capacité de se mettre positivement en relation avec les autres et avec soi-même sont deux aspects différents de la même compétence sociale.

Alors que l'on souligne l'importance des autres pour satisfaire les besoins d'attachement, de communication, d'intimité, de participation, de considération, de partage (mais toujours en perspective de réciprocité), il est important de souligner que, pour être bien avec les autres, il faut apprendre à savoir bien se tenir seul, sans avoir peur de l'isolement physique comme s'il était le pire des maux, un signal d'abandon affectif et de faillite sociale, mais plutôt une occasion pour un retour à la maison et un dialogue plus profond avec soi-même.

Nous sommes en même temps solitaires et sociaux, ayant besoin d'être seuls et de rencontrer les autres. Une personne psychologiquement saine est capable d'accepter la solitude (et même de la chercher) et elle est aussi ouverte aux relations, elle se trouve bien avec elle-même et avec les autres. Solitude et socialité ne sont pas deux réalités opposées et incompatibles, mais complémentaires, précieuses toutes deux en vue de la propre croissance.

Cela vaut aussi pour celui qui est en train de vivre des expériences de douleur et de maladie. Si le malade qui souffre a besoin de relations et de personnes qui sachent l'accompagner, il a aussi besoin de moments de réflexion personnelle et d'espaces pour être seul.

S'il est donc important de proposer sa propre présence à celui qui souffre, il est aussi important de ne pas envahir ses territoires, pas seulement physiques mais aussi psychologiques et spirituels : savoir reconnaître lorsqu'il est bon d'être à ses côtés et lorsqu'il est important de le laisser seul.

Le respect du malade implique de savoir créer avec lui une relation intelligente d'aide qui sache reconnaître son besoin de relation et son désir d'être seul en alternant en temps et manières diverses, présence et éloignement, proximité et distance.

Article paru dans la revue Camillianum, n. 15, 2005

Traduit de l'italien par le P. Bernard Grasser