

DOSSIER : LES THÉRAPIES MÉDIATISÉES

Expression artistique et médiation thérapeutique

B. Chemama-Steiner *

Psychiatre, psychanalyste, membre de la société française de psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie, 6, rue Sévero, 75014 Paris, France

Résumé

L'histoire de la psychopathologie de l'expression est parallèle à la mise en place de la clinique psychiatrique au cours du XIX^e siècle. Sa particularité est de rejoindre les grandes questions qui agitent le Romantisme (celle de l'inspiration ou encore celle des rapports entre génie et folie). C'est ainsi que les artistes découvrent en même temps que les médecins cette nouvelle entité culturelle inclassable que va devenir le « dessin de fou » et dont les surréalistes avec Dubuffet élargiront la notion jusqu'à celle d'Art Brut qui les éloigne du monde médical.

Un tournant épistémologique qui substitue à la clinique phénoménologique la clinique du transfert va profondément modifier les pratiques médicales au cours du XX^e siècle. Ainsi à partir de 1950 naissent un peu partout en France des ateliers d'art-thérapie et les psychothérapies médiatisées cherchent souvent leurs hypothèses métapsychologiques dans les concepts psychanalytiques.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The launch of the Psychopathology of Expression during the last century parallels that of the clinical psychiatry during the XIXth century. Psychopathology of Expression's main concern is to address the same questions as those raised by the romanticism (inspiration, relationship between genius and madness). Artists and physicians simultaneously explore the new cultural entity characterized by the drawings of insane patients. Surrealism, with Dubuffet, will develop its various features leading to the conceptual launching of « Art Brut », the latter will be completely separated from medical science. During the XXth century will turn out from phenomenological to transference knowledge through epistemological change. Accordingly from 1950 many art-therapeutic workshops take place in various sites in France, and mediatised psychotherapies often rely on psychoanalytic concepts, as a support to their métapsychological hypothesis.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. All rights reserved.

Mots clés : Art-thérapie ; Fantôme primordial ; Médiation thérapeutique ; Psychopathologie de l'Expression ; Transfert

Keywords: Art-Therapy; Mediatised therapy; Primal Phantasy; Psychopathology of Expression; Transference

Faisant suite aux études de la psychopathologie de l'expression, les pratiques d'art-thérapie se développent en France à partir de 1950. De plus en plus rarement les ateliers sont simplement « occupationnels ». Aux objectifs sociothérapeutiques, s'ajoutent désormais les perspectives de créativité et les psychothérapies médiatisées qui engagent une réflexion métapsychologique inspirée le plus souvent de la psychanalyse.

L'hypothèse qui semble opératoire est que chaque image produite médiatise l'angoisse existentielle sous la forme d'une représentation qui peut alors entrer dans une série et se décliner. Le dispositif de l'art-thérapie permet le décolllement du sujet de sa position objectale dans le fantasme primordial. Ce processus s'apparente à la quête identitaire du Moi dans le miroir et place l'art-thérapeute en position de « passeur ».

I. COMMENT L'ART EST-IL VENU À LA PSYCHIATRIE ?

Si cette rencontre étonne notre monde scientifique d'aujourd'hui, c'est qu'il a oublié ce que l'Antiquité aurait pu

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : beatrice.chemama-steiner@wanadoo.fr
(B. Chemama-Steiner).

nous transmettre de ses diverses pratiques « médicales », à savoir que toutes les expressions artistiques favorisent l'abréaction émotionnelle. La catharsis surgit au détour des jeux de l'imagination dans toutes les formes d'expression avec son effet de décharge fantasmatique qui apaise les tensions internes. Mais ce savoir antique sur les effets thérapeutiques de la « fantaisie » s'est trouvé englouti dans notre histoire et en particulier dans notre Moyen Âge. Les pratiques qui en découlaient ont trouvé refuge dans le monde arabe et on en retrouve la trace par exemple dans les Bimârhistans de Syrie, comme nous le rappelle Françoise Cloarec dans son livre.

Dès la création de l'espace psychiatrique, c'est-à-dire au moment où se rompt le « grand enfermement » à la fin du XVIII^e siècle (quand on sépare les délinquants des fous) et où s'inscrit le geste légendaire de Pinel qui libère les aliénés de leurs chaînes, l'observation des « insensés » comporte celle de leurs dessins, de leurs peintures, de leurs sculptures et de leurs écrits.

Pinel a défini une stratégie de soins, comme nous dirions aujourd'hui, qui privilégie l'écoute et le « traitement moral ». Dans ce cadre, il observe déjà lui-même que les patients qui reprennent une activité artistique, quand ils en avaient une auparavant, s'améliorent sans conteste.

À sa suite l'espace psychiatrique devient asilaire et privilégie la fonction de protection : les murs remplacent les chaînes. Puis, sous l'effet des fantastiques progrès du XIX^e s., s'opère la médicalisation de l'asile qui aboutit à la création de l'hôpital psychiatrique. L'observation y prend la forme du modèle médical et devient « l'observation clinique », de type phénoménologique, qui se constitue en clinique psychiatrique. Cette clinique est bâtie sur le modèle de la botanique : des symptômes sont regroupés en syndromes, eux-mêmes regroupés en entités.

2. NAISSANCE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EXPRESSION

Au sein de cette observation phénoménologique, les productions graphiques, picturales et plastiques en général prennent leur place d'objets d'étude des manifestations de l'état pathologique ; l'œuvre n'est pas reconnue en tant que telle, elle est un des véhicules du symptôme.

Et, fait peut-être encore plus surprenant pour nous, les premiers écrits médicaux concernant les créations de malades sont des observations faites par Tardieu et Simon dans le cadre d'expertises judiciaires. On cherche, dans ce qui ne va pas tarder à s'appeler des pathographies, les signes de la « dégénérescence », concept à l'honneur en ces années 1870 où l'on commence à se préoccuper de l'étiologie des symptômes observés. Il s'agit, dans le cadre judiciaire, d'établir la maladie mentale et donc l'irresponsabilité des auteurs de crimes. Des documents qui ont servi à ces expertises, faute de conservation, il ne reste rien.

Les toutes premières études participent donc d'expertises judiciaires et déjà deux attitudes s'y opposent.

Si Tardieu s'attarde à l'aspect symptomatique de ces œuvres, Simon, lui, se dit fasciné par ce qu'il voit et souligne le côté fantastique et la qualité esthétique de ces travaux. Comme les médecins de l'époque sont très liés avec les milieux culturels et artistiques, des artistes sont vite au courant de l'existence de ces productions et ils portent sur elles un tout autre regard que celui des médecins !

Ainsi, dès l'origine, deux voies se trouvent ouvertes : celle de la vision déficitaire et celle de la vision productive d'une création singulière.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que le chemin emprunté pour cette rencontre entre l'esthétique et la clinique est un chemin de traverse !

3. ENTRE ART ET SCIENCE

Pourtant, c'est bien au travers de la question de la responsabilité en matière judiciaire que l'étude psychiatrique va rencontrer la grande question qui traverse le siècle romantique et qui est celle de l'inspiration. Et cette question rejoint l'interrogation naissante sur le sujet de la conscience. Quel est cet autre en moi qui produit des effets incompréhensibles, l'acte criminel mais aussi l'acte créateur, avec ce constat du dé-saisissement du sujet dans le temps de la création ?

Le spiritisme est à l'honneur, on est en quête du « subliminal », on est sur la voie de l'inconscient. Et cette question du sujet s'inscrit dans l'autre grand débat romantique qui va à la rencontre de la médecine, ou plutôt à la rencontre avec Aristote qui liait à la bile noire de la mélancolie les destins héroïques : le génie est-il lié à la folie ?

Lombroso n'a pas hésité à classer le génie parmi les psychoses dégénératives. À sa suite, de triste mémoire, cette conception déficitaire conduira à la sinistre exposition nazie de 1937, « l'art des dégénérés », où les œuvres exposées ensemble d'artistes contemporains et de fous furent réunies dans la même désignation et leurs auteurs proposés à la même extermination !

Cette dérive idéologique attire encore plus fortement notre attention sur le fait que la dimension épistémologique de notre travail a aussitôt une conséquence éthique qui peut aller jusqu'à donner des arguments au pouvoir politique. L'usage des hôpitaux psychiatriques en URSS nous le rappelle douloureusement.

Ainsi l'évolution vers l'asile puis l'hôpital psychiatrique, en privilégiant la protection et la médicalisation, a eu pour conséquence fâcheuse de renforcer l'exclusion et de favoriser la désignation : le diagnostic médical avait aussitôt pour conséquence un statut social péjoratif.

Dès lors il ne faut pas s'étonner que la psychopathologie de l'expression, part spécifique de la clinique psychiatrique, ait eu maille à partir avec les artistes, admiratifs de ces œuvres, qui n'ont plus cessé de contester aux médecins le droit de se les approprier. Nous savons qu'on trouvait des « dessins de fous » dans les « cabinets de curiosité », alors en vogue, ce qui est probablement la première marque d'intérêt pour les œuvres elles-mêmes. Mais ce n'est que beaucoup

plus tard que l'idée d'exposer ces travaux s'imposera. Il faut pour cela attendre le Dr Auguste Marie à la fin du siècle. Il expose des œuvres à l'hôpital, convoque la presse qui s'en fait largement l'écho et y attire le grand public. Le livre de Réja, *L'Art chez les fous*, paraît en 1906. Peu après Pailhas fait un projet de musée. Mais il ne se réalise pas et toute la production de l'époque, ou presque, a disparu.

Comment ne pas s'étonner de la force de ces images ?

Capables de franchir les murs de l'asile, elles ont surtout rompu les clôtures théoriques et instauré un autre regard sur la folie, un autre regard sur l'art.

C'est à Prinzhorn que revient le mérite d'avoir, pour la première fois, rassemblé entre 1919 et 1921 une collection de 5000 travaux émanant de 450 patients hospitalisés dans des hôpitaux psychiatriques d'Allemagne. Son ouvrage, *Expressions de la Folie*, paru en 1922 [8], s'il est celui d'un médecin est aussi celui d'un philosophe dont il avait la formation et encore celui d'un historien et critique d'art qui pose les questions de ses amis expressionnistes. Jean Starobinski insiste dans son introduction à l'édition française sur la position nuancée de Prinzhorn : « Prinzhorn se garde de tirer de certaines ressemblances surprenantes les conclusions nivelantes qui se présentent trop facilement à l'esprit : arguer, par exemple, du caractère émouvant des images pour nier la maladie, quand toute l'histoire de l'artiste schizophrène atteste la souffrance, le trouble des relations affectives fondamentales ; inversement, jeter sur l'art moderne le soupçon d'être le résultat d'un mouvement de distorsion morbide issu de la « crise de la civilisation » et dont les schizophrènes ne seraient que les témoins les plus voyants. Ce sont là des tentations réductrices que Prinzhorn voit clairement [...]. Il est trop médecin pour que l'héroïsation inconditionnelle de la maladie mentale ne lui paraisse pas une duperie ; il est trop artiste pour entrer dans l'argumentation qui conduira les régimes totalitaires à rejeter l'invention novatrice sous prétexte de formalisme ou de dégénérescence... »

Le travail de Prinzhorn ouvre la porte à un questionnement réciproque entre Art et Science et participe, comme nous le dirions aujourd'hui, à une perspective pluridisciplinaire de la psychiatrie.

Dès 1922 se constitue grâce à lui cette collection qui est toujours conservée à Heidelberg (où il est question maintenant de l'installer dans un véritable musée) et surtout s'impose la notion de l'existence d'un véritable patrimoine.

4. NAISSANCE DE L'ART BRUT

Les travaux de la psychopathologie de l'expression s'étendent donc à partir de 1870 et pendant toute la première moitié du XX^e s. : ils consistent surtout dans des monographies et dans des tentatives de classifications où l'on tente de repérer des signes graphiques ou picturaux à la manière de l'observation psychiatrique.

Pour les surréalistes, qui attendaient sur le quai de la gare l'ouvrage de Prinzhorn et qui lui ont fait un accueil enthousiaste, il s'agit là de tout à fait autre chose : d'une découverte artistique majeure à ajouter à celle, récente, des œuvres des primitifs, des naïfs, des enfants et des spirites. Le dessin de fou les rassemble dans la quête de l'originnaire, de l'ailleurs, de l'étrangeté, ils y voient un tremplin pour l'imaginaire, imaginaire contraint par la « normalité », étriqué dans sa gangue culturelle.

Cette perspective aboutira en 1945 au concept d'Art Brut, énoncé par Dubuffet, qui déborde les productions des hôpitaux psychiatriques pour concerner toutes celles qui échappent à l'ordre culturel, et en 1948 à la fondation par Dubuffet de la Compagnie de l'Art Brut qui reprend en France le travail de collecte inauguré par Prinzhorn. Les œuvres rassemblées sont visibles au Musée d'Art Brut à Lausanne puisque Dubuffet, n'ayant pas trouvé le soutien nécessaire en France, a emporté toute sa collection à Lausanne sous la garde de Michel Thévoz.

Depuis, le concept d'Art Brut est devenu un concept de l'histoire de l'art, le concept d'un art qui échapperait à l'institution « art » et à ses homologations. Il ne va pas tarder à connaître beaucoup de concurrents (Art Autre, Art Singulier, Outsiders, etc.) dont le trait commun est de sortir cette imagerie du champ médical, de sa main-mise, de son emprise jugée réductrice, appauvrissante.

Mais toutes ces tentatives de dénomination se heurtent néanmoins au silence des auteurs de ces images : car ces œuvres sont orphelines, abandonnées par leurs auteurs aux commentaires de ceux qui les approchent.

Et cette absence de revendication théorique de la part des auteurs est sans doute ce qui les caractérise le plus, bien davantage en tout cas qu'une hypothétique virginité culturelle introuvable ! Leur absence de filiation avec des œuvres qui les précèdent est une appréciation très contestable.

Ainsi arrivés à la deuxième moitié du XX^e s. nous sommes devant deux ensembles constitués : l'un, médical, consiste essentiellement dans la collection Prinzhorn et dans des écrits de médecins où sont apparues des reproductions, une collection à l'abandon (celle de Delgado au Brésil), l'autre, rassemblé par des artistes ou des collectionneurs privés, essentiellement sous la dénomination Art Brut, comme à Lausanne, ou sous d'autres dénominations. Très peu des auteurs concernés ont gardé la propriété de leurs œuvres et ont eu une carrière d'artiste. De ces œuvres orphelines, on peut dire qu'elles ont été ou perdues ou adoptées et que les parents adoptifs n'ont pas cessé de contester aux autres adoptants l'appropriation qu'ils en avaient faite. Côté médical, en France en particulier, les auteurs sont anonymes. Ils sont d'abord des malades et protégés par le secret professionnel. En Allemagne ou en Suisse, ils sont nommés et donc apparemment davantage considérés par les médecins eux-mêmes comme des artistes.

5. NAISSANCE DE L'ART-THÉRAPIE

Bien peu des art-thérapeutes d'aujourd'hui peuvent se reconnaître les héritiers de la psychopathologie de l'expres-

sion. Il faut que nous nous expliquions sur ce hiatus de l'histoire qui correspond à un renversement épistémologique : si la psychopathologie de l'expression fonde sa démarche sur l'observation de type médical, l'art-thérapie emprunte la sienne à l'étude de la dynamique psychique de l'acte créateur, c'est-à-dire qu'elle se réfère plus ou moins à la psychanalyse [1,6] et se fonde en tout cas sur une clinique du transfert.

En effet, issue de la clinique psychiatrique, la psychopathologie de l'expression, dans une démarche phénoménologique, se préoccupe d'étudier des objets (production spontanée, échappée en quelque sorte à l'organisation institutionnelle) et ne se préoccupe pas d'en faire un outil thérapeutique. Tout au plus s'interroge-t-elle sur l'éventuel statut artistique de ces productions et les monographies publiées (par exemple « un schizophrène artiste », titre donné par Morgenthaler à son étude sur Wölflli) reflètent ce questionnement. Certains de ces patients, comme encore Aloïse en Suisse, sont portés à la célébrité par leurs médecins. Il faut remarquer qu'aucun de ces écrits ne semble s'interroger sur la dimension éthique de cette publication et enfreint la règle déontologique du secret médical sans se poser la moindre question.

Quatre ordres de faits vont concourir au changement de conception et à la mise en place par des soignants des ateliers d'art-thérapie dont la dénomination est récente, postérieure à 1954, date à laquelle fut créé à Sainte-Anne, par le Pr Volmat, le Département d'Art psychopathologique [9]. Les ateliers ouverts dans ce département ne furent dits « thérapeutiques » que plusieurs années après. En avril 1974 a lieu une journée d'étude de la SFPE sur le thème de la formation des art-thérapeutes où le terme est fortement remis en question ; mais il s'est déjà imposé, en provenance des pays anglo-saxons.

Le Dr Wiart a succédé au Pr Volmat et il met en place à partir de 1964 ce qui va devenir le Centre d'Étude de l'Expression dans sa forme actuelle avec ses quatre pôles : thérapeutique, recherche, enseignement, documentation. Outre une superbe bibliothèque spécialisée, il constitue une iconothèque en prenant une décision qui est, je crois, unique au monde : garder la trace de tout ce qui se fait dans l'atelier en conservant l'original, quand le patient ne l'emporte pas en quittant l'hôpital, ou sous forme de diapositive. Claude Wiart crée pour cela un outil documentaire [10] qui permet l'accès à cette collection d'un genre très particulier puisque ce qui la caractérise c'est que les documents qui la constituent n'ont fait l'objet d'aucun choix.

Il avait le sentiment que beaucoup de conclusions générales avaient été tirées un peu hâtivement sur un nombre de documents insuffisants, sélectionnés de façon subjective. Il espérait que des études menées sur un grand nombre permettraient d'affiner les propositions de la psychopathologie de l'expression. Sous sa conduite, quelques thèses ont permis en effet de revenir sur des idées qui paraissaient admises. Mais surtout en cherchant à « améliorer » la psychopathologie de l'expression, il a constitué un rassem-

blement unique au monde par son importance et sa variété et il a fait naître un nouveau document au statut bifide : un ensemble d'images assorties du dossier clinique de leurs auteurs. Patrimoine d'un genre inédit, dont il entreprit par la suite sans relâche d'obtenir la reconnaissance.

Nous lui devons également d'avoir, à la suite de la Société Internationale créée par le Pr Volmat, soutenu et longtemps conduit la réflexion commune des praticiens au sein de la Société française de psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie.

Le deuxième ordre de faits concerne la naissance de l'ergothérapie.

Pendant que Pinel, en France, parle de l'écoute et du traitement moral, se met en place en Angleterre une stratégie de soins fondée sur l'idée d'une rééducation et sur les vertus curatives du travail. On y privilégie donc le traitement « moral », version protestante sans doute, à entendre plutôt du côté de la « moralité ». Les expériences faites, très concluantes pour tout ce qui relevait de ce qu'aujourd'hui nous appellerions l'hospitalisme, aboutissent à la création de très nombreux ateliers d'ergothérapie, dont la vocation était occupationnelle puis réellement de production, ce qui les rendait, au début de ce siècle, très proches de nos modernes CAT.

Dans ce cadre on a pu observer les limites d'une telle stratégie : outre que tous les patients ne parvenaient pas à se conformer aux contraintes d'un véritable travail, il apparaissait que la découverte d'un espace de création était suivie d'effets plus bénéfiques encore. Aussi les ergothérapeutes en milieu psychiatrique ont-ils souvent évolué vers des pratiques d'art-thérapie.

En troisième lieu, il s'avère que durant cette période l'évolution de la pédagogie a fait découvrir, grâce à Freinet en particulier, toute l'importance de la créativité dans les apprentissages, d'où l'implantation progressive des méthodes actives dans les écoles et la floraison d'ateliers de créativité parascolaires. L'Académie du Jeudi d'Arno Stern en est un des nombreux exemples et l'organisation de l'atelier, telle qu'il la propose, a depuis été souvent reprise dans les ateliers hospitaliers.

Mais surtout l'établissement de la clinique du transfert par la psychanalyse va résolument changer les perspectives. Ce qui va décider du « diagnostic », ce ne sont pas les symptômes sous l'angle, pourrait-on dire, comportemental, mais c'est la façon dont le patient s'adresse à celui qui l'écoute. On peut repérer deux grandes catégories d'« adresses » : la première, névrotique, consiste à supposer le savoir à son interlocuteur, la deuxième, psychotique, consiste à le lui attribuer. Ainsi le sujet qui parle se constitue comme un objet pour celui qui l'écoute. Non seulement il devient acquis que l'observateur fait partie du phénomène observé mais encore qu'il lui est possible d'intervenir et de modifier le cours de ce qu'il observe. Outre la psychanalyse elle-même, de nombreux modes d'approche dits psychothérapeutiques se mettent en place, et les psychanalystes d'enfants sont les premiers à s'intéresser aux dessins de leurs

jeunes patients. En effet, il est bien surprenant que Freud, malgré son intérêt pour l'art, malgré les études de psychanalyse appliquée consacrées à Michel-Ange ou Léonard de Vinci, ne se soit jamais intéressé aux productions des malades mentaux [5] ! Néanmoins les concepts de la psychanalyse vont rapidement paraître opératoires aux praticiens engagés dans des rencontres avec des patients autour de leurs productions artistiques.

Dès lors le pas est franchi et on va parler au moins de visée psychothérapeutique, quand ce n'est pas de psychothérapie, à propos de ce travail d'élaboration qui se poursuit dans nos ateliers d'art-thérapie d'aujourd'hui [2]. Il faut remarquer que le transfert y a un aspect très particulier car c'est moins l'adresse à l'art-thérapeute qui est en jeu que la façon d'investir le vide initial du support pictural ou plus généralement plastique (équivalant au silence de l'analyste) [1].

De cette histoire complexe, les ateliers d'art-thérapie conservent une grande diversité de perspectives : les uns restent très « occupationnels », les autres visent à une animation sur un versant sociothérapeutique, les autres sont davantage axés sur la créativité elle-même [4] et se rapprochent des ateliers d'arts plastiques, d'autres enfin sont plus spécifiquement psychothérapeutiques, éventuellement en prise en charge individuelle.

6. POURQUOI PARLER DÉSORMAIS DE « MÉDIATION THÉRAPEUTIQUE » ?

Le terme évoque tout d'abord l'évidence du dispositif, c'est-à-dire la mise en jeu d'un moyen d'expression interposé dans la relation entre le patient et son thérapeute. Mais il ne vaut que sous réserve que ce dispositif conduise à franchir le seuil d'une « mise en travail ». Encore faut-il que se construise un « objet plastique » où apparaissent des « solutions » qui soient propres au sujet. Antonin Artaud en profile les contours, ceux d'un « rassemblement de toute cette pierrerie mentale autour d'un point qui est justement à trouver ».

Quelle hypothèse [3] pouvons-nous tenter pour rendre compte de l'élaboration psychique qui s'opère alors et qui est le pari de l'art-thérapie ?

La feuille blanche, par son vide même, est propice au surgissement du fantasme primordial — ce que confirme l'inhibition si fréquente qui met en arrêt (phobique ?) devant cet espace que « sa blancheur défend » comme disait Mallarmé. Et chaque image produite médiatise l'angoisse existentielle sous la forme d'une représentation qui peut alors entrer dans une série, se décliner selon une « typologie » (du loup ancestral à l'ogre, du monstre au magma, de la couleur à la forme abstraite, etc.) où se repère la structure d'un fantasme originel, c'est-à-dire celui de la position objectale — voire sacrificielle — du sujet. Le sujet s'y sent l'objet d'une emprise, d'une intention pour ne pas dire d'une menace. Et cette position objectale conduit à la perte identitaire angoissante. Créer, c'est reprendre une position active

(ne serait-ce que par l'action motrice qu'elle suppose), c'est substituer l'objet créé à sa propre position objectale fantasmatique, opération qu'on pourrait dire de sublimation originelle, prélude à la symbolisation. Il y a dans ce processus quelque chose d'analogue à la constitution du Moi dans ce que Lacan a appelé le Stade du Miroir [6]. Le sujet, en créant, agit l'image, comme le petit enfant, en bougeant, fait bouger l'image dans le miroir et s'y reconnaît.

La moindre représentation [7] est médiatisation de la position objectale du sujet. Représenter une masse informe, ou morcelée, ce n'est déjà plus être soi-même informe ou morcelé. C'est de cet effet de décollement qu'on peut attendre qu'il permette ensuite d'accéder à une construction identitaire.

7. QUESTIONS À PROPOS DES THÉRAPIES MÉDIATISÉES

7.1. Qu'entend-on par « médiation » dans le terme « thérapies médiatisées » ?

Au-delà du dispositif qui consiste à interposer le média expressionnel entre patient et thérapeute, le terme de médiation vise le processus créatif lui-même et son effet thérapeutique. La création vient faire écran à ce qui, dans le fantasme primordial, menace le sujet. Elle lui permet d'offrir un objet de substitution à l'obscur emprise dont il se sent lui-même l'objet dans ce qu'il est convenu d'appeler l'angoisse existentielle. L'image créée est hantée par cette emprise où elle transparait, tandis qu'elle reçoit rétroactivement toutes les marques de l'histoire du sujet, c'est-à-dire la répétition des figures de l'objet qu'il s'imagine être pour cette emprise. Les solutions plastiques qu'il met en place engagent une sorte de négociation et permettent une élaboration identitaire.

7.2. Quels sont les leviers thérapeutiques des thérapies médiatisées ?

Aux effets de décollement du sujet de sa position objectale dans le fantasme primordial, s'ajoutent les effets proprement spéculaires de la production d'une image. La motricité y prend une large part, offrant au sujet une place active de représentation qui le fait échapper à un vécu indicible. Pour autant l'œuvre gardera sa part d'énigme : une identité toujours en devenir miroite dans la transparence toute particulière de la « surface plastique », engageant certains patients dans un travail de « plasticien » qui se continue jusqu'à devenir un mode de vie. Les bénéfices narcissiques qui peuvent en découler ne sont pas à négliger tant ils peuvent réintroduire au lien social.

7.3. Y a-t-il une spécificité du transfert dans le cadre des thérapies médiatisées ?

Si la relation avec l'art-thérapeute comporte évidemment ses propres aspects transférentiels, l'essentiel du travail va

s'inscrire sur le vide initial du support plastique (analogue au silence de l'analyste) propre à faire surgir le fantasme primordial. C'est la confrontation à ce fantasme qui fera du support plastique l'espace de projection où s'exercera le transfert, avec tous ses effets d'usage, d'usure pourrait-on dire et d'élaboration.

7.4. Y a-t-il une spécificité du contre-transfert dans les thérapies médiatisées ?

Cette question peut parfois s'énoncer autrement : « Faut-il être artiste pour devenir art-thérapeute ? » Si la fonction essentielle de l'art-thérapeute est d'être le « passeur » de ce processus de médiatisation, il peut sembler souhaitable qu'il ait fait pour lui-même l'expérience du passage. Qu'il en sache la difficulté l'engagera à en respecter mieux les étapes. Néanmoins ce n'est pas une règle absolue. Certains thérapeutes savent remplacer cette expérience par une grande attention. Dans tous les cas la vertu essentielle de l'art-thérapeute, c'est le tact.

Comme dans toutes les thérapies, il importe qu'il respecte la règle de neutralité et ici en particulier qu'il veille à ne pas engager son patient dans un idéal qui prendrait la forme d'une injonction paradoxale telle que : « Soyez créatif ! »

7.5. Les thérapies médiatisées, dites encore non-verbales, sont-elles hors langage ?

L'objectif d'« accéder à la parole » revient à poser un idéal thérapeutique à la fois pris dans la névrose commune et influencé par le modèle de la cure analytique : la parole

pourrait seule assurer la promotion du sujet au sortir du symptôme. Ce serait faire peu de cas d'une histoire, souvent sans paroles, qui est celle de l'investissement d'un espace d'expression et des « trouvailles » plastiques qui sont parfois une « solution » symptomatique — voire une interprétation. Et si la parole n'était alors qu'une annulation de ce qui se montre ?

Est-ce pour autant se situer hors langage ? Le fantasme primordial et la représentation qui le médiatise y sont entièrement pris. La mise en forme est une étape sur le chemin de la symbolisation et de la formulation.

RÉFÉRENCES

- [1] Anzieu D. Le corps de l'œuvre. Essais psychanalytiques sur le travail créateur. Paris: Gallimard « Connaissance de l'Inconscient »; 1981.
- [2] Broustra J. Abécédaire de l'expression. Psychiatrie et activité créatrice : l'atelier intérieur. Toulouse: Érès « Des Travaux et des Jours »; 2000.
- [3] Calligaris C. Hypothèse sur le fantasme. Paris: Le Seuil; 1983.
- [4] Ehrenzweig A. L'ordre caché de l'art. Essai sur la psychologie de l'imagination artistique. Paris: Gallimard « Tel » 62; 1974.
- [5] Freud S. Essais de psychanalyse appliquée. Paris: Gallimard; 1933.
- [6] Lacan J. Le séminaire, livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris: Le Seuil « Le Champ Freudien »; 1973.
- [7] Oury J. Création et schizophrénie. Paris: Galilée « débats »; 1989.
- [8] Prinzhorn H. Expressions de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile. Paris: Gallimard « Connaissance de l'Inconscient »; 1984.
- [9] Volmat R. L'Art Psychopathologique. Paris: PUF « Bibliothèque de Psychiatrie »; 1955.
- [10] Wiart C. Expression picturale et psychopathologie. Essai d'analyse et d'automatique documentaire. Paris: Doïn; 1967.