

A propos de l'Art-thérapie relationnelle

Dr F. GRANIER

*Docteur François GRANIER
Praticien Hospitalier CHU—Toulouse
Responsable de l'Unité d'art-thérapie, et du D. U — F. C.
« Psychiatrie, Psychothérapies Médiatisées et Art-thérapie ».
Président S.F.P.E. - A. T.
170, avenue de Casselardit
TSA 4003J - 31059 TOULOUSE CEDEX
Tél. : 05 34 55 75 06
Fax. : 05 34 55 75 16
E-mail. granier.f@chu-toulouse.fr*

Il nous est demandé une contribution sur le thème Art et Relation. En tant que Président de la SFPE-AT (Société Française de Psychopathologie de l'Expression et Art-Thérapie), laquelle fêtera son cinquantenaire l'année prochaine, nous pouvons commencer par deux remarques.

D'une part, dans le domaine de l'art-thérapie classique et instituée en France, pour ses multiples écoles et ses nombreux auteurs, jamais n'a été individualisée jusqu'à ce jour une art-thérapie relationnelle en tant que telle. Tout au plus peut-on citer chez les anglo-saxons un « relational model » (J. Barken Miller, 1991) basé sur l'empowerment mutuel, l'échange et l'empathie, ce qui ne correspond pas au modèle psychothérapique de l'A.T. relationnelle ici évoquée. A dire vrai, la relation est en fait présente partout dans ces autres art-thérapies. La spécificité de l'A.T. relationnelle est essentiellement son rattachement au référentiel conceptuel de la théorie relationnelle de Sami-Ali, lequel met au premier rang le rôle du corps et sa signification dans l'expression de l'imaginaire.

D'autre part, il faut reconnaître que les autres art-thérapies ont peu insisté sur les indications psychosomatiques, du moins par rapport aux autres indications classiques. Or les observations de Sami-Ali dans ses différents ouvrages successifs présentent l'intérêt indéniable d'apporter un matériel qui illustre bien cette dimension, et que l'on retrouve aisément dans les ateliers qui accueillent des psychosomatiques. Nous insistons sur cette notion d'expérience clinique concrète, où nous pouvons nous retrouver, sans verser pour autant dans les polémiques entre les différents courants de la psychosomatique. Nous apprécions cette clinique qui est de fait un véritable exercice de psychopathologie de l'expression.

Dans nos ateliers ne sont pas accueillis uniquement que des patients psychotiques. Il y a aussi des bipolaires dont le style dans l'intercrise se caractérise si souvent par la platitude, correspondant à la fameuse « routine » qu'ils vivent. Les addictifs peuvent illustrer sur le mode de l'idée fixe leur objet d'addiction, et souvent montrent une frayeur devant l'exercice de la page blanche, qu'ils arrivent parfois à surmonter au prix de la géométrisation. Les dépressifs chroniques hésitent longtemps avant de s'attabler durablement à l'œuvre, souvent décorative, sérielle, évoquant des rythmes élémentaires ou le vide. Les adolescents et la pathologie de la charnière adolescent-jeune adulte sont en difficulté de mentalisation. Leur pathologie de l'attachement se traduit par la répétition des styles de leurs bandes, variétés de Tag où les figurations s'absentent, pseudo identités graphiques malgré l'inscription de leurs initiales ou de leur surnom. Pas plus créatifs ici que dans un

groupe de percussion, où ils répètent les mêmes riffs, dominant le groupe seulement par leur force musculaire. Les psychosomatiques peuvent faire preuve d'aveuglement. Même quand ils se donnent à la figuration, la partie de l'image qui pourrait avoir valeur symbolique leur échappe complètement. Les obèses ignorent les proportions qu'ils ont de leur grosseur à travers la taille des maisons ou des arbres qu'ils représentent, au milieu de paysages souvent désertiques. Les anorectiques (dont nous sommes spécialistes) apportent le plus important matériel clinique. Mais cela ne doit pas tromper, on a dit si souvent d'elles qu'elles avaient un intérêt pour les activités artistiques. En réalité leur participation est parfaitement soumise, séductrice, symptôme d'accolement transférentiel. Hors le style des productions est sans appel, parfois infantilisme (animaux, enfants), souvent projection de légèreté du corps (papillon), et plus souvent encore comme les précédents enfermement dans l'instrumentation. Règles, compas, pochoirs, mécanisation, aboutissent à un remplissage par la géométrie, l'ornementation, redoublés par le perfectionnisme, la lenteur d'application, la répétition, en somme la pauvreté. Que l'on peut mettre en rapport avec la pauvreté factuelle du récit de leur histoire dans leurs écrits. Certains schizophrènes adoptent la même stratégie, soit d'un réalisme qui devient un hyperréalisme, soit d'une abstraction qui est un retrait, soit de la copie insignifiante.

Pour autant, cela doit être respecté, surtout au début. Le respect du système adaptatif est la première condition pour l'acceptation d'une participation régulière à l'atelier. Non intrusion, satisfaction, prudence dans l'encouragement qui peut être perçu comme une oppression. Tous ces styles sont vivants. Ils paraissent morts dans leur imagination, mais ils sont bien là, et dont les auteurs acceptent qu'ils soient vus. Il s'agit plus de mortification du dessin comme est mortifié le corps. Non pas dévitalisation, mais impossibilité pour la pulsion de vie de trouver une issue pour se manifester.

Le travail va être long, il peut utiliser un biais. En effet en art-thérapie, la situation est triple avec le sujet, le thérapeute et le médium. Les phénomènes de transfert vont se diviser par rapport à ces objets. La matière retrouve comme aux premiers temps historiques sa place première, et ceci quel que soit le médium. C'est là qu'il est important de savoir prendre les patients à leur niveau de fonctionnement habituel de base. Cette matière se prête si bien à ce que l'on appelle le fonctionnement opératoire. En explorer les caractères physiques, y exercer sa sensorialité retrouvée, en concevoir une forme si élémentaire soit-elle au départ. Certains excellent vite avec des formes plus subtiles, mais ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils se mettent en travail de pensée. Le

bricoleur en est un bon exemple, capable de savoir tourner le problème que lui pose la matière de façon à trouver une solution originale, tout en en restant là. Génie de la récup, mais sans verbalisation.

Cependant cette relation à la matière mérite bien le qualificatif de transférentielle. Elle peut devenir objet de surprise, d'intérêt cognitif, d'esquisse de remémoration, de mobilisation énergétique, d'exploration intermodale, en clair elle mobilise. Peu importe le degré de satisfaction devant le résultat, une amorce, un accrochage s'effectuent, qui conviennent à ce corps qu'elle accueille, et crée une situation de dialogue. Elle aspire même, du moins pour ceux qui ne croient réussir qu'à travers l'originalité, à un autre niveau de répétition, non pas de l'inspiration stérile, mais de la recherche active à travers les essais. Or le banal doit être respecté. Il ne s'agit plus ici en situation d'art-thérapie de l'aplatissement de la réalité, mais du support à une lente réappropriation à travers une nouvelle expérience de soi. Transfert sur la matière, qui peut s'accompagner d'un transfert latéral, sur la matière du monde, de l'environnement, de la vie. Il arrive souvent que ces progrès latéraux deviennent supérieurs, à ceux dans l'atelier. Certains patients récupèrent un fonctionnement vital que n'aurait pas laissé supposer la lenteur de progrès en atelier. Mais l'atelier ne doit pas être idéalisé. Comme nous l'avons souvent écrit il est un « starter et un pacemaker émotionnel ». Son cadre interne strict suppose un hors-cadre, où les modifications de la perception du monde, de ses relations, pourront mieux se développer. Ceci d'autant que pour le psychosomatique, l'art n'est de toute façon pas un objet de sublimation, il n'est pas au sommet d'un système de valeurs telles que l'exigent les impératifs de l'adaptation, et de l'épanouissement personnel. Il ne faut surtout pas oublier ici la dimension culturelle (typiquement chez le travailleur ou le migrant) ni transgénérationnelle (la place que l'on n'a pas su laisser à l'art et à l'imaginaire dans les processus d'adaptation et de survie du groupe familial). La matière, le médium, restent donc souvent traités à un niveau de réussite modeste, voire obscur. Ceci n'est que l'expression à l'âge adulte, de ce nous avons décrit depuis longtemps comme le résultat des « syndromes de carence de jeu » de l'enfance, dans ces milieux écrasés et souvent de façon transgénérationnelle.

Par contre la relation avec le thérapeute peut s'illuminer, grâce au médium, puisqu'il y a complémentarité des deux objets transférentiels, de façon plus brillante. Certes on connaît les qualités requises pour un tel thérapeute, en particulier la non-intrusivité, le non-didactique, toutes formes d'emprise qui viendraient contraindre la part du jeu. Sa disponibilité, sa plasticité sont à mettre en parallèle avec celles que peut acquérir au bout d'un certain temps la matière, ce que

d'autres appelleraient la réserve du médium malléable à la suite de Marion Milner. La matière s'anime par le souffle nous apprenaient les anciens textes, le thérapeute vient ici insuffler. Sa propre relation à la matière est un exemple à suivre, un modèle de fonctionnement à la fois physique (moteur, sensoriel) et psychique. Il sait doser cette énergie du souffle, ni excitante, ni effrayante, apporté comme un vecteur de sentiment de sécurité. Cette alchimie spécifique à l'art-thérapie, où matière et acteur se conjuguent harmonieusement, va permettre une appréhension de cet ensemble inenvisageable auparavant. Plus fluide, souple, tolérante, confiante, qui va autoriser la séparation à un objet primordial, la matière brute doublée de l'accompagnateur hiératique. On oublie trop souvent dans la relation l'importance de l'attachement dans le processus de mentalisation, selon que la mère aura permis le succès ou l'échec du détachement. Lesquels sont tributaires de son propre sentiment de sécurité interne, et hérités de sa propre histoire transgénérationnelle. Car l'atelier doit être ainsi, cette matrice de la relation qui doit fonctionner comme une base de sécurité, permettant les échappées pour l'exploration du monde. L'on connaît bien tout ceci chez les border-line dont les passages à l'acte sont à l'opposé de l'acte réfléchi du créateur. Ainsi se crée le fameux espace d'illusion de Winnicott, où non seulement l'exploration du monde et des formes va pouvoir être appropriée, mais où l'expérience permise va permettre de se confronter à des décalages, imposer des improvisations, support d'un nouveau rapport à la réalité du monde, une réalité où l'imaginaire se colore d'intime, où l'objectif se mêle au subjectif, dans cette double interpénétration entre l'extérieur et l'intérieur qui constitue la projection, si bien décrite pour Sami-Ali.

Rencontre donc des deux corps, du sujet et du thérapeute, avec le tiers esthétique, la matière qui appelle la mise en forme. Relation plurielle, telle que nous l'avons décrite dès 1987 avec les psychothérapies médiatisées. Dans cet ensemble, l'affect tient une place centrale. Il n'est pas exactement vrai de dire, que le psychosomatique se colle à la réalité à la suite d'une carence d'amour maternel, d'absence d'apport d'affect. L'expérience montre la joie et la confiance que les parents d'anorectiques peuvent finalement retrouver au sortir de l'épreuve, après la guérison. Il faut discuter ce qui serait une absence réelle, et ce qui ne fut qu'une carence d'expression des états émotionnels. Sidération plutôt qu'absence, d'autant que nous arrivons toujours dans un deuxième temps, après le symptôme, qui par lui-même s'accompagne d'aura négative, de solitude insupportable, de perte désespérée de l'aide. La vitalité retrouvée de ces patient(e)s et de leur familles pose le problème des ressources sous-jacentes, à côté des fonctionnements caractériels figés, peu mobilisables, mais qui ne résument pas l'ensemble de la situation, et donc ne sauraient interdire seuls les indications psychothérapeutiques. Ici la relation montre bien les limites d'une

approche trop dogmatique, ou sèchement psychothérapique. Une patiente nous écrivait un jour, après un long périple dans l'anorexie, à l'occasion d'un grand bain dans la Méditerranée avec les autres patients, « je vous remercie de m'avoir fait retrouver, éprouver « l'humain », ce qu'elle n'avait pu nous dire sur le moment avec des mots. Un schizophrène, assidu aux ateliers, écrivait un jour la lente réapparition de sentiment de la « familiarité ». Avec la réalité et avec le groupe. Les ateliers apportent indépendamment de toutes interprétations a posteriori du processus, et si légitimes soient-elles pour la compréhension, une possibilité de vécu expérientiel, à la fois affectif, corporel, et relationnel qui fait le lit du changement. Nous n'y voyons là rien de complètement spécifique à l'Art-thérapie, tout au plus, l'adjonction du médium dans le dispositif psychothérapique vient modifier le cadre classique et amplifie le dégel du fonctionnement relationnel que la seule relation duelle est parfois incapable d'amorcer.