

2èmes Journées d'Octobre FORMAREC, *Des situations cliniques en soins psychiatriques*, les 12 et 13 octobre 1989 à Bordeaux.

DIMENSION SOIGNANTE DE L'EXPRESSION PICTURALE

Daniel SARRAZIN

Cadre infirmier

Hôpital Saint-Jacques de Nantes

PRÉSENTATION.

Le soignant qui choisit comme support l'expression pour prendre en charge le malade psychotique, va le faire en fonction de ses aspirations, de sa propre formation à la pratique de l'expression artistique.

En fonction de cela, dans la première partie de cet exposé, nous verrons les différentes orientations que peut revêtir l'expression.

Ensuite, nous verrons que le type de relation qui peut se lier entre soignant et soigné est certes conditionné par l'orientation choisie, mais que bien au-delà de cela, la personnalité psychique du soignant joue un rôle capital dans cette relation.

I/ TROIS MODÈLES D'ORIENTATION.

Le choix des orientations qui vont maintenant être présentées n'est certes pas exhaustif, mais l'on peut dire qu'à partir de la triade de base « Thérapeute - œuvre - Patient », commune aux trois orientations choisies, des phénomènes sont repérables, positionnant le patient dans une situation à chaque fois particulière.

Atelier de créativité.

Le thérapeute va, dans le cadre de cet atelier, prendre en compte et favoriser l'expression de l'imaginaire du malade, en accordant un soin particulier à la notion d'esthétique.

C'est bien ce soin particulier à la notion d'esthétique qui va donner le ton à la relation et qui va d'emblée positionner le thérapeute dans un statut d'artiste cautionnant cet esthétique.

La dimension créative représente donc l'objectif principal de cet atelier et avant même que la relation soit réellement établie, nous pouvons disposer, en extrapolant à l'extrême, que le thérapeute a déjà investi le patient, l'amorce d'une première notion de transfert.

Ensuite, lorsque la relation s'objective, le phénomène transférentiel s'inverse. En effet, dans cette relation qui se veut soignante, le patient va se trouver confronté à une situation anxiogène, celle de la « toile blanche ». Le thérapeute va avoir là un rôle à jouer et c'est ce rôle qui, rassurant au départ, va servir de pierre angulaire et donner un sens à une nouvelle situation.

En effet, dans un tout premier temps, le patient va chercher à se constituer sur le modèle qui se présente à lui : le thérapeute – l'artiste. Ensuite, le thérapeute, à la fois guidé par le souci de rassurer le malade et par l'idéologie qui conditionne l'existence de son atelier, va proposer au patient une consigne de travail, une injonction qui, tout en dédramatisant la situation, va permettre d'atteindre l'objectif : CRÉER.

Mais à y regarder d'un peu plus près, n'y a t'il pas dans cette injonction, cette consigne de travail, le propre monde imaginaire du thérapeute ?

Le patient se trouve acculé à une situation où tous les ingrédients, si nous osons dire, sont mis en place, réunis, pour que s'établisse sur le thérapeute ce que la psychologie a appelé « transfert d'apprentissage ». En effet, les références artistiques du thérapeute, ses interventions dans ce domaine, contribuent à améliorer les performances esthétiques du patient, d'où cette notion d'apprentissage.

À partir de ce raisonnement, concernant le thérapeute, des questions peuvent se poser quant à la gestion de son contre-transfert !...

Psychothérapie et expression.

Dans ce cadre, là aussi, le travail avec le malade se fait à partir et en fonction de son imaginaire, de ce qu'il met en œuvre, lui, de sa propre initiative, spontanément, sans injonction ou autre

consigne de travail, tel que cela peut se faire dans un atelier de création. Cela suppose donc de la part du thérapeute une neutralité scrupuleuse. Quoique nous le verrons dans la seconde partie, cette neutralité même bienveillante peut avoir une certaine incidence sur ce que le malade peut mettre au jour.

Dynamique de groupe et expression.

Le soignant qui réunit des soignés afin qu'ils effectuent ensemble un travail de groupe doit être conscient qu'il provoque une situation où chaque membre de ce groupe va être amené à adopter un type de comportement vis à vis des autres... y compris bien entendu, le thérapeute !

L'exploitation de l'expression, la production artistique ne sert là que de support et c'est ce support, l'expression de chacun, qui va servir le thérapeute dans son travail d'observation, d'analyse.

En effet, avant même l'intervention du thérapeute, à partir du moment où ces personnes vont se trouver rassemblées dans le cadre de cette réalité que représente l'atelier, chacun à son niveau va mettre en place une stratégie de comportement qui lui permettra d'avoir telle ou telle relation avec l'entourage immédiat du groupe.

Maintenant, lorsque le thérapeute entre effectivement en contact avec le groupe par le biais de ses interventions, ses consignes de travail, etc., le reflet de ses propres fantasmes, il va permettre la libéralisation des fantasmes de chacun. Et c'est cette libéralisation, sur un thème commun, qui va permettre la rencontre.

Tout est en place pour permettre au thérapeute de comprendre, objectiver les phénomènes transférentiels intra-groupe. Comment le groupe est-il arrivé à cette entente fantasmatique ? Pourquoi la résistance, l'attitude défensive d'untel face à cette entente ?

II/ LA POSITION DU SOIGNANT.

Concernant les questions qui peuvent se poser sur la position du thérapeute dans ces différentes formes que peut revêtir l'expression, elles sont à resituer dans le cadre particulier d'un service hospitalier à fonctionnement classique. Il est certain que ces mêmes questions seraient à traiter différemment dans un autre contexte. Avant même d'envisager la position du thérapeute, si l'on retient les orientations qui viennent d'être présentées et compte

tenu du cadre dans lequel elles sont menées, la première des questions intéresse, interpelle justement ce cadre.

L'institution, dans des conditions de réussite qu'elle souhaite optimales, propose un cadre propre à chacun des types d'orientations. Or, c'est bien suite à cette proposition que des conséquences au sein même de l'institution vont être repérables.

En effet, d'une certaine façon, le malade pour qui l'institution envisage tel ou tel type d'expression va venir dans cet atelier et investir petit à petit ce lieu comme un endroit privilégié du service, allant même, à l'extrême, lui permettre de dénier l'institution, l'hôpital. Ceci dans la mesure où il sait que par le biais de cette activité d'expression, il peut y trouver, y vivre un certain plaisir lui offrant la possibilité d'échapper à sa condition d'hospitalisé qui, elle, se situe bien dans la réalité !

C'est à partir de cette idée que l'on peut entrevoir la position tout à fait ambiguë du thérapeute qui voit sa tâche se compliquer sérieusement ! Comment, en effet, préserver dans ce lieu investi par le malade, un travail que chacun peut reconnaître comme reconstruteur, restaurateur tout au moins narcissiquement, et refuser ce déni d'hospitalisation ou de condition d'hospitalisé ?

La situation matérialise en quelque sorte toute la problématique névrotique. Le thérapeute va devoir évoluer entre toutes les émergences d'une vie fantasmatique, le désir émanant du « Ça », qu'il va devoir respecter, prendre en compte, pour satisfaire les exigences thérapeutiques qu'il s'est fixées et la réalité où des défenses sont en place, évoquant l'emprise du « Moi » et du « Surmoi ».

Réalité institutionnelle ← Thérapeute → Désir du malade
- +

Nous voyons bien qu'à partir de ce développement et de ce schéma, le thérapeute va d'une part se confronter à sa propre névrose et que, d'autre part, cette confrontation va permettre au thérapeute de mieux se situer dans l'histoire qu'il va devoir gérer. Il se doit bien, donc, de considérer sa propre névrose pour mieux mesurer, analyser les incidences qu'elle aura sur l'expression du malade ainsi que sur le devenir de cette expression.

Pour illustrer ce qui vient d'être émis et si nous retenons le schéma proposé ; nous supposerons la personnalité du thérapeute plutôt encline à adopter une attitude qualifiée de positive sur le schéma, la composante hystérique du thérapeute sera alors plus à l'écoute du désir du patient, du fait même que pour lui aussi, la réalité est « secondaire ». À contrario, maintenant dans la position négative, l'obsessionnalité du thérapeute n'entendra pas ou entendra mal le Désir, la dominance de la réalité, son Surmoi faisant la loi.

Le thérapeute qui a choisi de se consacrer à l'écoute de l'expression du malade, accepte de façon délibérée, consciente, d'effectuer un déplacement, celui du réel vers l'imaginaire du malade, voire du déréel. Cette démarche n'apparaît pas bien sûr comme singulière puisque, d'emblée, elle situe la relation hors de la réalité. C'est pourtant bien à partir de cette situation que le travail du thérapeute commence. Il se doit de pouvoir offrir au malade la possibilité de faire le voyage inverse, celui de l'imaginaire que le malade va être amené à exprimer vers le réel.

Un bien naïf raccourci que ce mouvement de va et vient !

La situation est en effet bien plus compliquée que cela, ne serait-ce que par rapport à la position névrotique qu'occupe le thérapeute dans cette situation.

Pour conclure, je voudrais mettre des mots sur ces mouvements qui se jouent dans une telle relation. Car c'est bien de mouvements dont il s'agit et c'est l'observation, le contrôle, l'analyse de ces mouvements qui donneront telle ou telle évolution à l'expression du malade.

**Patient —transfert—> Sur le thérapeute et la
structure lui permettant
de matérialiser son désir**

**Sur le patient et sur
la forme, l'évolution ←contre-transfert — Thérapeute
de ses expressions**

Le thérapeute se doit d'être conscient de ce qui se joue dans ce qu'illustrent ces schémas. C'est bien dans le contrôle du transfert

et du contre-transfert que le thérapeute pourra mener à bien son action. Un mauvais contrôle de l'un ou de l'autre aboutirait inévitablement à une rupture de cette relation. D'autant que, la structure, les conditions, proposées au malade, représentent à elles seules des risques... naturels de rupture ; c'est pour cela aussi, pour limiter ce risque, qu'un soin particulier au contrôle de ce transfert et de ce contre-transfert est nécessaire.Δ