

Article pour Santé Mentale

« Autoportrait et estime de soi : Du face à soi au face aux autres »

Remi Prunet, Pierrette Estingoy, Catherine Garnotel



Dans le domaine artistique, l'autoportrait est cet exercice particulièrement redoutable qui consiste à soumettre au regard d'un autre un portrait de soi, par soi-même. Pas vraiment réalité du miroir, celui-ci constitue plutôt une image truquée ou recomposée de l'auteur, selon les conditions psychologiques de réalisation. Il est d'abord regard sur son apparence extérieure, mais regard aussi sur ses caractéristiques plus personnelles, venant traduire l'estime de soi.

Introduction

Structure de soins ambulatoire du secteur de psychiatrie 69G33 du Rhône, l'hôpital de Jour de Décines-Charpieu accueille une population mixte souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie ou de la maladie bipolaire, en vue de favoriser leur réhabilitation psychosociale grâce à une ouverture sur la cité. Parmi les groupes thérapeutiques médiatisés, deux séances d'art thérapie sont dispensées chaque semaine, dans le cadre de projets de soin individualisés et sur prescription médicale. Plus qu'offrir une activité récréative, il s'agit de mettre à

disposition des patients un espace de « jeu » groupal, un point d'ancrage dans le concret, afin de lutter contre l'apragmatisme et contre l'angoisse. Cela constitue aussi un espace de « je » expressif, pour favoriser la verbalisation et inciter le sujet à (re)devenir acteur de son histoire en (ré)activant ses facultés d'autonomie et d'anticipation.

Dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études de psychologie clinique, nous avons émis l'hypothèse que des interactions se jouaient entre l'élaboration d'autoportraits et l'estime de soi. Afin de vérifier ce lien, nous avons élaboré un cadre de soin groupal au sein des groupes d'art thérapie et mis en place un protocole d'évaluation.

(1) L'autoportrait : un réceptacle des composants du Soi ?

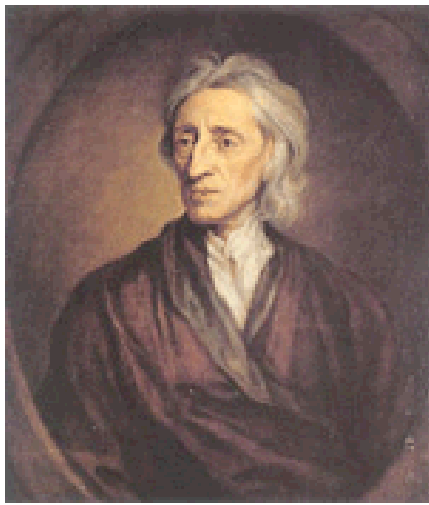
Étymologiquement, le terme autoportrait est construit du mot grec *autos* (soi-même) et du verbe latin *prothare* (« portraire » ou représenter une personne par le dessin). La définition courante donnée par le dictionnaire (Le Petit Robert) est donc la suivante : « portrait d'un dessinateur ou d'un peintre exécuté par lui-même ».

Plus précisément, l'autoportrait consiste à réaliser en **pleine conscience** une œuvre qui met en jeu, et à voir, une représentation de soi. Exercice de réassurance sur notre appartenance sociale et humaine, il révèle surtout nos particularités individuelles. Il interroge donc la question de **l'identité** mais aussi de **l'unité physique et psychique** de l'auteur. Il fait référence à son apparence en tant que sujet différent des autres, dans ses caractéristiques externes telle que sa physionomie, tout comme dans ses composants internes tels que l'organisation de sa personnalité, ses goûts, son tempérament. L'autoportrait constitue en ce sens un support pour les projections psychiques de l'auteur, un lieu d'expression, de révélation voire d'élaboration de ses difficultés personnelles, une expérience enfin pour une meilleure connaissance de soi.

Pour réaliser un autoportrait, il convient d'avoir accès à une certaine **connaissance de soi**, toujours imparfaite mais qui se comporte comme une construction opérante sur notre vie psychique. Cette notion fait référence à la vision de soi, telle que définit par Christophe André et Francois Lelord, comme le « regard que l'on porte sur soi » ou cette « évaluation, fondée ou

non, que l'on se fait de ses qualités et ses défauts ». Essentiel lors de la construction narcissique du sujet, la vision de soi constitue l'un des trois piliers indispensables à l'**estime de soi**, toujours mise en œuvre lors de la création de l'autoportrait. Deux autres éléments se combinent subtilement autour de cette notion contemporaine du rapport à soi et aux autres, l'amour de soi et la confiance en soi. Le premier est clairement défini comme le fait d'aimer ou pas ce qu'on perçoit de soi, le deuxième est le fait de se sentir capable ou non de faire face à des situations importantes.

Petite note historique sur la naissance du Sujet



John LOCKE, **Identité et différence**,
Essai sur l'entendement humain

C'est au XVII^e siècle que John LOCKE (1632-1704), écrivain et philosophe britannique, a défendu la théorie aristotélicienne selon laquelle toute connaissance est le fruit de l'expérience. Définie sous le terme d'« empirisme », cette théorie supposait que l'esprit humain se comportait en *tabula rasa*, une table rase qui recevrait comme de la cire, les impressions des objets sensibles et naturels de façon passive mais intelligible. Il est aussi le premier philosophe à avoir parlé de la conscience de soi comme caractéristique fondamentale de l'identité personnelle en association avec sa composante plus substantielle, ou dirions-nous sa physiologie.

La formation de l'estime de soi tire ses racines de la petite enfance puis se développe tout au long de la vie. Elle est à la fois héritage de notre culture, de notre famille, de notre histoire, de nos expériences, mais aussi construction en devenir, mobilisable pour développer nos compétences sociales et renforcer notre santé mentale. Baromètre de nos humeurs, l'estime de soi s'effondre chez les personnes en état de dépression. Par ailleurs, les personnes atteintes de psychoses présentent classiquement de profondes défaillances dans les processus de différenciation et d'individuation, mais aussi dans la qualité du rapport au réel et au champ perceptif avec, par conséquent, des altérations de la conscience de soi et des autres. Dans ce cas, l'évaluation de l'estime de soi devient très périlleuse avec des résultats parfois inattendus. Elle peut être très basse du fait d'un sentiment d'échec et de difficultés d'insertion, ou presque

trop haute comme s'ils étaient protégés par un manque d'insight, un déni de la réalité et la mise en jeu de défenses mégalomaniaques.

(2) les séances d'autoportraits : instrument de mobilisation psychique ?

Au plan méthodologique, nous sommes partis de l'hypothèse simple d'un probable impact positif de la réalisation d'autoportraits par les patients puis de leur mobilisation autour d'une exposition publique de leurs travaux dans la cité. Dans ce processus deux composantes de l'estime de soi sont en effet à l'œuvre : le regard sur soi et le regard de l'autre posé sur soi. Outre l'analyse qualitative groupale de chaque séance et celle des entretiens individuels réalisés lors du bilan du groupe, nous avons utilisé un test standardisé : l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. Une mesure a été réalisée sur chaque patient avant les séances et juste après. Puis, un re-test a été proposé suite à l'exposition et enfin à 6 mois de l'ensemble du protocole.

Cette expérience a été réalisée avec douze patients adultes, porteurs de pathologies psychiatriques sévères, en rémission depuis plus d'un an, répondant aux critères de classification de la CIM 10 sous les rubriques F20 (trouble du spectre de la schizophrénie) ou F31 (troubles affectifs bipolaires). Ils ont été informés de ce projet et de son évolution ; ils ont consenti librement à chacune des étapes proposées.

En pratique, une prise de vue photographique de chaque participant a été sélectionnée avec leur assentiment puis agrandie au format portrait A4 et A3. Ensuite trois séances de réalisation de 2 heures ont été proposées à une semaine d'intervalle, dans les locaux de l'hôpital de jour. Techniquement, un calque était apposé sur les copies de ces photographies et tous avaient pour consigne de redessiner, interpréter cette reproduction sur le calque. Le nombre de calque possible n'était pas limité et les instruments graphiques étaient polymorphes afin que chacun puisse s'exprimer librement. Cette approche de l'autoportrait est inspirée des travaux de Julie ATHANE et de ses méthodes employées dans le cadre de ses ateliers d'expression artistique.

Grâce à ce support rassurant, aux contours bien ancrés dans la réalité, les apprentis auteurs d'eux-mêmes se sont autorisés à dévoiler petit à petit différentes facettes de leurs

personnalités parfois inconnues. Cette prise de risques à modifier et à dévoiler son image les a ainsi confrontés à leurs forces et à leurs défaillances, parfois à leurs réticences. L'un d'entre eux nous disait alors : « à se faire outrances, il y a quelque chose de trop, de plonger le regard sur soi-même. Il y a quelque chose de narcissique qui me dérange un petit peu... ». Quoiqu'il en soit, le bilan instantané du groupe était tout à fait positif selon l'évaluation classique des observateurs qui étaient aussi les animateurs/thérapeutes des séances.

Or, selon les résultats objectivables aux tests de Rosenberg, c'est plutôt un faible impact de notre procédé sur l'estime soi, qui ressort en premier. Et plus encore, c'est une différence de cet impact qui se dégage lorsque l'on sépare les deux sous-groupes de patients en fonction du diagnostic principal. De fait, les patients atteints de troubles schizophréniques, partant d'une estime de soi déjà faible (28, 82) tombent à un score très faible après les séances (24,16), comme si leur confrontation à l'autoportrait était surtout dérangeante. En revanche, chez les patients atteints de troubles de l'humeur, l'estime de soi déjà très faible (26,14) reste stable (26,42) après trois séances.

Mais le plus curieux dans nos résultats concerne les conclusions contradictoires entre l'analyse quantifiable et l'observation subjective du terrain. De la place des soignants, les patients du groupe de patients souffrants de trouble schizophrénique étaient perçus comme bien engagés dans le soin, positifs avec l'objet de médiation, créatifs avec les contours, utilisant volontiers les couleurs, déformant leurs portraits, jouant avec leurs identités ou leurs appartenances. Or à distance, lorsque que l'on questionne de façon explicite leur vécu, certains expriment clairement la difficulté qu'ils ont eue à accepter leur image. L'on se demande alors si cette découverte de soi n'a pas provoqué un malaise invisible mais bien ressenti. Par opposition, dans le groupe de patients souffrants de trouble bipolaire, l'impression des observateurs était mitigée. Les patients exprimaient clairement pendant les séances leur gêne à voir leur image ternie ou gondolée et avaient refusé de s'éloigner d'un certain académisme, basé sur la norme esthétique. Capables de demander de l'aide, directement ou indirectement ils se sont ensuite montrés sensibles à l'encouragement.

Si l'on prend l'exemple de Claude, atteint d'une schizophrénie paranoïde au stade de rémission partielle, en soins ambulatoires et considéré comme stabilisé depuis plusieurs années, toute la discordance psychotique s'illustre de façon assez spectaculaire. Tout d'abord,

il apparaît un décalage complet entre le discours spontané très positif, voire emphatique et les scores d'estime de soi qui chutent d'un palier (32 à 28) sans aucun signe d'une quelconque déstabilisation. Ensuite, lors du bilan individuel, la volonté affichée de conformisme dans le discours contraste chez ce patient avec les réalisations graphiques : plusieurs personnages burlesques hauts en couleurs avec coiffure baroque. La prise avec la réalité prend alors forme de déni lorsque le patient s'exprime par rationalisme morbide sur un principe convenu de relativisme « *L'important ce n'est pas d'en faire plein, il vaut mieux en faire un bien* ».

Au contraire, pour Gérard atteint de troubles de l'humeur récurrents, on perçoit d'emblée très nettement la pulsion de mort et le sentiment de dévalorisation à l'œuvre avec introjection du mauvais objet. Chaque démarrage de séance nécessite un fort étayage à visée motivationnelle avant une mise en œuvre minutieuse, fine et scrupuleusement fidèle. De même, en fin de processus, la première réaction du sujet a été une dévalorisation massive. Mais en poursuivant, par associations libres et introspection, il livre finalement une analyse convaincante de ce sentiment et l'attribue à une focalisation excessive sur de petits défauts. Il souligne aussi combien le soutien des autres joue le rôle d'un renforcement positif. Et pendant ce temps, son estime de soi, mesurée comme « moyenne », était tout à fait stable.

Cependant, au-delà de ces apparentes contradictions, tout cela concorde bien avec la psychopathologie, car le rapport à soi est plus déstructuré lorsque l'on souffre de psychose schizophrénique que de trouble affectif... D'un côté, nous avons la désorganisation, le clivage, les difficultés d'interaction sociale, et tout cela s'exprime par une discordance complète entre le discours, les attitudes et le ressenti. De l'autre, le noyau mélancolique est en parfaite congruence avec le contenu du discours, le comportement et la subjectivité des auteurs, facilement accessible aux observateurs. Pour toutes ces raisons, nous avons pensé que chez les patients schizophrènes, cette baisse d'estime de soi objectivable pourrait être liée en fait... à une brèche dans les défenses, une mise en perspective de la réalité, bref à une (triste) amélioration de l'insight. En revanche, trois séances peuvent être jugées insuffisantes pour mobiliser les représentations de soi chez des personnes durablement affectées dans leurs assises narcissiques.

Encadré : Citations de patients sur les réalisations d'autoportraits

Un patient atteint de troubles de l'humeur « *Je trouve que je me suis pas trop mal débrouillé pour mes portraits. Bon, ils sont comme ils sont, mais on ne peut pas se comparer aux autres. Chacun montre quelque chose de lui à sa façon...* »

Un patient atteint de schizophrénie : « *C'était intéressant de voir comme je pouvais me représenter moi-même et me voir sous différents aspects. Ça a été une belle expérience, réfléchir sur comment on voit les choses. Je suis satisfait de moi. Même si quelqu'un de l'extérieur venait à me juger, ce qui compte c'est moi : comment je me vois par rapport à moi-même.* »



(3) L'exposition : une voie vers la valorisation sociale ?

L'autoportrait n'est pas simplement activité réflexive mais aussi forme de communication car il révèle quelque chose de soi à un autre afin de lui exprimer un message, afin de proposer une relation. Et ceci n'a pu être possible que grâce à la dimension groupale des séances d'autoportrait. Accepter de lâcher prise, de prendre du recul, de rire, de relativiser, s'apprend ainsi pas à pas sous le regard d'un autre au pluriel. Car chacun de ces autres se montre lui-même indécis et apeuré au départ, puis rassuré et même parfois fier ou encore amusé au final, de ses réalisations et de celles de ses compagnons.

En quelques séances ce groupe, déjà organisée par l'implication en art-thérapie, s'est resserrée vers un peu plus d'intimité, avec encore plus de pudeur, seule garante de l'intégrité de tous.... Un chemin vers une rencontre humaine fondée sur la confiance et le respect.

Dans ce contexte propice à ouverture nous avons couplé à l'exposition des autoportraits celle de masques réalisés dans un autre contexte, avec d'autres patients dans une dimension à la fois opposée et complémentaire.

En effet, le masque fait référence de façon explicite à la dissimulation, à projection d'un soi fantasmatique. L'autoportrait, quant à lui, est une œuvre qui crée un conflit entre ce que la personne voit d'elle-même et ce qu'elle accepte de montrer aux autres. Ces deux types de réalisations (l'autoportrait et le masque) posent la question de **l'identité** entre ce qui est montré et ce qui est caché. Ce « face à face » venait interroger la relation à l'autre dans le risque qu'elle représente en cas de mise en lumière de soi. Se sont déclinés ici aussi bien la peur de la foule, celle d'être reconnu, d'être mal jugé, stigmatisé, peur d'être infantilisé...

Cette exposition était donc **l'aboutissement d'un travail collectif** qui permettrait de faire partager à un public nos réflexions et nos réalisations dans un cadre qui **valorise les œuvres et les participants**. Par l'engagement dans ce projet, chacun se sentira véritablement concerné et impliqué de façon structurante pour lui, permettant de devenir un peu plus sujet de lui-même.

L'une des plus grandes difficultés pour les patients a été de pouvoir imaginer l'autre lieu et ses transformations possibles en vue de valoriser l'exposition. Cette étape a donc nécessité un travail préalable de planification au plan cognitif et imaginaire avant la mobilisation au plan réel pour les trajets, la gestion du matériel et la responsabilité de la permanence.

Le retour d'expérience s'est ainsi révélé très positif avec une fonction de renforcement narcissique pour tous, du fait d'un engagement effectif avec des implications attendues ou

même inattendues. De plus, le fait d'accompagner les patients dans une démarche groupale en lien avec la cité permet une consolidation de la relation thérapeutique.

Encadré : Commentaires de patients sur l'exposition :

Un patient atteint de schizophrénie : *« Je n'ai pas eu de gêne mais cela m'a impressionné d'exposer. J'avais peur qu'il y ait des moqueries sur mon travail. Mais on a eu la chance de choisir les portraits qu'on voulait exposer. Le lieu était sympa et on a pu montrer aux gens le sérieux de notre travail, que ça valait le coup. Un ensemble de personne a exposé et ça donne du courage... »*

Un patient atteint de troubles bipolaires : *« Au départ je ne voulais pas trop venir au vernissage. Je suis venu en avance et j'ai été surpris de voir l'exposition. Je ne regrette pas d'être venu. L'exposition était bien éclairée, vous avez bien joué avec la hauteur....Ça permet de parler aux autres de ce qu'ils font. Ça a même changé à l'intérieur avec les gens du centre : du coup on parle de ce qu'ils font... »*

Conclusion

L'élaboration de séances consacrées à l'autoportrait, dans le cadre de l'art-thérapie, a donc permis aux personnes en soin d'expérimenter son rapport à soi et aux autres, par le biais de techniques diverses et parfois singulières, dans un espace non directif.

Chacun a pu prendre le risque de projeter une part de lui-même, dans un jeu entre le dedans-dehors, le montrer-cacher, pour se découvrir à l'autre.

Or si cette rencontre a pu déstabiliser les plus structurés d'entre eux, dans l'immédiateté des réalisations, cette interrogation n'aura pas été vaine. Au final, l'estime de soi a été renforcée pour tous, tout particulièrement par la reconnaissance d'une existence sociale et relationnelle lors de l'exposition.

Bibliographie

André, C. (2006). *Imparfaits, libres et heureux*. Paris : Odile jacob, 470 p.

- Calabrese, O. (2006). *L'art de l'autoportrait, histoire et théorie d'un genre pictural*. Paris : Citadelles & Mazenod.
- Dolto, F., Nasio, J.-D., (2002). *L'enfant du miroir*. Paris : Payot, 158 p.
- Grunberger, P., Chasseguet-Smirgel, F., (1985). *Le narcissisme l'amour de soi*. Malesherbes : Sand, 318 p.
- Guillerault, G. (2003). *Le miroir et la psyché. Dolto, Lacan et le stade du miroir*. Paris : Gallimard, 280 p.
- Kaufmann, J.-C. (2004). *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Armand Collin, 351 p.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-C. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 520 p.
- Locke J. (1998), *Identité et différence, Essai sur l'entendement humain*, livre II, Paris : Firmin Didot Frères, 674 p.
-