

## Groupe de thérapie par l'art graphique Group therapy through graphic art

Denise Cimon, Monique Frenette et André Henry

Volume 9, numéro 1, juin 1984

Pratique analytique et psychose

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030213ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030213ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

### Résumé de l'article

Dans cet article, nous décrivons et commentons deux groupes de thérapie par l'art graphique. Est-il possible de réaliser un travail d'ordre psychothérapeutique dans de tels groupes? Nous tentons de répondre à cette question à partir d'exemples tirés du vécu de ces groupes différents. Nous expliquons d'abord comment fonctionnent ces derniers, de quelle façon nous y intervenons, l'évolution générale de ceux-ci et pour terminer, nous présentons de façon approfondie l'évolution d'un des participants.

### Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

### ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

### Citer cet article

Cimon, D., Frenette, M. & Henry, A. (1984). Groupe de thérapie par l'art graphique. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 97-110.  
<https://doi.org/10.7202/030213ar>

---

## Groupe de thérapie par l'art graphique

*Denise Cimon\**  
*Monique Frenette\**  
*André Henry\**

---

Dans cet article, nous décrivons et commentons deux groupes de thérapie par l'art graphique. Est-il possible de réaliser un travail d'ordre psychothérapeutique dans de tels groupes? Nous tentons de répondre à cette question à partir d'exemples tirés du vécu de ces groupes différents. Nous expliquons d'abord comment fonctionnent ces derniers, de quelle façon nous y intervenons, l'évolution générale de ceux-ci et pour terminer, nous présentons de façon approfondie l'évolution d'un des participants.

À l'origine de notre démarche, il y a le constat de l'insuffisance et de l'inefficacité de l'approche individuelle dans le traitement d'un certain nombre de patients. En effet, dans une telle situation le thérapeute peut se heurter à des blocages de la pensée fantasmatique : le patient ne fait plus d'association ou s'enferme dans un discours répétitif. Ou encore, le patient peut présenter des résistances si fortes qu'il cesse toute rencontre.

Notre expérience nous a également appris que la situation de groupe permet de diluer la relation transférentielle et de la rendre ainsi moins angoissante pour le patient. C'est ainsi que nous est venue l'idée de mettre sur pied des groupes d'expression graphique. Le principal avantage de ces groupes est de rejoindre plus facilement et plus rapidement l'imaginaire, le dessin venant concrétiser le langage symbolique. De plus, la relation thérapeutique ne présente plus le caractère menaçant de la proximité affective de la relation duelle : le dessin étant investi comme objet premier, le thérapeute n'est plus l'objet unique.

Cette hypothèse s'est avérée juste : ce type d'approche a permis à certains patients d'assouplir leurs défenses et de dépasser leurs résistances sans se morceler, ce qui nous a permis de les accompagner plus loin dans leur cheminement intérieur.

Cette approche n'est pas nouvelle en santé mentale mais elle n'a jamais été très prisée dans le milieu psychiatrique. La rareté des publications sur le sujet en serait-elle la cause? Peut-être. Il nous a donc paru utile de vous communiquer cette expérience-pilote faite avec deux groupes et ayant débuté en 1981 au Centre de Santé Mentale Communautaire de l'hôpital Saint-Luc.

Nous présenterons d'abord les paramètres des groupes, leur mode de sélection, les techniques utilisées et quelques données socio-médicales sur les participants. Nous décrivons ensuite notre méthode d'intervention. Par la suite nous nous attarderons à décrire l'évolution générale des deux groupes en fonction des thèmes graphiques que nous leur avons proposés. Nous terminerons par une description de l'évolution d'un patient. Comme nous avons privilégié l'introspection de chaque participant plutôt que les interactions dans le groupe sans bien sûr négliger ces dernières, nous avons jugé opportun de vous présenter un patient de façon un peu plus approfondie. Il sera ainsi plus facile de comprendre comment une telle approche favorise l'évolution individuelle à l'intérieur d'un groupe.

---

\* Denise Cimon et Monique Frenette, ergothérapeutes et André Henry, moniteur en réadaptation, travaillent au C.S.M.C. de l'Hôpital Saint-Luc.

TABLEAU 1

*Comparaison de certaines données socio-médicales entre les deux groupes*

Paramètres	1 <sup>er</sup> groupe	2 <sup>e</sup> groupe
Sexe	4 femmes 3 hommes	3 femmes 6 hommes
Âge	moyenne : 36 ans	moyenne : 31 ans
Diagnostic	2 psychoses maniaco-dépressive 1 dépression psychotique 1 dépression névrotique 1 schizo-paranoïde 1 épisode psychotique de type paranoïde 1 anorexique	2 schizo-affectifs 2 personnalités immatures 1 personnalité paranoïde 1 personnalité passive- dépendante 1 dépression majeure 1 personnalité schizoïde 1 schizo-paranoïde
Mécanismes de défense* les plus utilisés par les participants	narcissiques : négation immatures : projection névrotiques : intellectualisation, répression	narcissiques : projection, négation immatures : acting-out, projection, fantasies, schizoïdes névrotiques : inhibition, répression, rationalisation
Médication	1 sans 6 avec	4 sans 5 avec
Patients suivis simultanément dans d'autres types d'approche	6 en thérapie individuelle 2 en ergothérapie	6 en thérapie individuelle 3 en ergothérapie 3 dans aucune

\* D'après la définition des mécanismes de défense de Kaplan et Freedman, 1975.

## LES PARAMÈTRES DES GROUPES

Chacun des groupes devait en principe être fermé et compter huit personnes au maximum. Les séances duraient deux heures à chaque semaine et devaient s'étaler sur une année. Elles ont toujours eu lieu dans le même local. Trois thérapeutes étaient présents, l'un animait et les deux autres dessinaient au même titre que les participants, et ce, à tour de rôle.

## LE CHOIX DES PARTICIPANTS

Pour sélectionner les participants, nous nous sommes inspirés d'une évaluation individuelle fournie par le MAP<sup>1</sup> (maison, arbre, personne) qui nous permet de percevoir la capacité de chacun à s'exprimer par le dessin. Nous avons aussi insisté sur

la motivation au changement et sur la nécessité d'une participation soutenue.

Nous avons orienté notre choix vers des candidats ayant des personnalités schizoïdes, peu verbales, inhibées, obsessionnelles, névrotiques ou des mélancoliques présentant un ralentissement psychomoteur.

## LES TECHNIQUES GRAPHIQUES

Nous avons utilisé les techniques graphiques suivantes : la glaise, la peinture digitale, la gouache, la peinture acrylique, l'aquarelle, les crayons feutres, les pastels à l'huile, les pastels secs, le fusain et les crayons à mine. Les participants étaient libres de choisir entre ces techniques, seule une séance de modelage avec la glaise a été imposée.

## **DONNÉES SOCIO-MÉDICALES SUR LES PARTICIPANTS**

Nous présentons au tableau 1 diverses données décrivant les participants aux deux groupes. D'après ces données, les patients du premier groupe bénéficiaient au départ de mécanismes de défense plus évolués que ceux de l'autre groupe, ce qui nous permet de supposer qu'ils avaient plus facilement accès à leurs émotions, étant moins menacés par elles, que ceux du deuxième groupe. En effet, les participants du premier groupe qui utilisaient un mécanisme de défense immature comme la projection exprimaient aussi difficilement leurs fantaisies et leurs émotions que ceux du second groupe. Ils en parlaient en termes concrets au lieu de communiquer les affects vécus dans une situation comme avaient tendance à le faire les participants du premier groupe utilisant des mécanismes de défense plus évolués.

Notons également que les diagnostics n'ont pas été utiles dans la prédiction de la capacité d'une personne à bénéficier du groupe.

Le tableau 1 nous indique également que certains patients suivaient simultanément un autre traitement selon d'autres approches telles que thérapie de support, psychothérapie, ergothérapie, etc. Dans certains cas, le matériel ayant émergé lors de séances du groupe d'expression graphique a été utilisé par les patients dans une autre forme de thérapie. Trois patients seulement n'ont suivi que le groupe d'expression graphique.

## **ÉVOLUTION GÉNÉRALE**

Nous avons pu respecter notre échéance initiale d'une année avec le premier groupe. Le second a duré plus d'un an à cause de sa composition. Il comprenait en effet certains patients présentant des comportements immatures ou des traits caractériels ou encore n'ayant pas une motivation assez soutenue pour assurer leur continuité dans le groupe. Il a donc dû être prolongé suite à plusieurs défections et à l'introduction de nouveaux participants.

Contrairement aux membres du premier groupe qui se sont reliés entre eux dès le début en se soutenant mutuellement, ceux du second n'y sont pas parvenus tout de suite. Comme le montre le tableau 2, les gens du premier groupe ont commencé dès la

sixième séance à interagir de façon plus émotive. C'est également à ce moment que les mécanismes de défense apparaissent dans les dessins. Vers la dixième séance émergent les projections transférentielles, entre autres, l'idéalisation des thérapeutes. À la même période, le second groupe ne présente toujours que des résistances primaires reliés à la participation. Nous avons donc décidé d'y introduire de nouvelles personnes en pensant provoquer une nouvelle dynamique.

À la seizième séance, le deuxième groupe commence à être stable et nous décidons de le fermer. Néanmoins, les gens interagissent peu, ils ont tendance à se parler à eux-mêmes. Au même moment, les participants du premier groupe commencent déjà à exprimer leurs phantasmes et se permettent de projeter sur les dessins des autres; atteignant ainsi notre objectif principal. Le deuxième groupe suivra sensiblement le même cheminement que le premier, mais seulement à partir de la seizième séance jusqu'à la fin.

## **LE MODÈLE D'INTERVENTION**

Pour mener à bien notre travail thérapeutique nous avons utilisé les verbalisations des participants et leurs dessins en faisant ressortir de ces derniers la symbolique sous-jacente aux éléments conscients. Notre modèle d'intervention a été le même dans les deux groupes et s'est réalisé selon trois formes principales. Pour expliquer chacune de ces formes, nous recourons à des exemples de notre travail auprès d'individus de l'un ou l'autre groupe.

Notre premier type d'intervention a consisté à diminuer les mécanismes de défense en les soulignant afin de faciliter l'expression des émotions et des fantaisies.

Au cours d'une séance, une patiente modèle son propre corps en glaise. Elle tente désespérément de le faire tenir debout, mais il se retrouve finalement dans une position de gisant. Elle nous dit alors que ça lui rappelle son état au moment de son hospitalisation. À la séance suivante, le thème porte sur «Comment on se voit à l'intérieur de soi». Elle se dessine alors sur un fond jaune lumineux remplissant presque toute la feuille, les bras levés dans l'attente. Elle dit voir clair dans sa vie, mieux se comprendre, s'apprécier mieux. Elle précise qu'elle s'est représentée les bras tendus parce que c'est du mouvement, de la vie. Avant même qu'elle ne parle,

**TABLEAU 2**  
*Évolution comparée des deux groupes*

<b>Premier groupe (1981-82)</b> 32 séances	<b>Deuxième groupe (1982-83)</b> 47 séances
<p>À la 6<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Début d'interactions.</li> <li>— Apparition des mécanismes de défense.</li> </ul> <p>À la 10<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Projections transférentielles sur nos dessins.</li> <li>— Idéalisation des thérapeutes.</li> </ul> <p>À la 12<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Défection d'un participant.</li> </ul> <p>À la 16<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Début d'expressions fantasmatiques.</li> <li>— Projections sur les dessins des autres.</li> </ul> <p>Aux 28<sup>e</sup>, 29<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup> et 31<sup>e</sup> séances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Thèmes sur la séparation.</li> </ul> <p>À la 32<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Rétrospective.</li> </ul>	<p>De la 1<sup>re</sup> à la 16<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Résistances primaires reliées à la participation même.</li> </ul> <p>À la 5<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Défection d'un participant.</li> </ul> <p>À la 10<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Introduction de nouveaux membres.</li> </ul> <p>À la 11<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Défection d'un participant.</li> </ul> <p>Aux 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> séances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Stabilisation du groupe.</li> <li>— Peu d'interaction.</li> <li>— Expressions de sentiments dépressifs.</li> <li>— Projections transférentielles sur nos dessins.</li> </ul> <p>À la 21<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Défection d'un participant.</li> </ul> <p>À la 22<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Projection sur les dessins des autres.</li> <li>— Beaucoup d'interactions.</li> </ul> <p>À la 30<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Défection d'un participant.</li> </ul> <p>Aux 41<sup>e</sup>, 42<sup>e</sup> et 46<sup>e</sup> séances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Thèmes sur la séparation.</li> </ul> <p>À la 47<sup>e</sup> séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Rétrospective.</li> </ul>



Fig. 1 : "La femme enceinte"

lors de l'exécution de son dessin, un thérapeute lui fait la remarque «si jaune que cela?». Puis, lorsqu'elle dit voir clair dans sa vie, «si clair que cela?». On lui fait le lien entre la figurine de la semaine précédente qui était immobile, rigide et gisante et le fait qu'elle tienne à être en mouvement sur ce dessin-ci. Cela lui permet de dire qu'elle ne voulait surtout pas se représenter comme la figurine de glaise qui lui rappelait sa dépression car elle a peur de se retrouver paralysée comme au moment de son hospitalisation (elle pleure). Finalement, notre intervention lui permet d'exprimer sa peur, en faisant ressortir sa négation.

Notre second type d'intervention concerne la compréhension dynamique dans un processus sem-

blable à celui de la psychothérapie. Cependant nous utilisons directement le matériel projectif, divergeant de la psychothérapie sur ce point.

Arthur<sup>2</sup>, à ses débuts dans le groupe, était très renfermé, difficilement capable d'exprimer ses émotions. Il faisait des dessins plutôt concrets. Au cours de son cheminement, il eut graduellement accès à son vécu intérieur, au symbolisme. Lors d'une des dernières séances dont le thème est «Comment on vit la fin du groupe» (voir dessin 1 : la femme enceinte) il dit : «Le groupe, c'est une expérience, comme une femme enceinte. Lorsqu'on s'en sort c'est pour retrouver le soleil qui est petit mais qui va grossir. Le groupe m'a apporté la lumière. C'était gênant au début parce que je ne connaissais personne,



Fig. 2 : "Le paradis terrestre"

mais j'en ai retiré beaucoup parce que j'ai beaucoup moins de difficulté à m'exprimer». Nous lui faisons remarquer que concrètement le groupe en est à son neuvième mois, qu'il est le personnage de son dessin, portant en lui ce que le groupe lui a apporté : c'est comme une renaissance.

Nous prenons donc les symboles exprimés dans le dessin comme reflétant la réalité du patient et nous intervenons directement en les utilisant.

Notre troisième type d'intervention a porté sur le matériel transférentiel. Ce matériel a pu être principalement travaillé par l'intermédiaire de nos pro-

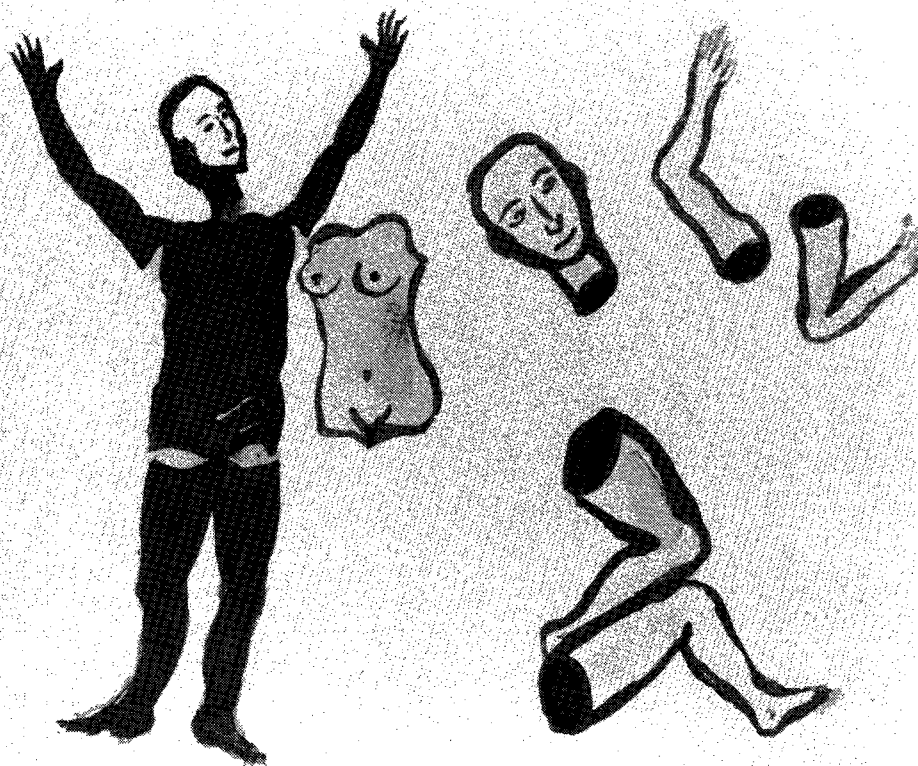


Fig. 3 : "Projection morcelée des autres"

pres dessins et des fantaisies exprimées à leur sujet par les participants. Ce phénomène transférentiel s'est répété de façon semblable dans les deux groupes et comporte trois phases. Dans un premier temps, on retrouve une image idéalisée des thérapeutes. Les patients s'amoindrissent en percevant un meilleur esthétisme et surtout un plus grand équilibre dans nos dessins que dans les leurs.

Une patiente est tellement impressionnée par les explications d'un thérapeute sur son propre dessin qu'elle voudrait les enregistrer, elle dit : «C'est comme cela qu'il faudrait être mais j'en suis incapable».

Devant le dessin d'un thérapeute représentant une situation de deuil, un autre patient dit que le thérapeute a bien vécu la séparation alors que lui-même a l'impression qu'il en serait mort. Nous saisissons l'occasion pour faire voir aux participants qu'ils nous idéalisent.

Lors de la deuxième phase, l'idéalisation s'ameuise, les gens perçoivent dans nos dessins des émotions difficiles, voire de la souffrance et cela les étonne.

Un patient suggère à deux thérapeutes, lors de séances différentes, qu'ils devraient peut-être consulter un psychiatre. Nous lui soulignons notre impression qu'il nous croit incapables de ressentir des émotions parce que nous sommes thérapeutes. Il acquiesce.

Dans un dernier temps, ils expriment plus facilement leurs fantaisies à travers nos dessins, surtout leurs phantasmes sexuels ainsi que leur hostilité.

Aline<sup>2</sup> apostrophe un thérapeute lors de la séance portant sur le thème «Fantaisies sur son propre corps». Celui-ci a dessiné une échelle dans son corps, elle lui dit qu'elle est là pour que les femmes montent dedans et qu'il ne peut rien



y faire parce que c'est lui qui a provoqué cela. Réjean<sup>2</sup>, lui, réagit à plusieurs reprises aux des-sins d'un thérapeute en disant qu'ils ne disent rien, qu'ils sont généraux et trop structurés.

Dans cette dernière étape, il n'a pas été nécessaire d'intervenir, sauf à propos des mécanismes de défense, notre objectif étant de rejoindre le matériel inconscient. Précisons que nous avons pu être plus incisifs la première année parce que les participants du premier groupe semblaient posséder un Moi suffisamment fort et présentaient des mécanismes de défense moins primaires, comme nous l'avons déjà vu au tableau 1.

## ÉVOLUTION DES THÈMES

Étant donné la courte limite de temps imposée au départ au groupe, nous avons choisi de proposer des thèmes à chaque séance afin de faire surgir plus rapidement le matériel nécessaire à notre travail.

Nous partons du matériel fourni par les séances précédentes pour proposer les thèmes. Par exemple, à un moment donné les patients contestaient beaucoup, semblaient insatisfaits et avaient de la difficulté à respecter les horaires. Afin de travailler ce qui nous apparaissait comme une résistance nous avons suggéré le thème «Qu'est-ce qu'on attend des autres?».

TABLEAU 3

*Thèmes couverts par les deux groupes*

	1 <sup>er</sup> groupe	2 <sup>e</sup> groupe
1 <sup>re</sup> séance	Essai de différentes techniques	Essai des différentes techniques
2 <sup>e</sup> séance	Le jour et la nuit	Situation réelle ou imaginaire dans laquelle on aimerait être
3 <sup>e</sup> séance	Une situation dans laquelle on aimerait être présentement	Comment on se sent présentement
4 <sup>e</sup> séance	Une ou des personnes que l'on n'aime pas dans la situation de notre choix	La solitude
5 <sup>e</sup> séance	L'espoir	La colère
6 <sup>e</sup> séance	La solitude	Comment on se sent face à quelqu'un qui nous dirige
7 <sup>e</sup> séance	Comment on se sent présentement	Le désir; ce que l'on aimerait être
8 <sup>e</sup> séance	La colère	Comment on se sent ou réagit quand une personne nous approche; entre en contact avec nous
9 <sup>e</sup> séance	L'autorité	L'évasion
10 <sup>e</sup> séance	Le désir	«Qu'est-ce qu'on attend des autres?»
11 <sup>e</sup> séance	La violence	Le bon et le mauvais à l'intérieur de soi
12 <sup>e</sup> séance	Votre plus vieux souvenir	La peur
13 <sup>e</sup> séance	L'absence d'une personne significative	Comment on se perçoit à l'intérieur de la famille
14 <sup>e</sup> séance	La glaise : modelage de son propre corps	Le sexe
15 <sup>e</sup> séance	Comment on se voit à l'intérieur de soi	Modelage de son propre corps (en glaise)
16 <sup>e</sup> séance	Dans la forme de son corps (grandeur nature); laisser aller ses fantaisies	Le besoin

17 <sup>e</sup> séance	La peur	L'effort
18 <sup>e</sup> séance	La mère	La déception
19 <sup>e</sup> séance	Le père	Dessiner une émotion qui nous touche personnellement
20 <sup>e</sup> séance	La sexualité	Dessiner un rêve (sommeil)
21 <sup>e</sup> séance	La colère	L'interdit
22 <sup>e</sup> séance	Sans thème : dessiner une émotion, une idée qui nous touche personnellement	Dessiner une émotion qui nous touche
23 <sup>e</sup> séance	Le besoin	La mère
24 <sup>e</sup> séance	La souffrance	Le père
25 <sup>e</sup> séance	Le bon et le mauvais à l'intérieur de soi	L'abandon
26 <sup>e</sup> séance	L'effort et le temps que ça prend pour parvenir à son but	Libre (dessiner une émotion)
27 <sup>e</sup> séance	L'ambivalence	Le plaisir
28 <sup>e</sup> séance	Le plus vieux souvenir de séparation pénible	L'absence d'une personne significative
29 <sup>e</sup> séance	Comment on vit les séparations maintenant	Libre. Dessiner une émotion que l'on ressent présentement
30 <sup>e</sup> séance	Comment on vit la fin du groupe	Dessiner une émotion que l'on ressent présentement
31 <sup>e</sup> séance	«Qu'est-ce qui vient après la fin du groupe? Comment on s'en sort après une séparation.»	Ce qui vous rend enthousiaste.
32 <sup>e</sup> séance	Rétrospective de l'année	La confiance
33 <sup>e</sup> séance		La perfection
34 <sup>e</sup> séance		La honte
35 <sup>e</sup> séance		Thème libre, dessiner une émotion
36 <sup>e</sup> séance		Fantaisies sur la forme de son corps, grandeur nature
37 <sup>e</sup> séance		Comment on a l'impression que les autres nous voient
38 <sup>e</sup> séance		Thème libre, dessiner une émotion
39 <sup>e</sup> séance		Thème libre, dessiner une émotion
40 <sup>e</sup> séance		L'avenir
41 <sup>e</sup> séance		Un ancien souvenir de séparation pénible
42 <sup>e</sup> séance		Et si le groupe continuait... (fantaisies)
43 <sup>e</sup> séance		Thème libre (dessin collectif)
44 <sup>e</sup> séance		La colère (dessin collectif)
45 <sup>e</sup> séance		L'amour (dessin collectif)
46 <sup>e</sup> séance		La perte
47 <sup>e</sup> séance		Rétrospective de l'année

---

Leurs suggestions peuvent également être à l'origine du choix d'un thème. Ainsi, lors d'une séance ayant pour thème «le besoin» une patiente nous a déclaré avoir résolu tous ses problèmes depuis qu'elle a un nouvel amoureux. Il nous a semblé que c'était là une tentative de nier ses problèmes d'autant plus qu'elle suggérait «la souffrance» comme thème. Nous avons choisi ce thème la semaine suivante et lui avons ainsi permis d'être plus près de sa dépression.

L'évolution du choix des thèmes comporte trois phases. La première est une période d'approvisionnement à la technique et au groupe, avec des thèmes larges et non menaçants, pouvant laisser libre cours à leurs fantaisies comme «le jour et la nuit», «une situation réelle ou imaginaire dans laquelle on aimerait être, etc.».

Lorsque le groupe atteint une certaine cohérence, nous entrons dans une seconde phase où nous pouvons aborder des thèmes rejoignant plus directement les difficultés émotionnelles des patients comme «la violence», «le désir», «la peur», «la famille», «le sexe», etc. Nous sommes alors au cœur même de cette démarche thérapeutique.

Ayant senti une colère sous-jacente chez la plupart, nous avons choisi de proposer «la colère» comme thème. En effet, un patient utilisait souvent le noir et le rouge dans des scènes de violence; d'autres exprimaient peu d'émotion dans leurs productions, une autre dessinait des éclairs en parlant d'énergie stérile et disait ne ressentir qu'une seule émotion, la dépression.

La troisième phase sert à préparer la fin des séances de groupe. Elle porte donc sur des thèmes reliés à l'abandon ou la séparation. Cette succession des thèmes a été la même dans les deux groupes, même si elle ne s'est pas faite au même rythme et si les thèmes n'y ont pas été amenés aux mêmes moments.

## ÉVOLUTION D'UN PATIENT-TYPE

Au risque de vous paraître trop «concrets» en nous servant une fois de plus d'un exemple pour illustrer notre propos, nous avons pensé étayer notre article par l'étude longitudinale d'un patient. Réjean<sup>2</sup>, le patient dont nous parlerons, a pu progresser à travers un des groupes lui permettant d'affaiblir ses mécanismes de défenses et d'avoir ainsi accès à sa dépression.

Réjean est référé par un C.L.S.C. Il consulte parce qu'il se sent perdre de plus en plus contact avec la réalité. Il dit vivre dans un monde abstrait, se sentir ailleurs. Il s'isole de plus en plus et perd intérêt à tout. Il présente des difficultés d'attention et de concentration. Il perçoit les autres comme menaçants. Il fait de la peinture mais selon lui, il ne réussit jamais à s'y exprimer comme il le voudrait, dévalorisant ainsi ses productions. Il dit en plus avoir de la difficulté à verbaliser ses émotions. Après l'évaluation, Réjean n'a été vu qu'à l'intérieur du groupe d'expression et n'a reçu aucune médication.

Nous ne décrivons pas en détail tous les dessins et les verbalisations de Réjean. Nous nous contenterons de faire ressortir les étapes importantes de son cheminement avec leurs principales caractéristiques.

Au début, Réjean arrive à n'importe quelle heure, comme s'il avait une notion du temps précaire. «Il est fripé comme un coquelicot». Il nous tient des propos confus et contradictoires lorsqu'il nous parle de ses dessins qui représentent souvent des personnages dédoublés, déchirés, morcelés. Ses productions sont aussi floues que ses propos (voir dessin 2 : le paradis terrestre). Nous y voyons le désir de communier avec la nature, d'être protégé et nourri par elle. Il perçoit la colère comme destructrice et la projette à l'extérieur de lui, et se prétend indifférent. Il se sent sans défense et parle «d'agression défensive». À ce stade, il lui semble impossible de faire des compromis entre son désir de perfection et celui de vivre ses émotions. Il est paralysé, au point d'en arriver à se représenter comme une statue dans un dessin.

À partir du thème «comment on se perçoit à l'intérieur de la famille» suit une courte étape au cours de laquelle il tente désespérément de se réparer concrètement. Plusieurs de ses dessins, dont le dessin 3 représentent alors des projections morcelées des autres. Comme il essaie de relier ces morceaux entre eux, nous lui reflétons que ce sont ses propres morceaux qu'il tente de recoller. Il nous parle de sa difficulté à se rapprocher des autres parce qu'il est flou, il voulait d'ailleurs se dessiner à l'état liquide et il pense qu'il lui faudrait se condenser. Il voit le groupe comme un repère qui l'empêche de se dissoudre.

Ensuite, à partir du thème «l'effort», émerge un idéal du moi inatteignable au point où tout effort pour y accéder paraît vain. Il éprouve alors un sentiment d'impuissance et pense qu'il faut souffrir afin d'arriver à la perfection. Il ne sait

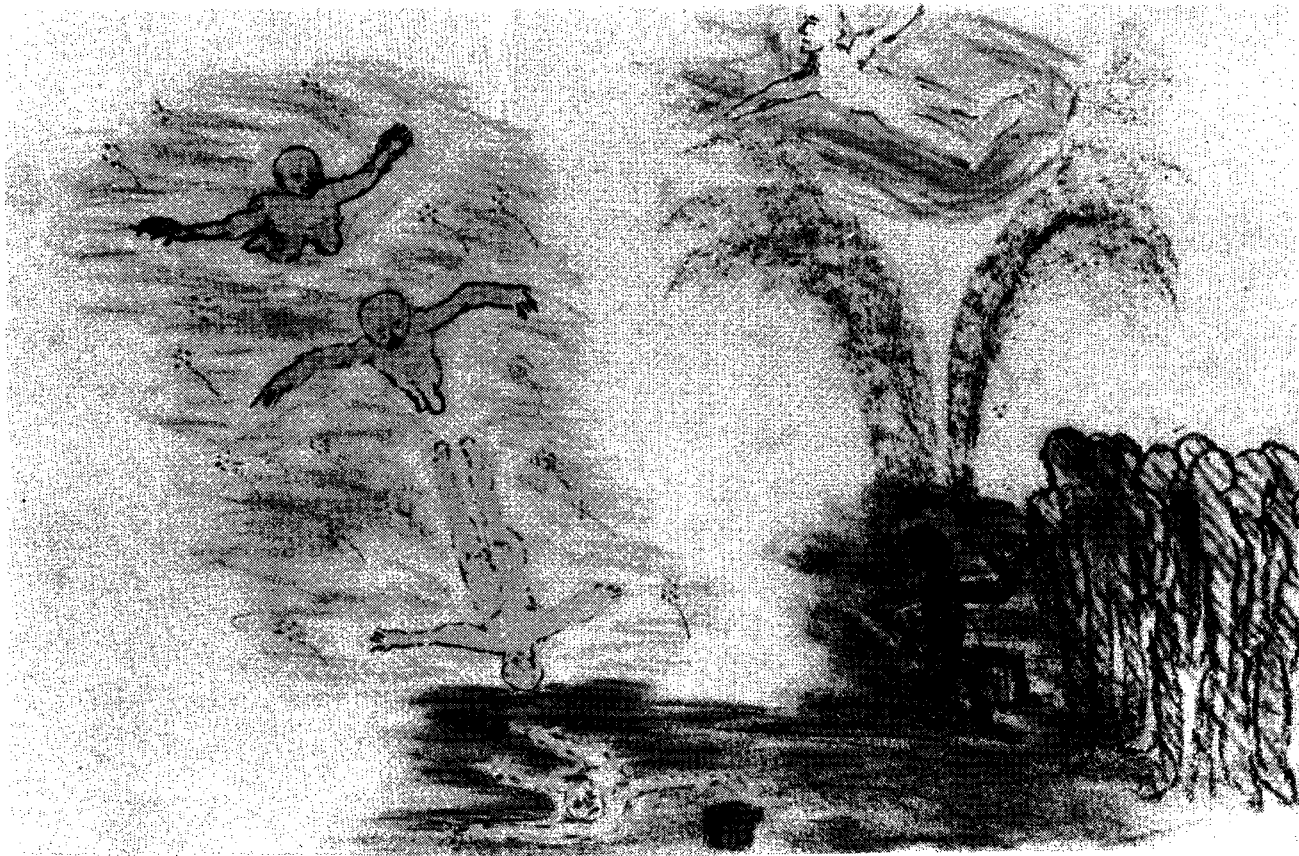


Fig. 4 : La chute

pas comment passer à l'action et ne trouve pas d'issu à son problème. Nous intervenons à quelques reprises de façon à lui souligner que sa volonté d'atteindre un idéal inaccessible est à l'origine de sa crainte d'être déçu par ses efforts. Il réagit en devenant hostile envers nous parce que nous ne sommes plus de bons parents. Nous percevons même de la colère contre nous lorsque nous amenons le thème de «la honte» à une séance. Comme la honte lui semble un sentiment insupportable il évite de l'aborder et revient au thème de la semaine précédente, la perfection.

À partir du moment où l'idéal du moi devient moins omniprésent, apparaissent des propos plus dépressifs. Ce mode dépressif est occasionné par la prise de conscience de l'impossibilité de se conformer à un modèle trop élevé. Lorsqu'il aborde le thème de l'abandon, il l'associe avec un souvenir où il est seul. Il lui semble que le plaisir lui est devenu inaccessible, il se sent inerte à côté des autres qui lui paraissent s'amuser beaucoup. Il lui devient difficile d'accomplir les gestes du quotidien et commence à remarquer le désordre dans sa chambre qui correspond à celui qu'il ressent à l'intérieur de lui. Comme le montre le dessin 4 «la chute», il a subi une cruelle déception. Avant, il se voyait comme quelqu'un d'important. Mais il est tombé de haut lorsqu'il s'est aperçu que c'était une illusion. Il a réagi en se refermant, en se retirant; il s'est senti ridicule de s'être trompé. En conséquence, il se voit tout petit devant les autres tous plus grands que lui. Ce dessin montre à la fois l'importance de l'idéal du moi et la honte ressentie de ne pas y correspondre. Par la suite (voir dessin 5 : la partie de hockey), il devient capable de nous parler du souvenir d'une perte subie dans son enfance et d'exprimer pour la première fois sa colère contre ses parents. Selon ses dires, ces derniers, sous prétexte de s'occuper du bien-être de leurs enfants, n'agissaient que selon leur bon vouloir sans tenir compte de ces derniers. C'est la première fois que son dessin est bien structuré, bien vivant, c'est un des rares dessins concrets qu'il ait fait. Réjean est entré en contact avec ses sentiments dépressifs. Comme le groupe prenait fin à ce moment, son cheminement s'est arrêté là. Comme nous pensions qu'il pourrait continuer à évoluer avec ce type de thérapie, nous lui avons proposé de poursuivre avec un nouveau groupe.

Le parcours décrit plus haut ne s'est pas fait de façon continue. En effet, nous avons remarqué qu'après chacun des arrêts pour les vacances, le contenu des dessins de Réjean redevenait morcelé, flou. Il a établi peu de relations significatives avec les autres participants, ses interactions étant surtout

transférentielles. Ses verbalisations nous donnaient l'impression qu'il reproduisait avec nous le modèle familial : un des thérapeutes représentait l'autorité, un autre était identifié comme la bonne mère et le troisième était associé à la partie souffrante de lui-même.

## CONCLUSION

Il est certain que cette approche ne s'adapte pas à tous les types de patients, entre autres aux patients à la personnalité immature, aux mécanismes de défenses cristallisés ou incapables d'accéder à la pensée métaphorique.

En dehors de l'utilisation d'un médium, le dessin, le travail dynamique à l'intérieur d'un groupe d'expression graphique chemine de façon assez similaire à celui qui se fait dans une psychothérapie classique. Comme dans cette dernière, l'intervention porte sur les résistances, le transfert, tente de rejoindre l'inconscient et d'avoir accès aux éléments dépressifs.

Selon nous, cette forme de thérapie peut être une alternative à la relation dyadique parce qu'elle rejoint un matériel qui, dans certains cas, n'apparaît pas spontanément en thérapie verbale. C'est ce que nous avons voulu démontrer en vous présentant Réjean. Cependant, le matériel émergé dans ce cadre peut également être utilisé de façon parallèle et stimuler une thérapie individuelle stagnante.

Un tel groupe favorise le travail des éléments émotifs chez des patients peu verbaux. En effet, l'abstraction du langage ne permet pas à certains d'exprimer ces émotions de façon satisfaisante alors que chez d'autres, l'utilisation de mécanismes de défenses tels que la négation ou la projection les empêchent d'y accéder. Nous trouvons essentiel de sélectionner, au moyen de l'évaluation avec le MAP, les patients qui manifestent une certaine capacité d'expression graphique de leurs phantasmes. En effet, nos deux années d'expérience ont démontré que les candidats dont le MAP permettait de douter de leur capacité à accéder à leurs phantasmes, ont peu profité de cette approche. Ils n'ont réalisé que des dessins de situations concrètes, n'exprimant que peu ou pas d'émotions ou de fantaisies.

Nous ne sommes pas en mesure à l'heure actuelle de tirer des conclusions plus larges de notre expérience. Nous continuons à accumuler des données



Fig. 5 : La partie de hockey

avec d'autres groupes. Peut-être serons-nous en mesure, dans l'avenir, d'élaborer plus en profondeur cette approche thérapeutique.

#### NOTES

1. Traduction libre et adaptée du H.T.P. Test, N. Buck, 1948, *Journal of Clinical Psychology*, vol. IV, n° 4, octobre, 319-396.
2. Nom fictif.

#### RÉFÉRENCES

- EDGINGTON, L., 1980, Perspective from Tomorrow's Therapists. Literature Review on Use of Art as a Projective Technique, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 47, n° 3, 117-118.
- KAPLAN, H., FREEDMAN, A., SADOCK, B., 1975, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. 1, Second Edition, Williams et Wilkins Cie, Baltimore, 535-536.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., 1968, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Seconde Édition, PUF, 184-186.
- MONROE, C.J., HERRON, S., 1980, Projective Art Used as an Integral Part of an Intensive Group Therapy Experience, *British Journal of Occupational Therapy*, 43, n° 1, 21-24.
- SEARLES, H., 1965, The Differentiation between Concrete and Metaphorical Thinking in the Recovering Schizophrenic Patient, in *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, International Universities Press.
- WACHTEL-OSBORNE, H., 1974, Interactions of Non Verbal Patients, *American Journal of Occupational Therapy*, 28, n° 10, 606-608.

#### SUMMARY

In this article we describe and comment upon two graphic art therapy groups. Is it possible to accomplish work of a psychotherapeutic nature in such groups? We attempt to respond to this question using examples taken from the experience of these different groups. First, we explain how the groups operate, our method of intervention, the general evolution, and finally, we present, in an in-depth fashion, the progress of one of the participants.