



HAL
open science

Dispositif de médiation thérapeutique par le son, la musique et la vibration : sentir, ressentir, entendre l'in audible du corps dans les anorexies mentales

Gabriela Patino-Lakatos, Cristina Lindenmeyer, Irema Barbosa Magalhaes, Maurice Corcos, Aurélie Letranchant, Hugues Genevois, Benoît Navarret

► To cite this version:

Gabriela Patino-Lakatos, Cristina Lindenmeyer, Irema Barbosa Magalhaes, Maurice Corcos, Aurélie Letranchant, et al.. Dispositif de médiation thérapeutique par le son, la musique et la vibration : sentir, ressentir, entendre l'in audible du corps dans les anorexies mentales. *L'Évolution Psychiatrique*, 2020. hal-02934888

HAL Id: hal-02934888

<https://hal.science/hal-02934888>

Submitted on 24 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Dispositif de médiation thérapeutique par le son, la musique et la vibration :
sentir, ressentir, entendre l'in audible du corps dans les anorexies mentales**

**Therapeutic mediation through sound, music, and vibration:
sensing, feeling, hearing the inaudible of the body in anorexia nervosa**

Gabriela Patiño-Lakatos 1*, Cristina Lindenmeyer 2, Irema Barbosa Magalhaes 3, Maurice Corcos 4, Aurélie Letranchant 5, Hugues Genevois 6, Benoît Navarret 7

1 post-doctorante, équipe LAM, Lutheries-Acoustique-Musique, l'Institut Jean Le Rond d'Alembert, UMR 7190, Sorbonne Université-CNRS, 4, Place Jussieu, 75005 Paris ; membre associé CRPMS, Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société, EA 3522, UFR Institut Humanités, Sciences et Sociétés (IHSS) de l'Université de Paris, 5, Avenue Thomas Mann 75013 Paris.

2 psychanalyste, Maître de conférences HDR, CRPMS, Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société, EA 3522, UFR Institut Humanités, Sciences et Sociétés (IHSS) de l'Université de Paris, 5, Avenue Thomas Mann 75013 Paris.

3 post-doctorante, CRPMS, Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société, EA 3522, UFR Institut Humanités, Sciences et Sociétés (IHSS) de l'Université de Paris, 5, Avenue Thomas Mann 75013 Paris.

4 professeur. Université de Paris, Chef de service, Unité de recherche du Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris, INSERM U669, 42 Boulevard Jourdan, 75014 Paris.

5 pédopsychiatre, unité d'hospitalisation temps plein, Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris, Paris, 42 Boulevard Jourdan, 75014 Paris.

6 chercheur équipe LAM, Lutheries-Acoustique-Musique, l'Institut Jean Le Rond d'Alembert, UMR 7190, Sorbonne Université-CNRS, 4, Place Jussieu, 75005 Paris.

7 Maître de conférences, IReMus, Institut de Recherche en Musicologie, UMR 8223, UFR Musique et musicologie de la faculté des Lettres de Sorbonne Université-CNRS, 2 Rue de Louvois, 75002 Paris.

*Auteur correspondant : Mme Gabriela Patiño-Lakatos

Adresse e-mail : lakatosgabriela@orange.fr

Toute référence à cet article doit porter mention : Patiño-Lakatos G, Lindenmeyer C, Barbosa Magalhaes I, Corcos M, Letranchant A, Genevois H, Navarret B. Dispositif de médiation thérapeutique par le son, la musique et la vibration : sentir, ressentir, entendre l'in audible du

corps dans les anorexies mentales. *Evol psychiatr* 2020 ; 85 (4) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

1 Introduction

Le problème des défenses tenaces rencontrées dans la clinique avec des adolescents souffrant d'anorexie mentale nous a conduits à concevoir et à mettre en place un dispositif de médiation thérapeutique nouveau : l'exploration des sensations corporelles et des représentations suscitées par le jeu avec des séquences sonores et musicales perçues à travers le contact avec différents objets médiateurs sonovibrotactiles, en présence de deux psychologues cliniciennes. Dans cet article, nous formulons la problématique clinique des anorexies mentales à l'origine de ce dispositif. Nous présentons ensuite ce dispositif à la lumière des fondements psychanalytiques qui ont étayé sa conception et sa mise en œuvre. Enfin, nous présentons les résultats d'une *expérience pilote* réalisée avec huit adolescents hospitalisés dans le département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris.

2 Désaffectation du corps pulsionnel et refus dans le rapport à l'objet

La période de la puberté, par les transformations corporelles qu'elle induit, met le sujet à l'épreuve de motions pulsionnelles intenses qui imposent une exigence de travail psychique et confrontent à l'engagement dans de profonds remaniements. Il doit ainsi composer avec ses états internes dans sa relation à l'autre. Cette massivité pulsionnelle, par l'état de tension qu'elle induit, introduit dans l'expérience du sujet pubère le risque du débordement et, avec celui-ci, l'angoisse de désorganisation. Chez les personnes ayant des assises narcissiques fragiles, le risque fantasmatique du débordement devient une menace pour l'existence même du sujet. En fonction de sa situation, d'anciennes angoisses et fantasmes de dévoration, de meurtre et d'inceste présents dans ses rapports avec ses premiers objets d'investissements (père et mère) peuvent se ranimer [1]. Les expériences archaïques et les conflits issus des premières relations objectales nouées depuis l'enfance au travers

des relations avec les figures parentales sont ainsi réactivés et acquièrent une nouvelle valeur au regard des remaniements de l'économie libidinale [2,3].

En ce sens, l'adolescent qui s'organise à travers le symptôme anorexique connaît, de façon largement inconsciente, une difficulté à se séparer de l'objet maternel primaire et, de ce fait, à remanier son rapport psychique à l'objet interne [4]. Cette difficulté de la séparation s'actualisant avec de nouveaux enjeux à la puberté, remonte généralement à des problèmes survenus pendant la période préoedipienne et prégénitale de l'enfance : une absence trop importante de l'autre, son indisponibilité affective, sa difficulté à remplir la fonction de pare-excitation vis-à-vis de l'enfant [5].

L'identification et la culpabilité inconscientes face à l'objet maternel conduisent à un désinvestissement libidinal de l'objet au profit d'un surinvestissement narcissique du moi [6,7]. Le sujet trouve ainsi une solution couteuse dans la mise en place d'un *autoérotisme* par lequel, ce qui de son excitation pulsionnelle ne peut pas être adressé à l'objet pour y trouver des moyens de satisfaction tolérables, est reporté sur son propre corps sous une forme sadomasochiste. Autrement dit, il engage alors une lutte active et sans relâche contre le risque de débordement pulsionnel à travers la mise en place du contrôle implacable des échanges entre l'intérieur et l'extérieur exercé par un *surmoi féroce* [1]. Ce contrôle s'exerce surtout sur le territoire du corps propre, lequel, accaparant toute l'attention, devient le théâtre agi des attaques inconscientes visant l'objet interne [8].

La fixation sur l'organe de la bouche comme lieu de commerce libidinal avec le monde externe implique une érotisation de la sensation de la faim tout en séparant radicalement cette dernière de la fonction nutritive et de la sexualité [9]. De fait, l'adolescent anorexique s'évertue à essayer d'habiter un corps qui serait tolérable face à la violence du pulsionnel - un corps d'enfant revenu à l'état prépubère d'avant la confrontation à la sexualité génitale [10]. Le contrôle alimentaire excessif s'accompagne d'une *désaffectation* du corps, toujours dans le but d'imposer le silence aux remous pulsionnels potentiellement destructurants. Cette désaffectation du corps propre

peut prendre tantôt la forme d'une mise à l'épreuve par la recherche de sensations fortes où le refoulé pulsionnel trouve un exutoire, tantôt sous la forme d'une négligence apparente d'un corps inhabité, laissé pour compte et anesthésié [11].

Le refus profond dans lequel se drapait le sujet anorexique constitue une armure défensive qui le rend impénétrable par l'autre à ses propres dépens. Le refus de nourriture en est la forme la plus manifeste ; le sujet exerce aussi une emprise sur les contenus de sa vie psychique, en évitant tout mouvement associatif qui pourrait faire émerger des représentations et des affects insoutenables. Se laisser aller à une parole impliquant des liens de pensée et permettant la mise en lumière des conflits profonds en vue de leur possible élaboration risquerait aux yeux du sujet de l'amener vers des zones psychiques menaçantes pour son intégrité. Le cadre de la thérapie fondée sur la parole et l'associativité, étayée sur la relation transférentielle, ravive généralement ces angoisses et, par conséquent, renforce les défenses installées. L'attaque du cadre et des liens de pensée, parfois de la figure du thérapeute, sont des formes que prend le refus dans l'adresse ambivalente à l'autre ([1], p. 103, 136). Comment proposer alors des conditions pour un réinvestissement libidinal des zones corporelles désaffectées sous la houlette du contrôle oral, afin de rendre possible un désamorçage progressif des défenses et la mise en marche des mouvements psychiques dans une associativité ? Dans le travail avec des patients adolescents et non psychotiques, le clinicien peut, à travers sa présence, poser les coordonnées symboliques soutenues par le cadre contenant pour favoriser ce désamorçage. Le clinicien est dans la position non pas de renforcer mais d'inviter, à travers le dispositif, à une reconnaissance progressive des défenses trop coûteuses pour le patient. L'invitation à ce processus de désamorçage des défenses est étayée sur la relation de transfert permettant de mettre en lumière des conflits psychiques qui sous-tendent une organisation libidinale s'exprimant dans le symptôme anorexique ; leur possible élaboration particulièrement par la parole, en lien avec des formes primaires de l'expérience corporelle.

3 Un dispositif de médiation sonovibrotactile

Essayant de répondre à cette problématique, nous avons conçu un dispositif clinique de médiation thérapeutique par le contact corporel avec les vibrations induites par le son et la musique. Dans le champ clinique des thérapies psychanalytiques avec des patients chez qui, pour diverses raisons, les mouvements associatifs exprimés par la parole et l'engagement dans le lien transférentiel sont difficiles, divers types de médiation ont été explorés particulièrement depuis les années 1950. Les médiations corporelles et artistiques constituent le prototype des médiations thérapeutiques actuelles [10,12]. Dans le but de mettre en lumière les conflits inconscients par le désamorçage progressif des défenses qui sont à l'origine des symptômes corporels dans les anorexies, pour l'élaboration du présent dispositif, nous nous sommes appuyés sur des médiations pratiquées et conceptualisées par deux psychanalystes : la méthode de structuration dynamique de l'image du corps à travers les modelages inventée par Gisela Pankow [13,14] et l'observation par Donald Winnicott de la fonction psychique de l'objet transitionnel [15,16] ainsi que son utilisation de la technique du jeu du *squiggle* dans sa pratique thérapeutique [17]. Médiations pratiquées par ces deux analystes et étayées sur la mise en place de la relation de transfert.

Pankow a utilisé la technique du modelage comme voie d'accès aux structures inconscientes fragmentaires et non représentées du corps vécu de patients psychotiques et de certains patients psychosomatiques. L'analyste s'appuyait sur la technique des modelages pour créer des « greffes de désir », selon sa terminologie, dans l'engagement du transfert ([14], p. 41). Les modelages du patient présentaient des symbolisations premières, plus proches des structures sensorielles du corps, selon la dynamique de l'espace vécu dans la relation du sujet à l'autre ([14], p. 82-83). Ces symbolisations premières pouvaient être reprises dans la relation de transfert afin de rendre représentables les liens entre les structures du corps vécu et leur sens, par la relance de la fonction symbolisante du langage ([14], p. 27-28, 119). Travaillant sur le processus de symbolisation nécessaire à la structuration de l'image du corps corrélative à la constitution du moi, Pankow s'est intéressée aux théorisations de Winnicott sur le processus de symbolisation amorcé par l'apparition

des phénomènes transitionnels. Ce processus implique à la fois la constitution du moi et de l'objet comme deux entités différenciées mais reliées par l'alternance présence/absence de la figure maternelle et la confrontation de l'enfant à l'épreuve de réalité de la séparation.

Dans l'ensemble des phénomènes transitionnels, en plus de l'investissement des parties et des mouvements autoérotiques du corps propre, l'enfant commence à utiliser des objets qui ne font pas partie de son corps pour créer une aire intermédiaire lui permettant de supporter, par la manipulation, la tension suscitée par la mise en relation de la réalité interne, relative aux motions pulsionnelles, et la réalité externe, relative à l'alternance présence/absence de l'objet maternel ([16], p. 24). L'objet transitionnel se situe ainsi dans un entre-deux pour le sujet : il n'est tout à fait ni un objet interne, ni un objet externe ; il revêt des qualités sensorielles, dans la mesure où les qualités de l'objet interne dépendent de l'existence et du comportement de l'objet externe ([16], p. 19). L'objet transitionnel est trouvé/créé, en ce sens que l'enfant le crée et le trouve dans son environnement ; il était déjà là, disponible pour être investi et créé psychiquement par l'enfant ([16], p. 124). C'est au travers de la relation avec la présence incarnée de l'autre que l'enfant peut investir d'autres objets extérieurs pour palier son absence. L'aire intermédiaire constitue un espace potentiel qui, inauguré par les phénomènes transitionnels, continue de se construire dans le jeu et, ultérieurement, dans l'expérience culturelle ([16], p. 139). Winnicott a développé, en ce sens, le jeu comme une technique analytique de travail clinique avec des enfants, des adolescents et des adultes. Il considérait que la capacité de jouer était la condition même du travail thérapeutique, dans lequel deux aires de jeu – celle du patient et celle du thérapeute – se chevauchent ([16], p. 76).

Pankow a situé le processus de modelage dans l'espace potentiel circonscrit par Winnicott : l'objet transitionnel et l'objet modelé, ouvrant potentiellement l'espace du jeu, ont la fonction d'aider le sujet à symboliser. Selon Pankow, l'objet modelé se distingue cependant de l'objet transitionnel en ce que le patient « ne le découvre pas comme une donnée ; il le crée » ([14], p. 45). Nous pouvons comprendre que l'objet modelé se distingue de l'objet transitionnel sans s'y opposer, non seulement parce que le sujet fabrique lui-même de toutes pièces l'objet, mais plus

profondément parce que le patient auquel se réfère Pankow n'a pas pu trouver ni investir psychiquement l'objet comme donné par son environnement, dans la mesure où l'objet en tant que séparé du moi n'a pas pu se mettre en place.

Les démarches cliniques de Pankow et de Winnicott nous ont permis de reconsidérer les fonctions de l'objet malléable, du clinicien et du transfert dans le travail clinique avec des jeunes patients anorexiques qui, dans leur fonctionnement défensif, s'appuient sur la dimension destructive du rapport à l'objet. Cette fixation défensive fait obstacle à l'utilisation des liens associatifs. Nous avons proposé à ces patients un dispositif clinique qui prend en compte la dimension corporelle de l'organisation psychique précoce dans ses rapports à l'objet de la pulsion, en s'étayant sur l'utilisation d'objets malléables à potentiel transitionnel dans la relation de transfert. Les différentes catégories d'objets médiateurs de notre dispositif présentent plusieurs dimensions sensorielles où l'ouïe et le toucher comportent une charge éminemment libidinale. Ces objets se situent dans l'espace potentiel de l'objet trouvé-créé de Winnicott et de l'objet créé de Pankow, avec pour but de remettre littéralement « sur le tapis » de l'atelier, mais de manière figurée, des scènes psychiques primaires qui s'actualisent dans le théâtre du corps des adolescents anorexiques. L'enjeu pour les patients rencontrés dans le cadre de notre dispositif a été de mettre en lumière leur forme de relation d'objet en passant par la relation transférentielle à l'autre-clinicien.

Ainsi l'attention portée à la parole du sujet adolescent a été un enjeu central pour la conception de notre dispositif. Cependant, le terrain théorique de réflexion posé par Pankow et Winnicott montre l'importance de donner une place dans le travail clinique aux fonctions symbolisantes des formes non verbales d'inscription psychique inconsciente de l'expérience corporelle – sensorielle, motrice, affective – du sujet. Les travaux sur les médiations thérapeutiques de l'école de Lyon actualisent l'intérêt de la psychanalyse, depuis Freud [7], pour les formes primaires de la symbolisation, ancrées dans les expériences archaïques du petit enfant et persistantes tout au long de la vie. Cette approche de la « figuration du corporel » ([18], p. 5) se

révèle particulièrement pertinente dans la clinique contemporaine du champ somatique et de l'agi corporel où l'on peut repérer des failles narcissiques précoces.

Avec notre dispositif, qui mobilise le toucher des vibrations et l'ouïe des sonorités par le corps du sujet, nous faisons l'hypothèse que les traces mnésiques inconscientes d'expériences perceptives précoces peuvent être actualisées, reprises et réorganisées par la parole, à différents moments de la vie. Ainsi pour la conception du cadre clinique de notre dispositif, il a été essentiel de considérer que, dans la relation à l'environnement comme dans le travail clinique, c'est la réponse de l'autre qui permet aux modalités sensorielles de l'expérience d'acquérir une fonction symbolisante potentielle pour le sujet. En ce sens, le jeu du *squiggle* pratiqué par Winnicott dans la consultation thérapeutique permet de saisir, par-delà le médium graphique, le rôle fondamental de la présence du clinicien dans l'ouverture d'un espace qui favorise chez le patient la créativité propre au processus associatif. Le médium est le moyen pour le clinicien d'entrer en contact avec le patient ([17], p. 5) et de trouver des points de repère pour favoriser des processus de symbolisation à travers la parole et le transfert ([16], p. 45 ; [12], p. 383).

4 Patients

Notre dispositif a été proposé à huit adolescents, un garçon et sept filles, âgés de 14 à 19 ans. Souffrant d'une anorexie mentale de type restrictif ou boulimique avec conduites de purge, ils étaient hospitalisés dans l'unité temps plein spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris. Par conséquent, la proposition du dispositif s'est inscrite dans un parcours d'hospitalisation, et non dans un cadre de cure analytique. L'équipe soignante a participé à la co-construction du dispositif et le choix des patients a été fait par les psychiatres référents en fonction des critères définis par l'étude : être âgé entre 13 et 20 ans ; être hospitalisé pour une anorexie mentale ; avoir un indice de masse corporelle entre 14 et 18 kg.m⁻² ; avoir encore au moins un mois et demi

d'hospitalisation prévue au début de l'expérience. Ont été exclus de l'étude des patients ayant des antécédents de troubles psychotiques ou de maladie somatique graves. Les symptômes d'anorexie chez les patients remontaient à minimum un an et quatre mois, et jusqu'à cinq ans, le début des symptômes d'anorexie ayant été diagnostiqué entre l'âge de 9 et 13 ans. Ils étaient hospitalisés dans l'institution depuis au moins trois mois et pour certains jusqu'à dix mois. Au début de l'expérience, ils n'étaient pas en phase de séparation d'avec leur famille.

5 Description du dispositif

L'expérience s'est déroulée entre juillet et septembre 2019, sous la forme de cinq séances d'atelier individuel à un rythme hebdomadaire pour chaque patient. Les séances avaient une durée maximale de 50 minutes : 30 minutes d'exploration du dispositif suivies de 20 minutes d'échange discursif en moyenne. Les psychiatres ont d'abord parlé aux patients de l'expérience et leur ont demandé s'ils souhaitaient y participer. Après la lecture de la note d'information et de consentement signée par les parents et les patients, ces derniers étaient libres d'accepter ou de refuser l'atelier, sans modification de leur prise en charge habituelle par l'institution. Sur huit patients, une a refusé de poursuivre l'atelier après la première séance *1*.

Concernant l'atelier, chaque patient a été accueilli par deux psychologues cliniciennes extérieures à l'équipe soignante, dans une salle dédiée à la mise en place du dispositif et où l'espace d'exploration était délimité par un tapis coloré ; patient et psychologues se déchaussaient le temps de la séance, ce cadre permettant de marquer une transition entre l'espace de l'atelier et l'extérieur, ainsi qu'une transition temporelle entre le temps avant, durant et après l'atelier. Le patient entrait dans l'espace du tapis, alors que les deux psychologues se situaient aux marges de cet espace marquant une relative distance, tout en restant proches. Elles entraient ponctuellement dans l'espace d'exploration du patient, en fonction des échanges et des situations qui se présentaient. Dans la première séance, les psychologues présentaient au patient les objets du dispositif. Elles lui

¹ Une jeune patiente, avec qui nous avons réalisé une première séance d'atelier sans difficultés particulières, a dit à l'équipe clinique qu'elle ne voulait pas continuer les ateliers. D'après l'équipe, elle n'était pas, à ce moment-là, réceptive à ce travail.

proposaient ensuite d'explorer librement seize séquences sonores et musicales, ainsi que la voix amplifiée par le microphone, par le contact corporel avec quatre objets médiateurs sonovibrotactiles : une table ovale basse, un ballon en mousse de taille moyenne, un coussin repose-nuque et un plaid. Chaque objet était équipé de vibreurs reliés à un ordinateur. Au début de chaque séance, la même consigne ouverte était donnée au patient : « Vous pouvez faire tout ce que vous voulez, en prenant soin des objets ».

Les psychologues avaient deux fonctions différenciées : l'une donnait la consigne initiale et était responsable de l'échange discursif actif et continu avec les patients dans les séances ; l'autre observait et intervenait ponctuellement à certains moments pour poser des questions sur les sensations corporelles liées au dispositif, pour répondre à une demande ou pour proposer un mode d'exploration en fonction des situations. Les deux psychologues pouvaient répondre à des questions ou à des propositions de jeu des patients, mais l'une était disponible par une présence contenante et continue au jeu, en fonction de la demande des patients, alors que l'autre le faisait de manière ponctuelle si besoin. Si un patient s'engageait dans la construction fantasmatique d'une histoire verbalisée, la première des psychologues pouvait dans l'échange discursif jouer un rôle qui lui était donné par le patient, relever des éléments de l'histoire donnés par le patient ou en proposer de nouveaux. Cependant, les propositions de jeu des psychologues, en cas d'angoisse ou d'inhibition marquées, se limitaient généralement à proposer l'exploration d'un objet médiateur ou d'une séquence sonore sans en imposer l'utilisation ni le sens ; pour relancer l'échange discursif et la possibilité de jeu, elles posaient des questions ouvertes, reprenaient et parfois reformulaient les paroles des patients. En plus du contact visuel et verbal, selon les situations, les psychologues approchaient ou offraient parfois aux patients un objet (ballon, coussin, plaid), ou les aidaient à l'ajuster si besoin à leur exploration corporelle (par exemple, le plaid autour des épaules, le ballon

sous la plante des pieds). Dans le jeu, elles n'entraient pas en contact corporel direct avec les patients, ni utilisaient elles-mêmes les objets.

Certaines séquences sonores renvoyaient à des événements du monde familier, naturel ou humain : le son d'un ruissellement d'eau, de vagues de la mer, du vent, de pulsations cardiaques, de pas dans l'herbe, d'un train, de bulles et de gouttes ; deux paysages sonores évoquant les bruits d'un marché et de la vie à la campagne (deux extraits de la pièce *Presque rien* composée par Luc Ferrari). D'autres séquences consistaient en des extraits de musiques traditionnelles (percussions du Bénin et de Bali), de musique acousmatique, plus ou moins abstraites et surprenantes (*Pacific Tubular Waves* de Michel Redolfi, *De Natura Sonorum* de Bernard Parmegiani, *Étude aux Tourniquets* et *Bilude* de Pierre Schaeffer). Deux microphones étaient disposés sur le tapis pour l'exploration de sa propre voix ou celle de l'autre, selon le souhait du patient.

Le patient pouvait choisir lui-même les séquences qu'il souhaitait explorer en activant et en désactivant les touches d'une manette de contrôle. Il pouvait également avec la manette modifier l'intensité et la vitesse de chaque séquence, en glissant les boutons linéaires (pour l'intensité) et en tournant les boutons rotatifs (pour la vitesse). Via une installation logicielle, le son de ces séquences était diffusé à la fois par voie auditive et vibrotactile à travers les quatre objets médiateurs. Le patient pouvait choisir les objets médiateurs par lesquels il souhaitait entrer en contact corporel avec les vibrations sonores. Il n'y avait pas de prescription des postures corporelles à adopter avec les objets.

Après ce temps d'exploration des objets médiateurs, pendant lequel un échange discursif libre entre le patient et les psychologues pouvait avoir lieu, les objets étaient laissés de côté pour donner lieu à un temps de prise de parole avant la fin de la séance. Trois questions projectives étaient posées systématiquement au patient : qu'est-ce que vous avez ressenti ? Parmi les sons et les objets, lequel vous a le plus intéressé ? À quoi cela vous a-t-il fait penser ? À chaque séance les

psychologues proposaient au patient la même installation, avec les mêmes objets et les mêmes consignes.

6 Résultats

Le discours ainsi que les gestes et les actions des patients ont été recueillis à travers deux techniques différentes. Après chaque séance d'atelier, les deux psychologues procédaient à la transcription des séances d'atelier ; elles confrontaient leurs notes afin d'objectiver leurs perceptions. Un enregistrement informatique des touches activées par les patients sur la manette de contrôle a permis de recueillir les effets de leurs gestes manuels sur la matière sonore. Les productions verbales et non-verbales ont été systématisées dans des catégories émergentes (constituées à partir de ces données) et dont la pertinence a été discutée par l'équipe de recherche. Nous avons réalisé une analyse clinique de contenu relatif aux thèmes qui ont émergé dans le discours des patients. La globalité de leur discours nous a permis de dégager trois grandes catégories d'analyse : l'expression des difficultés à jouer (avec le dispositif), du sensoriel et de l'imaginaire.

6.1 Expression du sensoriel

Dans l'expression du sensoriel, deux catégories ont émergé de manière significative : les sensations corporelles suscitées par le dispositif et le plaisir ou le déplaisir (agréable/désagréable) associé à ces sensations corporelles. Tous les objets médiateurs sonovibrotactiles ont été explorés par les patients. Les objets les plus investis psychiquement, avec une valeur positive, ont été d'abord la table, ensuite le ballon et le plaid. Chaque patient s'est saisi corporellement des objets médiateurs en donnant à voir indirectement des liens singuliers à ses objets psychiques. Un patient cherchant à s'apaiser, posait systématiquement le petit ballon en mousse sur le ventre, la poitrine et

la gorge. Une patiente vivant difficilement la séparation d'avec sa famille, et ayant pratiqué la danse – dont elle appréciait les postures corporelles exigeantes et qu'elle regrettait avoir dû arrêter –, se mettait systématiquement debout sur la table, sur la pointe des pieds, et restait verticale avec les yeux fermés dans une position d'équilibre tendu pendant plusieurs minutes. Une autre patiente s'est dirigée d'elle-même vers la table, laquelle, disait-elle, lui procurait plus de sensations ; elle s'allongeait dessus, couchée sur le dos ou recroquevillée sur le côté en position fœtale. Assise, cette même patiente s'enveloppait dans le plaid, posé sur ses épaules, qui lui avait été proposé lorsqu'elle éprouvait une inhibition dans le jeu. Dans ces moments d'inhibition, elle semblait oublier les objets autour d'elle, se concentrant exclusivement sur l'exploration de la manette de contrôle pour activer les sons, ou parlant de ses angoisses et de son vécu qui accaparaient toute son attention. Des affects comme la colère, l'agressivité et l'angoisse trouvaient des formes d'expression dans le rapport corporel à l'objet matériel. En effet, si dans le discours nous remarquons des inhibitions et des résistances, nous avons observé, par exemple, qu'un patient chiffonnait le tissu du ballon lorsque l'une des psychologues lui avait demandé de continuer à parler de sa sœur. Une autre patiente a représenté dans trois séances d'atelier des scènes de tempête et des risques de noyade, suivies par des scènes de sauvetage et de construction d'un abri (« grotte », « maison ») grâce à la présence d'un autre secourable (un « grand Monsieur » et « sa famille ») ; dans la représentation de ces scènes, elle montait sur la table pour l'utiliser comme un radeau et ramer, et se couchait sur le plaid après avoir construit un lit avec les gestes de ses mains figurant un marteau et des poteaux.

Diverses séquences sonores ont été activées dans les séances par les patients. Le son des pulsations cardiaques, l'écoulement d'eau en milieu naturel, les vagues de la mer, les pas dans l'herbe, l'extrait *Bilude* et les deux extraits de paysages sonores *Presque rien* ont été les plus activés (action de rappel d'un objet-son) et vécus comme agréables et apaisants du fait des scènes psychiques ou des sensations qu'ils suscitaient. Deux séquences ont été particulièrement investies et teintées d'une valeur positive par les patients en tant qu'indices des affects et de la vie pulsionnelle. D'une part, la séquence des pulsations cardiaques, à différentes vitesses, a évoqué des rythmes

internes primaires, touchant au corps du sujet, mobilisant un investissement libidinal lui permettant de se projeter plus facilement dans les scènes de jeu : « *il faut quand même qu'on l'entende [le cœur]* » ; « *avec le cœur, on sent des trucs* », « *ça fait ressentir quelque chose, on vit un peu ça, quand ça va vite ou plus lent* » ; « *j'ai l'impression de sentir vraiment mon cœur battre* », « *il est au repos, je vais l'accélérer* ». D'autre part, le son des vagues de la mer a été considéré généralement comme agréable car apaisant : « *la musique de la mer, ça m'apaise* » ; « *j'aime bien le bruit de la mer parce que ça m'apaise* » ; « *à la mer, l'eau est calme, il y a de petites vagues et le cœur ne va pas trop vite* ». Dans ces situations d'écoute, les patients adoptaient souvent des postures corporelles plus relâchées – ils s'allongeaient et fermaient les yeux. Pourtant, le même objet-son pouvait revêtir une valeur psychique opposée, menaçante sur le plan du débordement pulsionnel, souvent pour le même sujet : « *ça me fait peur, je ne sais pas, de ne pas toucher le fond, mais je préfère aller à la mer quand même* » ; « *on est au bord de la mer, avec la musique derrière et il y a aussi un orage qui se prépare* ».

Les objets-sons, même quand ils étaient (et peut-être justement parce que) vécus comme angoissants ou désagréables, ont rempli une fonction d'embrayeur d'associations offrant matière à une possible élaboration ; l'expression du sensoriel s'orientait ainsi vers l'expression de l'imaginaire. Une patiente a investi psychiquement le son des pulsations cardiaques avec une valence riche, reflétant les paradoxes de l'ambivalence : dans son versant positif, l'objet pulsation était vécu comme vital, rythmé, réanimant et apaisant (« *ça me fait penser au cœur, j'aime bien les battements du cœur* »), mais il était aussi un représentant de la vie pulsionnelle (« *celui-là me fait penser à un cheval dans la montagne* », « *un cheval qui galope dans la mer* »), avec son versant angoissant (« *ça me stresse, j'aime pas trop vite* »). Les sons associés à l'eau suscitèrent chez cette patiente les images récurrentes de la mer : une mer agitée, de la pluie qui tombe sur la mer, dans un lieu des vacances familiales. À la question de « *qui regarde cette mer ?* », elle a répondu qu'elle ne savait pas, mais que c'était peut-être *elle* qui regardait. Ce paysage sonore imaginaire de la mer

(mot pouvant incarner la représentation du maternel), agitée ou pluvieuse, a donné lieu dans deux occasions à de longues chaînes associatives exprimant des thèmes insistants.

Dans la deuxième séance, la même patiente associa le son de la mer au temps qui passe, à la nostalgie de l'insouciance de l'enfance, à la maladie et à la mort, au sentiment de vide et de non-sens de la vie, à l'inquiétude face aux études et à son sentiment de solitude. La « *perte de l'insouciance de l'enfance* » lui était difficilement supportable, cette perte la confrontant à l'inconnu de l'à-venir et à ses incertitudes, ce qui lui « *fai[sait] très peur* ». Elle a dit alors que le son du cœur, la ramenant au sien, la « *stress[ait]* » et lui « *fai[sait] peur* », qu'elle avait peut-être envie que son cœur s'arrête, mais dans le même temps elle n'en avait pas envie parce que ça lui faisait peur ; qu'elle avait peut-être envie de mourir *parce qu'elle avait peur de vivre*. Elle a dit ensuite que l'insouciance de l'enfance était perdue, mais qu'on pouvait retrouver de la légèreté. Nous lui avons proposé alors d'explorer quelques séquences sonores, dont celles d'une composition pour piano assortie de bruits rythmés de la vie quotidienne (extrait de *Bilude* de Pierre Schaeffer) et d'un marché où l'on entend des bruits de la rue (extrait de *Presque rien* de Luc Ferrari). Un échange discursif s'ensuivit, au bout duquel elle nous a dit qu' « *il faut réfléchir beaucoup pour arriver à la légèreté, c'est un effort* ».

Lors de la troisième séance, le paysage de la mer a amené la patiente à parler de ses affects : alors qu'elle avait dit au début de l'atelier ne pas éprouver d'émotions et avoir un sourire « *de masque* », elle nous a dit plus tard avoir « *l'impression d'être un volcan d'émotions et des fois ça explose* ». Nous lui avons proposé de composer avec les séquences sonores un paysage donnant la sensation d'être près d'un volcan. Elle a exploré plusieurs sons et dit qu'il n'y avait pas de son de volcan parmi les sons disponibles ; nous lui avons proposé alors de créer elle-même ce son inouï à partir de plusieurs sons existants en modifiant leur vitesse et leur intensité. Elle s'est orientée vers le thème des gouttes qui tombent et s'accumulent, comme de la lave, jusqu'à en avoir « *trop* » et que « *ça explose* ». Nous avons travaillé sur la possibilité d'exprimer ses émotions – qu'elle nomma colère, tristesse et joie – « *sans que ça explose* ». Pour elle, le volcan dont ne sort ni « *lave ni*

fumée », « *n'est pas en vie* ». La vie se présentait alors comme ce qui « *déborde, explose* », et face à laquelle la seule autre possibilité, c'était de « *ne pas être en vie* ». Après un échange sur la fertilité de la terre des volcans, elle dira : « *ça serait bien d'être un volcan [...] je pourrais montrer ce que je ressens petit à petit, sans que des fois ça explose [...] je n'arrive pas [...] je ne suis pas un volcan* ». Elle a dit à la fin de la séance que « *c'est compliqué* » d'essayer de moins exploser, « *c'est un long travail, et de la force et de la vie* ». Avant de partir elle a ajouté : « *ça m'a fait du bien de parler des émotions et de pouvoir les imaginer avec quelque chose* ». Ces situations sont révélatrices des forces pulsionnelles et des angoisses massives auxquelles répond la défense par la désaffectation et qui ont pu être abordées progressivement dans ce dispositif de médiation.

La situation de la création sonore du paysage du volcan pour représenter les affects nous permet de relever les fonctions psychiques remplies par les sons/vibrations dans le travail avec les patients : en tant que matériaux projectifs favorisant le processus associatif, ils n'ont pas seulement été utilisés comme des objets sensoriels déclencheurs d'associations. Ils ont été à certains moments utilisés comme des objets à caractère imaginaire venant apporter soutien et consistance à un processus difficile de représentation fantasmatique des pulsions et de leurs objets, lorsque le patient évoquait de lui-même un contenu psychique. Par exemple, la patiente qui construisait à chaque séance des histoires de tempête et d'orage entraînant le risque de mort, a imaginé dans la quatrième séance un voyage en avion perturbé par une tempête et s'est demandé comment créer les sons d'un aéroport et d'un avion. Ces situations ont donné lieu à un travail d'investissement psychique de l'objet-trouvé pour le faire advenir en tant qu'objet-créé porteur du fantasme. Ainsi, en travaillant sur la malléabilité des objets réels, nous avons travaillé sur la malléabilité de l'objet psychique. Le fait que la première patiente ait accepté notre proposition de créer elle-même un son de volcan psychologiquement significatif en modulant l'intensité et la vitesse des séquences sonores (deux paramètres tenant lieu de la pulsion dans sa dimension économique), nous a permis de travailler en acte avec elle, à travers des processus sensorimoteurs, sur la régularisation des charges

pulsionnelles et sur la possibilité d'habiter le temps en le faisant durer dans l'espace-temps du jeu – un thème récurrent chez cette patiente obsédée par l'idée de contrainte de ne pas « *perdre du temps* » face à un « *temps qui passe trop vite* ».

En ce qui concerne les modulations du pulsionnel dans le rapport à l'objet-son et à l'objet-vibration, tous les patients ont utilisé les fonctions binaires d'activation ou arrêt, tantôt en activant des séquences isolées, tantôt en superposant plusieurs séquences de manière aléatoire ou pour évoquer des scènes sonores plus complexes sur le plan associatif. En revanche, certains plus que d'autres – en fonction de leurs états psychiques – ont cherché à moduler leurs sensations en modifiant la vitesse ou l'intensité des séquences, en passant du tout ou rien à la recherche de nuances : pour explorer de manière plus ou moins opératoire et aléatoire, ou par curiosité ; pour trouver le « *bon rythme* » (« *j'aime bien ça, à ce rythme [les pulsations cardiaques]* »), des sensations corporelles plus fortes (« *j'aime juste le cœur aussi parce que c'est le seul qu'il y a vraiment beaucoup de sensations* ») ou plus agréables (« *j'aime pas trop vite* », « *ça me stresse [les pulsations cardiaques à une vitesse faible]* », « *c'est apaisant [pulsations cardiaques à une vitesse faible]* ») ; pour créer des accordages entre des objets-sons différents (« *là, le cœur est au rythme des gouttes* ») ; parfois pour chercher à créer un objet-son inexistant afin de construire une scène ou un scénario imaginaire (p.e. imaginer le son d'un avion ou d'un volcan). Chaque patient a cherché les sensations qui semblaient lui convenir, en allant d'une recherche de sensations fortes pour certains (« *je ne sens pas beaucoup* », « *j'ai bien aimé être sur la table, oui, parce que je sentais plus, notamment les battements du cœur* », « *je me suis dit que j'allais me mettre sur la table car j'avais trouvé cela très agréable* »), à une recherche de sensations apaisantes pour d'autres, et jusqu'au rejet de ce qui était vécu comme désagréable (« *c'est trop lent ou trop rapide, c'est moins sympa* »). Ce vécu désagréable pouvait se traduire en intensité ou en vitesse jugées excessives sur le plan vibratoire (« *il y en a plus, c'est désagréable* »), même lorsqu'un patient disait aimer les sensations liées aux vibrations et préférer ces dernières aux sons. En ce sens, l'objet-son et l'objet-

vibration ont rempli une fonction de réanimation du corps par laquelle des mouvements psychiques ont pu advenir.

Entre deux positions extrêmes – celle d'éviter tout ressenti potentiellement troublant et celle de chercher à l'extérieur des sources d'excitation fortes qui masquent les sensations internes – nous avons observé des positions plus nuancées. Pour la majorité des patients, la sensation de déplaisir (utilisation des mots « *perturbant* », « *désagréable* », « *stressant* », « *j'aime pas* », « *oppressant* ») était rejetée et correspondait à des sensations excessives sur le plan vibratoire ou à un ralentissement ou une accélération des séquences sonores du point de vue auditif. Les sensations de plaisir (« *j'aime bien* », « *très agréable* ») étaient associées à des séquences sonores vécues comme apaisantes, telles que les vagues de la mer, les pulsations cardiaques et la musique au piano, et parfois spécifiquement aux stimulations vibratoires induites par le son (« *ça fait beaucoup de vibrations, beaucoup* »). Ce qui indique que ces patients adolescents, malgré leur organisation symptomatique, étaient en général sensibles à ce qui procure du plaisir – ouverture à saisir dans le travail clinique. Le « *bizarre* » ou l'« *étonnant* » indiquaient des sensations limites qui se situaient à la frontière du plaisir et du déplaisir (« *c'est bizarre, c'est entre l'agréable et le désagréable* »).

6.2 Difficultés à jouer

Le dispositif clinique nous a permis de mettre en lumière différents types de difficultés à jouer chez les patients. Les difficultés relevaient plutôt de la résistance et de l'inhibition défensives face aux éprouvés, aux représentations et aux affects qui étaient mobilisés par le dispositif, selon la situation des patients. Il s'est agi peu d'attaques manifestes du lien à l'objet présentifié par les objets sonores ou les cliniciennes (« *je n'aime pas celui-là non plus* »), mais plutôt des mécanismes de défense contre les liens psychiques vécus comme menaçants. Certaines difficultés relevaient de l'intellectualisation (« *quel est le but de tout ça ?* », « *j'ai toujours pas compris à quoi ça sert* »), d'autres de la paralysie intellectuelle (« *je n'ai pas d'idée* », « *je ne sais pas quoi dire* », « *j'ai pas*

trop l'inspiration », « *ça me fait penser à rien* »), de la pulsion d'emprise sur les liens psychiques (« *comment je vais faire pour trouver des trucs à dire à chaque fois ?* », « *j'avais envie de savoir quoi dire, je n'aime pas ne pas réussir* »), de la désaffectation défensive du corporel (« *c'était plus dur de se connecter aux sons* », « *je ne sais pas ce qu'il ressent, je ne peux pas répondre* »), de la compulsion de répétition (« *je sais à quoi m'attendre, il n'y a pas de surprise* », « *ça devient répétitif et je ne sais toujours pas quoi faire* »), d'une fatigue associée à l'état psychique du sujet (« *aujourd'hui je suis très fatigué et du coup je ne ressens pas grand-chose* »), ou de la dépendance où la demande à l'autre se confond avec une agressivité voilée (« *est-ce que tu peux le faire ?* », « *est-ce que vous pouvez changer [les sons] ?* », « *là, je suis bien dans l'état, je suis bien allongé et je trouve que c'est contraignant de changer nous-mêmes* »).

Certaines difficultés du jeu semblaient dans ces situations liées à la profonde difficulté du sujet à être seul, à habiter le temps, son corps et ses sensations, et ainsi à trouver par le jeu avec l'objet à potentiel transitionnel des forces psychiques créatrices pour faire face à l'absence de l'objet externe au moyen de l'objet interne, et aux conflits constituant le rapport à l'objet. L'irruption en force de contenus psychiques dans la parole s'est traduite dans certaines situations par une tendance à l'arrêt du jeu. Ce n'était pas un arrêt brutal ou un refus violent visant à attaquer le cadre, mais un désinvestissement de l'aire de jeu, des objets d'alentour, comme si tout avait soudainement disparu pour le patient alors accaparé par les représentations et les affects menaçants qui s'exprimaient. Le cadre clinique a généralement permis de mobiliser des techniques pour reconnaître et travailler avec ces difficultés psychiques.

Nous avons observé parfois, particulièrement chez une patiente, un refus défensif des objets qui ne produisaient pas, selon elle, assez de sensations corporelles sur le plan vibratoire, qui ne rythmaient pas le continu de son vécu corporel (« *ce n'est pas satisfaisant* »). Cette patiente était défensivement centrée sur les sensations corporelles procurées par les stimulations externes et était dans l'évitement des mouvements associatifs et des ressentis internes (« *j'aime juste la sensation* »).

Parallèlement à ce refus du relâchement et des associations nécessaires pour jouer, elle disait ne pas comprendre le but de l'atelier et demandait à chaque séance « à *quoi ça ser[vai]t* » – son comportement nous a permis d'interpréter cette demande insistante d'un sens fixé par l'autre comme un besoin de sécurisation et une résistance formulée de manière opératoire par les termes de « *but* » et de « *servir* ». Pour cette patiente, la deuxième séance a été marquée par un enchaînement significatif d'expressions de déception vis-à-vis des objets (des stimulations) la situant à la limite de l'attaque des liens qui risquait d'arrêter tout travail possible. Elle a refusé de suite plusieurs propositions d'exploration : « *les derniers [sons] je n'aime pas* », « *je n'aime pas ma voix* », « *en fait, je ne sais pas quoi faire des objets, si je joue avec ou rien faire...* ». Ce mouvement défensif ayant été reconnu par les cliniciennes comme une demande détournée adressée à l'autre face à la frustration, les psychologues ont abordé le sens possible de cette difficulté en rappelant à la patiente à ce moment-là sa propre demande au début de l'atelier : « *c'est marrant, vous avez dit au début j'ai toujours pas compris à quoi ça sert* ». La patiente a répondu à cette ponctuation de sa parole en nommant et se fixant elle-même dans un but qui lui était accessible défensivement : « *juste à écouter les sons, ressentir les vibrations* ». À quoi les psychologues ont répondu : « *l'idée c'est que vous pouvez faire ce que vous voulez avec ces objets, il n'y a pas un but précis* ». Alors la patiente a dit : « *j'ai peut-être une idée, je vais tous les essayer au même temps* ». Avec un mouvement calme, elle s'est saisie de tous les objets médiateurs : elle s'est assise puis allongée sur la table, posé le coussin autour du cou, pris le ballon dans ses mains et s'est recouverte avec le plaid ; elle a activé plusieurs sons en même temps successivement, à une intensité forte. Les cliniciennes ont accompagné cette exploration en la ponctuant parfois de quelques questions sur ses sensations et représentations (« *ça vous fait penser à quoi ?* », « *qu'est-ce qui s'est passé là ?* », « *qu'est-ce que c'est "satisfaisant" ?* »), et parfois de propositions de modulation (« *et si vous baissez la vitesse ?* », « *si vous faites moins fort ?* »). La patiente a continué à participer avec une certaine disposition à tous les ateliers, en explorant de manière plutôt opératoire les objets.

Une autre patiente a commencé la troisième séance en disant calmement : « *je ne sais pas quoi dire* ». La psychologue a répondu « *on verra* » et, après un court silence, a répété la consigne : « *vous pouvez faire tout ce que vous voulez, en prenant soin des objets* ». La patiente a dit « *mais là maintenant je connais les bruits* » – « Vous connaissez les bruits ? Et ça fait quoi ? » – « *Je sais à quoi m'attendre, il n'y a pas de surprise* » – « Et alors... ? » – « *Je ne sais pas quoi faire du coup* » – « Parce qu'il y a moins de surprise ? » – « *Oui* » – « Mais est-ce qu'on ne peut pas changer des vitesses, on ne peut pas écouter et sentir avec d'autres objets ? Est-ce que ça ne peut pas être différent même si ça reste le même son ? Est-ce qu'on ne peut pas construire autre chose ? » – « *J'ai pas d'idée* » – « *Bah, on essaye* ». La patiente a commencé à explorer en silence les sons en les activant et en modifiant leur vitesse. Puis elle s'est arrêtée sur les sons de ruissellement d'eau, des vagues et du vent, et a dit : « *ça me fait voyager* » – « Ça vous fait voyager où ? » – « *Au bord de la mer, avec une mer agitée* » – « Elle est où la mer agitée ? ». La patiente a répondu en rappelant le nom du même lieu de vacances familiales qu'elle avait déjà évoqué dans les séances précédentes. « *Nous avons un ruisseau, une montagne et une mer à [...]* ». « Et qui est en train de voir cette mer agitée ? On est dedans ou dehors en fait ? », a demandé la psychologue. « *On est dehors, mais je sais pas qui c'est, c'est moi peut-être qui regarde cette mer agitée* », a répondu la patiente. Elle a activé le son des pas dans l'herbe et dit : « *on est en train de courir* ». Il s'en est suivi l'énonciation d'une chaîne associative sur ses émotions et l'image du volcan.

Il s'agissait ainsi de soutenir dans ces situations une possibilité du jeu par la relance progressive des forces créatrices à partir du négatif, afin de rendre possible l'intégration de la part sombre du sujet dans un processus de liaison psychique. Respectant le rythme de chaque patient, les cliniciennes tantôt punctuaient et reformulaient les énoncés des patients, tantôt relançaient la situation de jeu en posant une question ou en faisant une proposition d'exploration ouverte. Elles pouvaient également introduire des répliques proches du psychodrame comme point d'appui pour la création de liens psychiques afin de rendre possible la mise en place progressive du jeu.

Il a été question pour cela de rendre disponibles des zones corporelles désaffectées au commerce avec les sensations et, à partir de là, de favoriser des mouvements psychiques sur les contenus qui émergeaient. Aussi, la reconnaissance de la massivité pulsionnelle a exigé un travail de modulation de la pulsion au moyen du modelage de la matière sonore. La modulation de la vitesse et de l'intensité des stimulations avait pour fonction d'introduire du relatif dans l'absolu du continu de la pulsion. Certains thèmes qui s'exprimaient, parfois de manière massive, revenaient avec des variations dans les séances. Ils s'organisaient sous la forme de scènes figurées, dans lesquelles les patients pouvaient s'installer imaginairement pour tenter de les élaborer peu à peu. Globalement, cela s'est traduit par la possibilité pour les patients à accorder plus de temps à l'exploration de leurs sensations, représentations et affects associés aux séquences sonores activées. Des « compositions sonores » ont émergé pour donner forme à une histoire vécue.

En ce sens, notre dispositif a rempli différentes fonctions pour les patients : parfois certains se sont saisis des objets du dispositif comme des *pare-excitants*, à la manière des procédés autocalmants [19,20] visant à réduire la charge pulsionnelle (« *ça m'a aidé à me détendre* »). D'autres attendaient de trouver dans les objets du dispositif (plus que chercher par l'exploration) des excitations externes venant masquer les sensations internes, obstinément mises à distance, avec peu d'ouverture à la dimension associative (« *je trouve ça drôle, mais je ne sais pas, j'aime bien voir les différences et on sent plus dans certaines vitesses que d'autres* »). Le dispositif a rempli aussi une fonction, d'une part, de révélateur d'angoisses et de peurs à forte charge pulsionnelle, liées à des contenus fantasmatiques figurés sous la forme d'histoires fantastiques (« *on est au bord de la mer, avec la musique derrière et il y a aussi un orage qui se prépare* ») ; de l'autre, il a servi comme tremplin à la figuration de scènes d'évasion, de plaisir, de construction ou de réparation face aux forces destructrices (« *on va essayer de faire une maison* », « *elle danse avec son meilleur ami* »). Les objets médiateurs ont été utilisés, enfin, par l'intermédiaire de l'échange avec les psychologues cliniciennes, comme des soutiens à la représentation et l'élaboration de parts de vécu

éprouvantes et difficiles à symboliser (« *j'aurais aimé leur dire que j'étais triste et que j'avais besoin d'amis, que c'était pas parce que j'avais pris du poids que j'allais bien* »).

6.3 Expression de l'imaginaire

Les exemples précédents illustrent la façon dont les objets du dispositif ont favorisé le passage du sensoriel à l'imaginaire. Dans les associations verbales des patients directement liées à l'exploration des séquences sonores et musicales, trois thèmes sont apparus de manière significative et récurrente : la thématique de l'eau, sous la forme de la mer (mot chargé de représentations), de la piscine, de la pluie, de l'orage et de la tempête, avec comme situations le bain, la nage à la surface, le fait d'être sous l'eau, voire de se noyer ; le groupe d'êtres non-familiers prenant la forme de la tribu, d'êtres étranges, non humains ou extraterrestres indéfinis, ni adultes, ni enfants, ni hommes, ni femmes ; le voyage ou le déplacement, souvent vers des lieux inconnus, en train, en avion, sous la forme de la marche. Les sons des vagues de la mer, de ruissellement d'eau, des pas dans l'herbe et du vent ont suscité facilement des associations liées aux souvenirs de vacances en famille, significatifs aux yeux des patients.

Plus en profondeur, dans l'expression de l'imaginaire, nous avons repéré huit thèmes réguliers (communs à la majorité des patients) : la maladie, la famille, l'inconnu ou le monde inconnu, la solitude, la peur, l'évasion, la mort et, dans une moindre mesure mais toutefois de manière significative, l'amusement. D'autres thèmes, singuliers à un ou quelques patients, se manifestant chez eux de manière récurrente, ont été également identifiés : le rêve, le corps, le temps, l'affect, la noyade souvent liée à la tempête, l'abri, la réparation ou la construction, le danger, la punition, l'abandon, la contenance et l'angoisse. Une analyse approfondie serait nécessaire pour montrer comment ils sont reliés les uns aux autres par des relations complexes qui prennent une consistance particulière dans l'histoire de chaque sujet. Les psychologues cliniciennes n'étant pas informées sur l'histoire des patients avant le début de l'atelier, des éléments de l'histoire

personnelle ont été abordés avec les patients dans les échanges discursifs pendant les séances d'atelier en fonction de ce qu'ils exprimaient. À la fin de l'atelier, les éléments issus de cette expérience pilote ont pu être discutés dans l'après-coup avec les psychiatres lors de la présentation des résultats avec l'équipe de l'institution.

7 Discussion

La présence de deux psychologues dans les séances d'atelier a favorisé la mise en place d'une fonction de triangulation dans les rapports du patient aux objets : deux figures, deux fonctions, deux distances mettant en perspective les objets partiels présentifiés par l'objet-son, l'objet-vibration, l'objet de contact. Elles se sont placées systématiquement dans deux positions cliniques différenciées et stables : l'une plus impliquée dans la scène de jeu du patient, l'autre, présente mais plus distante par rapport à la zone de jeu et intervenant ponctuellement pour proposer des variations dans les modes de jeu. Par conséquent, les cliniciennes étaient aussi, avec les objets matériels du dispositif, mais à un autre niveau, les tenant-lieux du médium malléable qui permet au sujet d'aborder son rapport à l'objet psychique et de relancer un processus de symbolisation qui se trouve compromis dans ce champ clinique de l'anorexie mentale. Pour cette raison, il a été fondamental dans le cadre de notre expérience clinique de ne pas laisser le patient complètement seul avec les objets matériels du dispositif technique, mais au contraire d'introduire des présences humaines effectives qui permettent de relancer la question du rapport à l'autre – un autre qui, par sa qualité de présence, se distingue clairement d'un autre de synthèse.

Ce dispositif clinique de médiation, par ses objets sonovibrotactiles, ses interfaces matérielles et informatiques, est attractif pour les adolescents, souvent fascinés par la nouveauté et les objets technologiques. À la fois résistant et souple, offrant des possibilités de contrôle partiel des sensations, il suscite cependant chez le sujet, par le contact avec des objets externes, des sensations corporelles surprenantes et peu familières, potentiellement troublantes, faisant appel à l'inquiétante

étrangeté de l'intime pulsionnel qui échappe au sujet. Le sujet récupère par cet intermédiaire des sensations corporelles intenses qui réactivent des expériences primaires enfouies où les objets pénètrent physiquement dans le corps et entrent dans les boucles pulsionnelles. En ce sens, le cadre clinique du dispositif a été posé pour que cette dimension pulsionnelle mobilisée par les sensations corporelles puisse être éprouvée de manière contenant, ainsi que verbalisée et reconnue dans la relation de transfert entre le patient et les cliniciennes. D'une part, à aucun moment les patients n'ont été exposés passivement à des stimulations venant de l'autre ; aucun son, aucune vibration n'était diffusée de manière automatique par le dispositif, avant tout acte engagé par le sujet. D'autre part, depuis sa conception, le dispositif a été proposé comme une invitation à amorcer, à partir de l'éprouvé corporel, le mouvement associatif du patient. Dans ce processus, les deux psychologues ont gardé une position de neutralité permanente. La parole du sujet et son processus associatif, quant à leur capacité transformatrice du symptôme, ont été soutenus par les psychologues sans ambiguïté.

Dans leur fonction projective, les vibrations liées aux séquences sonores produisent des sensations corporelles susceptibles de réactiver des contenus fantasmatiques ambivalents : un objet qui se présente au sujet sous le jour d'une familiarité et évoque l'éprouvé du plaisir, peut aussi, dû à un modelage de la matière sonore, faire ressortir l'inquiétante étrangeté qui se loge dans le familier, l'angoisse suscitée par la motion pulsionnelle, avec des sensations de déplaisir associées à des inquiétudes profondes potentiellement débordantes. Celles-ci, pertinemment reconnues, peuvent devenir, plus tard et dans l'après-coup, la matière même d'un travail d'élaboration, dans un autre espace thérapeutique. Ainsi, si le son d'écoulement d'eau a évoqué chez un patient une scène de plaisir connotant la solitude et les remous pulsionnels (« *j'ai l'impression de me baigner dans une mer agitée* », « *c'est agréable parce que je suis seul* », « *[je préfère être] à la surface* »), ce même son au ralenti a fait ressortir l'ambivalence de son rapport à la solitude, une solitude primaire angoissante qui laisse désarmé face aux ressentis internes (« *j'ai l'impression d'explorer quelque*

chose », « *des poissons, des coquillages, une épave* », « *c'est angoissant, je me sens seul vraiment* »). Ce patient, contrôlant habituellement ses mouvements associatifs, très attaché à la logique et à l'intellectualisation de son expérience, a accepté cependant de se laisser aller à l'imagination d'histoires « *farfelues* » par le biais de la composition de séquences sonores. Qu'il puisse créer des histoires « *étranges* » dans le cadre du dispositif l'étonnait au point de faire émerger la question profonde du lâcher prise propre aux mouvements associatifs qui, pour lui, représentait le risque d'être entraîné vers des zones non symbolisées : « *quand c'est farfelu, j'ai l'impression alors d'être pris par la folie* ». Une angoisse de l'abîme et de la folie, médiatisée et accueillie par le cadre du dispositif, a pu se révéler et être abordée dans la parole à la faveur de l'échange discursif avec les cliniciennes. Ce même patient, qui ne s'autorisait pas à se souvenir de ses rêves, pour lui synonymes de folie, nous a dit à la fin des ateliers qu'il se souvenait plus de ses rêves qu'avant.

En ce sens, l'intérêt et à la fois le risque de ce dispositif, c'est qu'il touche aux zones profondes du corps, pouvant ainsi déjouer les barrières des mécanismes défensifs. Il est donc important que le clinicien puisse permettre au sujet d'éprouver en et par lui-même ces sensations et charges affectives, tout en respectant son rythme et ses défenses, et en veillant à maintenir la fonction stable et contenant du cadre pour rendre ces éprouvés supportables. Surtout, les psychologues veillaient à maintenir le cadre des consignes au début et à la fin des séances. De même, il est fondamental que le clinicien puisse reconnaître la manifestation de la part sombre du sujet, avec ses pulsions agressives, angoisses et terreurs agoniques qui peuvent être réactivées dans le cadre du dispositif et lui sont adressées. Les psychologues ayant conduit les ateliers pouvaient, en fonction de l'observation des indices de l'état psychique des patients d'une séance à l'autre, proposer au patient tantôt des modes ouverts d'exploration des objets et solliciter l'expression des liens associatifs ; tantôt garder le silence et se retirer tout en restant présentes, pour laisser le patient explorer et s'exprimer, chercher des objets et des actes d'apaisement des tensions pulsionnelles ;

tantôt elles pouvaient répondre aux paroles et aux demandes de jeu du patient selon les principes de la relance, de la ponctuation, de la reformulation, du psychodrame.

Notamment, les patients ont pu faire des associations en lien avec la présence singulière des psychologues. Des indices dans la parole (mots et tonalité), entre autres éléments, offraient des signes de l'amorce du transfert à la faveur de certaines séquences sonores. En effet, dans le montage de scènes fantasmatiques, la rencontre avec l'autre dans son altérité a revêtu la forme de l'étranger, figure de l'altérité et lieu de pulsionnalité : « *des indiens d'Amazonie, ils ont l'air sauvage* » ; « *ça me fait penser à quelqu'un qui marche dans une forêt et qui va croiser genre une tribu* » ; « *une musique d'une tribu, au Brésil, j'aimerais bien y aller* » ; « *au sud, ça fait penser à l'Espagne, j'aimerais beaucoup [y aller]* »². Ce dispositif nécessite, par conséquent, une présence, une écoute et une observation cliniques fines dans l'accompagnement du patient. Il requiert également une place

²Les psychologues sont originaires d'Amérique du sud.

accordée à la prise de parole dans l'après-coup, à la fin du temps d'exploration. La relation transférentielle avec le clinicien apporte, par ce qu'elle permet de reconnaître et de mettre en mouvement, un levier psychique pour une possible sortie d'une satisfaction de substitution, autoérotique et coûteuse, dans laquelle le sujet s'installe à la faveur de son symptôme, au risque de sa vie.

En ce sens, ce dispositif à médiation n'a pas le but de remplacer mais de compléter ou de favoriser un travail thérapeutique par la parole dans un espace-temps différent de l'atelier. Par ailleurs, notre intervention sous la forme d'atelier s'inscrivait dans le contexte des activités de médiation corporelle et artistique habituelles que l'institution propose aux patients. Compte tenu du caractère ponctuel de cette expérience pilote, de sa durée limitée, nous ne sommes pas en mesure d'en analyser les effets longitudinaux. Néanmoins, une présentation et une discussion des résultats dans les quatre mois suivant notre intervention avec l'équipe soignante de l'institution a montré la

pertinence du dispositif et la nécessité de réaliser ce travail de médiation en lien avec l'équipe qui assure l'accueil et le suivi des patients.

8 Conclusion

La singularité de ce dispositif consiste en ce qu'il propose au sujet une constellation d'objets malléables de différents types comme vecteurs de son rapport aux objets pulsionnels : objets-son, objets-voix, objets-vibration, objets de contact avec textures et consistances plus ou moins dures ou molles, avec des formes diverses, à la fois familières et ambiguës ; autant d'altérités qui entrent en contact avec le corps pulsionnel du sujet. Le cadre clinique permet d'analyser la fonction psychique que viennent remplir les objets matériels présentant des traits des objets partiels, lorsqu'ils sont investis par le sujet en présence et lien avec le clinicien. Nos observations nous conduisent à constater que ce dispositif permet de récupérer des sensations fortes, potentiellement troublantes, dans la mesure où les vibrations mobilisent des zones inattendues du corps dans son étendue et sa profondeur. Ce dispositif est en ce sens pensé comme une médiation à visée thérapeutique pouvant favoriser, selon les conditions des patients, le réinvestissement libidinal des zones corporelles désaffectées dans les anorexies mentales. L'objet médiateur se présente alors comme un trouble-fête de l'économie pulsionnelle figée par le symptôme. Des moyens sont proposés pour que le sujet puisse se saisir de cet espace. Il n'est pas exposé passivement à des stimulations externes qu'il ne serait pas en mesure de tolérer. Grâce au cadre de ce dispositif, les objets de l'expérience peuvent être rappelés et transformés, permettant au sujet de convoquer le contrôle, la modulation et l'échappement de ses propres motions pulsionnelles à travers son action sur des objets externes. Les éprouvés corporels suscités et réactivés par le contact dynamique et évanescents avec ces différents types d'objet, produisent et actualisent des traces mnésiques qu'il est fondamental de pouvoir reconnaître et récupérer par la parole dans le cadre du lien transférentiel entre le patient et le clinicien. Le cadre clinique conçoit ce dispositif, dans sa matérialité même, aussi bien comme un révélateur de

contenus qu'un intermédiaire pour favoriser, dans un après-coup, des mouvements psychiques en vue d'une possible élaboration de ces contenus par le sujet. La manière dont les patients se sont saisis des objets du dispositif a montré son potentiel pour la prise en charge de jeunes patients anorexiques qui s'organisent sur le mode défensif du contrôle implacable des sensations et des affects.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Remerciements

Ce projet a été coordonné par Cristina Lindenmeyer (psychanalyste, MCF HDR, CRPMS) et sa mise en œuvre a été financée par la Fondation de France, appel à projets *Soutenir les jeunes en souffrance psychique*, 2019. No de subvention : 00090759 Projet validé par le comité d'éthique de l'Université de Paris. CER-PD : 2019-39-BARBOSA.

Références

- [1] Lindenmeyer C. Les embarras du féminin. Paris : PUF ; 2019.
- [2] Corcos M. L'anorexie mentale. Dénis et réalités. Rueil-Malmaison: Doin ; 2008.
- [3] Corcos M. Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Malakoff : Dunod ; 2011.
- [4] Corcos M. Sensorialité = fragments épars-morceaux vivants. Expérience clinique, survol littéraire. *Adolescence* 2014 ; 32 (4) : 857-64.
- [5] Corcos M. Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Malakoff : Dunod ; 2005/2010.
- [6] Freud S. Pour introduire le narcissisme (1914). In : Œuvres complètes, XII. Paris : PUF ; 2005. p. 213-245.

- [7] Freud S. Le moi et le ça (1923). In : Œuvres Complètes, XVI. Paris : PUF ; 2010. p. 255-301.
- [8] McDougall J. Théâtres du corps (1989). Paris : Gallimard ; 2003.
- [9] Kestemberg É, Kestemberg J, Decobert S. La faim et le corps, Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale (1972). Paris : PUF ; 2005.
- [10] Corcos M, Gumy M, Loisel Y. Pratiques des médiations corporelles à l'adolescence. Malakoff : Dunod ; 2019.
- [11] Jeammet P. Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence. Paris : Fayard, 2010.
- [12] Brun A, Chouvier B, Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Malakoff : Dunod ; 2019.
- [13] Pankow G. Structuration dynamique dans la psychose. Contribution à la psychothérapie analytique de l'expérience psychotique du monde. Berne : Huber ; 1956.
- [14] Pankow G. Structure familiale et psychose. Paris : Flammarion ; 1977.
- [15] Winnicott D. Transitional Objects and Transitional Phenomena. International Journal of Psycho-Analysis 1953 ; 34 : 89-97.
- [16] Winnicott D. Jeu et réalité. L'espace potentiel (1971). Paris : Gallimard ; 1975.
- [17] Winnicott D. La consultation thérapeutique et l'enfant. Paris : Gallimard ; 1979.
- [18] Roussillon R, Brun A. Formes primaires de symbolisation. Malakoff : Dunod ; 2014.
- [19] Smadja C. A propos des procédés autocalmants du Moi. Revue Française de Psychosomatique 1993 ; 4 : 9-26.
- [20] Szwec G. Les galériens volontaires, essai sur les procédés autocalmants. Paris : PUF ; 1998.