



HAL
open science

“ Musicautism ”, une étude clinique sur l’autisme et la musicothérapie

Emmanuelle Carasco, Oceane Saumon

► **To cite this version:**

Emmanuelle Carasco, Oceane Saumon. “ Musicautism ”, une étude clinique sur l’autisme et la musicothérapie. *Revue française de musicothérapie*, 2017, 36 (2). hal-03430393

HAL Id: hal-03430393

<https://hal.science/hal-03430393v1>

Submitted on 16 Nov 2021

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.



« Musicautism », une étude clinique sur l'autisme et la musicothérapie

Emmanuelle CARASCO

Psychologue clinicienne et musicothérapeute au SHIP (Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie), CHS Georges Daumezon, Bouguenais. Coordinatrice de la recherche clinique « Autisme et musicothérapie », LabMin, Laboratoire de musicothérapie de l'Institut de Musicothérapie de Nantes.

Océane SAUMON

Psychologue Clinicienne, Nantes.

Résumé

La musicothérapie utilise le son pour entrer en communication avec l'autre, favoriser l'expression d'affects, d'émotions et structurer sa personnalité. Bien que la littérature croisse à son sujet, ses processus thérapeutiques restent peu étudiés. Est-ce que la rencontre entre l'enfant autiste et le médium malléable sonore nous permet d'appréhender sa réalité psychique ? Quels sont les processus et les effets thérapeutiques observés dans le dispositif musicothérapeutique ? Quels sont les composants déterminants du dispositif musicothérapeutique dans ses effets thérapeutiques ? En coordination avec le Centre Hospitalier de Nantes, l'Institut de Musicothérapie de Nantes et des institutions partenaires, nous avons réalisé notre étude auprès de deux groupes d'enfants atteints du Trouble du Spectre Autistique (N=6), âgés de 4 à 7 ans. Par la méthode d'observation Esther Bick, mes observations révèlent un trajet thérapeutique commun entre les enfants, allant du collage, d'une indifférenciation soi/autre vers une différenciation progressive soi/autre et une plus grande ouverture au monde extérieur, au groupe, à l'autre ainsi qu'une relance des processus de symbolisation primaire. Cette analyse du trajet thérapeutique des enfants m'a conduit à émettre des hypothèses sur les effets thérapeutiques du dispositif musicothérapeutique comme la facilitation de la constitution ou réparation d'une enveloppe psychique. Le dispositif musicothérapeutique leur a permis également de déployer des processus de symbolisation.

Mots clefs

Musicothérapie ; autisme ; enveloppe psychique ; médium malléable ; symbolisation

Abstract

The music therapy uses sounds in the aim to get in touch with another person, express feelings, and to construct his personality. Although, literature about it is increasing, therapeutics process are less studied. So, do the meeting between autism children and malleable medium understand his psychological reality? What are therapeutics effects and processes in music therapy? What are the main components of the music therapy go to the therapeutics effects ? In coordination with the « Centre Hospitalier de Nantes », « l'Institut de Musicothérapie de Nantes » and partners institutions, this study is made with two children groups (N=6) aged between 4 and 7 years old and diagnosed Autistic Spectrum Disorders. With the Esther Bick's observation method, observations reveal a process chronological shared by childrens from a sticking process phase, lack of differentiation between yourself and others to an exploration of outside world, group, others and a relaunch of symbolization processes. This observations lead hypothesis about therapeutics processes music therapy : music therapy lead a constitution of psychic envelope facilitated by elements of sonore malleable medium. The processus of symbolization are facilitated too by the music therapy.

Keywords

Music therapy ; autism ; psychic envelope ; malleable medium ; symbolization

« *Musicautism* », une étude clinique sur l'autisme et la musicothérapie

Making of de la recherche (E. Carasco)

Le travail de recherche dont je vais vous parler a démarré en 2013 et s'est déroulé en trois phases, sur trois années ; une première année pour monter le projet, une deuxième année pour mettre en place la recherche sur le terrain, une dernière année pour analyser nos résultats, écrire, communiquer, publier.

La première année, avec l'appui de l'Institut de Musicothérapie, j'ai d'abord monté une équipe de travail, avec des musicothérapeutes intéressés par le projet. Nous avons réfléchi ensemble aux contraintes de la recherche qui amènent inévitablement des questions méthodologiques, épistémologiques. Par exemple : comment mettre en forme de façon scientifique une approche psychanalytique qui, par définition, prend en compte la singularité ? Que faire de la subjectivité du chercheur ? Etc. Face à ces questions complexes, notre équipe s'est rapidement enrichie en s'associant à la faculté de psychologie de Nantes.

Puis nous avons réfléchi ensemble au design expérimental (étude contrôlée randomisée de l'efficacité sur les symptômes autistiques d'une prise en charge en musicothérapie chez des enfants autistes de 4 à 7 ans, sur une période de 9 mois, comparée à l'écoute musicale).

Parallèlement, j'ai commencé à rencontrer des équipes de soin, sur le Département de Loire-Atlantique : l'idée était à la fois de leur présenter le projet mais aussi de le modifier en prenant en compte leurs questions, leurs remarques, leurs propositions, leurs craintes. Cette recherche s'est donc co-construite avec les institutions. Cet aspect, qui demande beaucoup de temps de rencontres, me semble essentiel afin qu'une recherche puisse aboutir. Nous avons pu constater l'intérêt enthousiaste des institutions de soin autour de ce projet.

Des acteurs pluri-professionnels se sont mobilisés : le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital, la faculté de médecine par le biais du Diplôme Universitaire de musicothérapie et ses musicothérapeutes diplômés, l'Institut de Musicothérapie de Nantes, la faculté de psychologie (avec la collaboration active de Thomas Rabeyron¹ et trois de ses étudiantes), et enfin les services de soin de la région nantaise (pédopsychiatrie de secteur de différents établissements hospitaliers, Instituts Médico-Educatifs)... Je remercie particulièrement aujourd'hui tous ces acteurs pour leur engagement, leur intérêt, leur dynamisme, leur professionnalisme, leur collaboration.

Le projet devenant concret, nous avons ensuite décidé de recruter des musicothérapeutes souhaitant animer les groupes thérapeutiques, selon le protocole pensé en amont. D'autres musicothérapeutes, déjà présents dans les institutions, ont assuré la prise en charge des groupes d'enfants inclus dans la recherche en musicothérapie.

Nous avons ensuite réuni tous les partenaires afin de caler le travail et répondre aux questions. Les parents ont dû aussi donner leur accord, afin que leur enfant participe à cette recherche.

La deuxième année a vu se mettre en place la recherche sur le terrain. Des bilans en début et fin de protocole ont été réalisés ainsi que les séances de musicothérapie sur 9 mois, une fois par semaine, sauf pendant les vacances scolaires.

La troisième année a été consacrée à l'analyse de nos résultats quantitatifs et qualitatifs, écrire, communiquer, publier. Nous avons bien sûr fait un retour à tous nos partenaires des résultats de la recherche.

Nous avons présenté notre recherche en 2015, au Congrès National de Psychiatrie, et en 2016 aux

¹Maître de conférences, faculté de psychologie de Nantes

journées d'études du Groupe Nantais de Pédopsychiatrie (GNPP).

Nous avons également collaboré à la rédaction d'un ouvrage collectif :

Rabeyron T., Saumon O., Carasco E., Bonnot O. (2016), Médiations thérapeutiques, évaluation des processus et troubles autistiques : l'exemple de la médiation musicothérapique, in *Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques* (sous la direction de Brun A., Roussillon R. et Attigui P.), Dunod, Paris.

Des articles sont en cours de publication. Cette démarche s'inscrit dans une volonté et une nécessité d'évaluer et de valoriser les pratiques de psychothérapie utilisant des médiations. Cette étude est la première, au niveau international, à évaluer un dispositif de musicothérapie au long cours auprès d'enfants autistes. Rappelons que c'est bien l'utilisation des spécificités de la médiation (ici, les qualités de la musique), prise dans une interaction thérapeute/patient, qui constitue un dispositif de soin.

Présentation de la recherche

Afin d'étudier de manière détaillée la rencontre entre l'enfant autiste et la médiation musicothérapique, nous avons mis en place une recherche au sein de six structures de soin de la région nantaise. Cette étude a concerné trente-six enfants, de 4 à 7 ans, présentant un trouble du spectre autistique (diagnostic posé par un pédopsychiatre), répartis de façon aléatoire, pour moitié dans des groupes de musicothérapie et pour l'autre moitié dans des groupes d'écoute musicale. Le but fut ainsi *d'étudier la spécificité du dispositif musicothérapique, en comparaison d'une simple écoute musicale, sur les symptômes d'enfants autistes.*

Chaque groupe, qui accueillait de trois à cinq enfants, a bénéficié de vingt-cinq séances, de septembre à juin, à raison d'une demi-heure par semaine.

- Pour les groupes de musicothérapie : un temps d'écoute musicale suivi d'un temps d'improvisation avec un instrumentarium standardisé², puis de l'écoute d'une comptine qui clôturait la séance, en présence d'un musicothérapeute, d'un co-thérapeute et d'une stagiaire-psychologue en position d'« observatrice écrivante » (Brun, 1999). Celle-ci, n'intervenant pas directement auprès des enfants, prenait des notes détaillées concernant « l'associativité formelle » (Roussillon, 2013) des séances et la dynamique transférentielle. Ces notes donnaient lieu à des reprises après-coup avec la thérapeute et la co-thérapeute à la fin de chaque séance ainsi qu'à des temps de reprise à l'université.
- Pour les groupes écoute musicale : liste de musiques standardisée, donnée à écouter aux enfants, avec le minimum d'intervention des soignants. Pas de musicothérapeute ni d'observateur.

Concernant le cadre thérapeutique, les musicothérapeutes, co-thérapeutes et étudiants disposaient d'un temps de partage et mise en commun de leurs observations et ressentis après chaque séance. Les musicothérapeutes ont également bénéficié, durant la recherche, d'une supervision.

Les étudiants enregistraient en audio chaque séance et pouvaient se servir de ce matériel sonore pour analyser les séances.

La méthodologie de cette recherche fut ainsi d'associer une étude quantitative des effets de la médiation musicothérapique à une étude qualitative approfondie des processus de la médiation.

² L'instrumentarium compte un microphone, un amplificateur audio, un guiro et un balafon ou xylophone ; une flûte à coulisses, une sanza et une grosse percussion ; deux tambourins et maracas ; quatre boomwhakers et œufs sonores.

L'étude quantitative a constitué en une évaluation à l'aveugle des signes cliniques de sévérité des patients avant le démarrage des groupes et à la fin des séances. Les échelles utilisées ont été la CARS, l'ECART-T, la Vineland, l'ABC et la CGI.

L'étude qualitative a pour objectif d'étudier en détails les processus de symbolisation chez l'enfant autiste, bénéficiant d'un soin avec une médiation sonore. Nos travaux s'inscrivent dans la continuité des recherches des psychanalystes tels que Geneviève Haag, Edith Lecourt, Bernard Chouvier, Anne Brun et René Roussillon.

La musicothérapie auprès d'enfants autistes (O. Saumon)

Introduction

Lors de mon mémoire de recherche réalisé dans le cadre de la recherche Musicothérapie et Autisme, j'ai choisi d'utiliser la méthode d'observation d'Esther Bick, c'est-à-dire que je tentais de porter à la fois mon attention sur ce qui pouvait se dérouler à l'extérieur comme les interactions entre les enfants mais aussi à ce qui pouvait se passer en moi, au niveau de mes sensations et impressions ressenties lors des séances afin de saisir ce qui pouvait se passer dans ces deux groupes. Je vais tenter de vous faire part des évolutions les plus marquantes qui ont pu apparaître chez les enfants en musicothérapie et de mes hypothèses au sujet des processus thérapeutiques du dispositif musicothérapeutique.

Symbolisation primaire

Au début des séances de musicothérapie, la fusion est omniprésente au sein des deux groupes. Certains enfants ne font qu'un avec l'instrument. C'est le cas de Matthias, qui présente des troubles autistiques sévères. Il ne parle pas, évite le regard de l'autre, son corps est soit hypertonique soit hypotonique. Il est également enfermé dans de

nombreux comportements stéréotypés. Lors des huit premières séances, Matthias prend le tambourin et le fait tourner en y collant sa tête.

C'est le cas également d'un autre enfant, Kévin, qui est un garçon qui babille essentiellement, il peut dire quelques mots comme « *au'voir* ». Pendant plusieurs séances, il utilise le boomwhaker, en le mettant à la verticale pour y faire glisser un œuf sonore à l'intérieur et attendre que ce dernier ressorte de l'autre côté et tombe sur le sol.

Quelques enfants, au début du dispositif, vont se saisir des instruments d'une manière répétitive sans entrer en relation avec un autre. Toutefois, ce qu'on observe c'est que chacun de ces enfants utilisent les instruments à leur disposition de manière différente et ne vont pas être attirés par les mêmes instruments. Les enfants semblent être attirés par un instrument en fonction de ses propriétés spécifiques et de ce qu'il peut lui permettre de symboliser. Comme Anne Brun (2014) nomme le médium pictural, l'instrument semble également être un « attracteur sensoriel », qui peut réactiver des sensations spécifiques grâce à ses différentes propriétés et ainsi permettre à l'enfant de re-jouer des expériences qui n'avaient pas pu s'inscrire dans le psychisme de l'enfant. Winnicott (1951) parle aussi d' « objet transitionnel » pour désigner un objet qui n'est perçu par l'enfant comme ni totalement interne ni totalement externe et qui peut ainsi révéler quelque chose de sa réalité psychique. Est-ce que Kévin est en train de manifester, à travers l'instrument, ses propres angoisses ? De rejouer des expériences sensorielles de « vidage », d'un corps qui n'arrive pas à contenir en lui ses sensations, émotions, pensées ? Les propriétés de l'instrument (trous) lui permettent-il de rejouer ces expériences non symbolisées, de se les représenter par la mise en scène permise par l'instrument ?

Lors de la seconde séance, la musicothérapeute regarde attentivement Kévin répéter son geste, celui qui consiste à insérer un œuf dans le trou du boomwhaker puis de le regarder tomber sur le sol.

Puis elle interviendra en se saisissant d'un second œuf sonore qu'elle glissera dans le boomwhaker. Elle se saisira de cet instrument à l'horizontal en bouchant les trous de part et d'autre avec ses mains et en le secouant avec l'œuf sonore qui retentit à l'intérieur. Kévin la regardera très attentivement jusqu'à ce que la musicothérapeute fasse ressortir l'œuf de l'instrument. Il reprendra alors ses occupations puis quelques secondes après, il reprendra le boomwhaker et reviendra vers la musicothérapeute pour lui adresser un « coucou » à l'intérieur de l'instrument en regardant droit dans les yeux la musicothérapeute (Rabeyron et al., 2016).

Comme on peut le voir, le rôle de la musicothérapeute est crucial dans le déploiement des processus de symbolisation chez les enfants à partir du « médium malléable » (Milner, 1977). En effet, la musicothérapeute aide l'enfant à transformer les expériences des enfants. Si on reprend l'exemple cité ci-dessus, la musicothérapeute met en scène la fonction contenante en bouchant les trous, elle transforme ainsi l'expérience de « vidage » de Kévin en une expérience d'un contenant contenu. Il nous le montre juste après, en produisant un mot (un contenu) à l'intérieur du boomwhaker (un contenant). Des mots, des contenus peuvent être ainsi émis à l'intérieur d'un contenant, le boomwhaker pour expérimenter la fonction contenante et transformer, ainsi, les angoisses de « vidage » qui peuvent y être associées.

Objet sonore prénatal

On a vu de quelle manière la matérialité des instruments pouvait participer aux processus de symbolisation chez les enfants. Toutefois, les composantes du médium sonore sont bien plus vastes que les instruments. En effet, le médium sonore comprend également le rythme, la voix. Ces éléments constitutifs du médium sonore sont tous très archaïques, perceptibles avant même la naissance. Durant l'ensemble des séances, en tant qu'observatrice écrivante, je ressens d'ailleurs que

l'ambiance qui se dégage au sein des deux groupes, est à chaque fois, très intense et le temps semble s'arrêter dans cet espace sonore. Le dispositif musicothérapeutique fait appel à des sensations primitives, présentes dans les relations avec l'objet primaire. Instant clé dans la constitution d'une enveloppe psychique, de la mise en place d'une fonction contenante et du déploiement de processus de symbolisation.

Le rythme

Au fil des séances, très rapidement, on se rend compte que le rythme adoucit les mœurs, apaise les enfants. On observe que les comportements stéréotypés et auto-balancements, présents chez les enfants au début des séances diminuent. Les enfants retrouvent-ils à l'extérieur, avec la musique, le rythme qu'ils s'auto-procuraient pour s'apaiser ?

Au début des séances, la musicothérapeute, utilise souvent un rythme régulier, binaire, rassurant, proche du rythme cardiaque de la mère. Rythme, que Daniel Marcelli (1992) qualifie de « macrorhythmes » et qui se retrouve dans la régularité des soins maternels primaires apportés au nourrisson. Ce type de rythme est surtout utilisée par les musicothérapeutes au début des séances lorsque les enfants découvrent cet atelier, doivent se confronter à la nouveauté, difficile à accepter pour la plupart de ces enfants.

Ce qui me surprend, c'est que très rapidement, dès la 3^{ème} séance, les enfants comprennent, par exemple, que lorsque le temps de l'improvisation musicale se termine, c'est le temps de la comptine, du rituel de fin, et on voit alors les enfants venir s'asseoir pour ce temps d'écoute avant que des mots, consignes soient prononcées par les thérapeutes. Ils repèrent très rapidement les différents moments (le cadre) qui scandent l'atelier. Ainsi, on peut faire l'hypothèse qu'au-delà de l'apaisement, de la fonction contenante évidente apportée par le rythme, qu'il faciliterait également le repérage du cadre thérapeutique.

Au fil des séances, lorsque le cadre du dispositif est repéré, que les enfants se sentent suffisamment en sécurité, une autre forme de rythme peut être saisie par les enfants : les « microrhythmes » (Marcelli, 1992). Ces « microrhythmes » pour Marcelli (1992) suscitent davantage la surprise que les « macrorhythmes » et sont davantage utilisées dans les interactions ludiques au cours des interactions entre la mère et son nourrisson. On peut également parler de « rythme dans le rythme », c'est-à-dire, la possibilité pour la majorité enfants des deux groupes à accueillir, au fil des séances, des plus grandes nuances rythmiques et des ruptures dans le rythme, qui suscitent chez eux, le jeu. S'agit-il d'un premier pas pour l'accueil de la surprise, de la nouveauté ? De plus, le rythme de la musique permet aux enfants de mettre en mouvement leurs corps. On voit dans les deux groupes, des évolutions au niveau du corps des enfants surtout pour ceux dont l'image de leur corps était la plus troublée. Un enfant, Maxence, très inhibé au niveau de son corps qui restait toujours assis à la même place durant les dix premières séances de musicothérapie, commence petit à petit à se déplacer dans la pièce, à prendre conscience de ses différentes parties de son corps : il bouge d'abord le haut de son corps (buste, mains, bras) en restant comme englué dans le sol puis au fil des séances, il découvre le bas de son corps, il sautille, plie ses jambes sur le fond rythmique du djembé. C'est le cas également de Matthias qui se déplaçait essentiellement à quatre pattes durant les dix premières séances. Il se met petit à petit debout, à tourner autour des fauteuils, à exagérer ses pas lorsqu'il marche en synchronisation avec le rythme de la musique. Et il fait une découverte : son ombre sur le sol qu'il ne percevait pas auparavant (Saumon, 2015).

La voix pour soi, en soi

Autre élément fondamental en musicothérapie : la voix. La voix, semble avoir les qualités constitutives de l'objet transitionnel : elle est à la fois interne et externe. Lorsqu'on parle, c'est nous qui parlons de l'intérieur et en même temps on

s'entend parler à l'extérieur. Ce qui permet aux enfants de faire, par exemple, l'expérience de leurs limites corporelles.

Dans les deux groupes, pour la majorité des enfants qui n'ont pas le langage, le dispositif musicothérapeutique leur permet de manipuler leur voix, de jouer avec dans un contexte sécurisant. C'est le cas de Kévin, qui à partir de la 5^{ème} séance, commence à utiliser sa voix, à émettre des sons tels que « *bi bi* » sur le fond sonore créé par le groupe. Souvent, il émet ses sons en marge du groupe, de manière solitaire et surtout il semble y prendre beaucoup de plaisir. Est-ce que l'enfant intègre en soi son expérience en jargonnant, babillant dans une boucle audio-phonique avec soi-même ? A-t-il besoin de s'entendre pour pouvoir penser ?

Un autre enfant, Maxence, qui a un langage stéréotypé, répète souvent en écholalie ce qu'il entend de manière non expressive. Au cours des séances, il se met à faire de longs discours incompréhensibles par l'autre mais son discours est teinté de nombreuses intonations dans sa voix et lui procure des rires, du plaisir. Ils semblent se raconter et raconter à l'autre des histoires. Peut-être que la musicothérapie a permis à Maxence de découvrir un autre aspect du langage, plus expressif, moins clivé de ses sensations et affects que celui qu'il pouvait utiliser. Lors de ces séquences, lorsque j'observe Maxence et Kévin, j'ai la sensation qu'ils découvrent réellement leur voix pour la première fois dans cet espace de musicothérapie.

En ce qui concerne deux autres enfants, Léon et Laurent qui ont, tous deux, un langage construit, la musicothérapie au cours des séances, leur permet d'utiliser leur voix comme un outil pour mieux sentir leur corps, leurs limites corporelles et aussi, se constituer une identité, se différencier des autres. C'est le cas de Léon, qui alterne entre fusion et rejet dans la relation avec l'autre, qui a des difficultés de différenciation soi/ autre. Il peut par moments, faire de longs câlins au co-thérapeute puis à d'autres moments, l'agresser ou

bien agresser un autre enfant en le griffant au visage par exemple. Il se saisira du micro au fil des séances et fera l'expérience de sa voix qu'il s'amusera à moduler, tantôt grave, tantôt aiguë. Il s'amusera aussi à demander aux autres de chanter et ainsi apprendre à différencier sa voix, de celle des autres. A la fin du dispositif musicothérapeutique, il demandera, par exemple, au co-thérapeute s'il est bien présent. Ce qui lui permettra de symboliser sa présence et la présence de l'autre. Ainsi, la voix pour Léo a joué un rôle prédominant pour lui, lui a permis de distinguer ce qui lui appartenait de ce qui ne lui appartenait pas, de travailler sur ses limites et de se différencier psychiquement de l'autre. La voix, peut donc aider les enfants à travailler sur les limites du corps, être un support d'identité pour les aider à se ressentir et à se différencier de l'autre.

Un autre enfant, Laurent, qui a un langage structuré, était pourtant « absent », avait dû mal à se faire entendre par le groupe et à y prendre sa place. Les thérapeutes pouvaient avoir tendance à l'oublier. Au fil des séances, Laurent prendra une place de plus en plus importante dans le groupe notamment grâce à la voix. En effet, il utilisera sa voix pour inventer des paroles, improviser, créer des mélodies. Les paroles qu'il inventera seront directement en lien directement avec sa propre histoire et deviendra un support pour lui de symbolisation, d'intégration de son expérience, de ce qu'il vit. La voix lui a permis également progressivement de se faire entendre, se faire reconnaître par le groupe, par un autre.

Ce qu'on peut constater c'est que pour la majorité des enfants, à des niveaux variés de symbolisation suivant les enfants, la voix a été un formidable outil de communication avec l'autre, de travail sur ses limites, ses ressentis corporels. Elle permet également, en tant que véritable médium malléable, de favoriser les processus de symbolisation. En effet, elle possède toutes les caractéristiques du « médium malléable » en étant à la fois indestructible, sensible, transformable, vivante et toujours disponible (Roussillon, 1991).

Mais tout ceci, ne pourrait se réaliser sans la présence du musicothérapeute, du co-thérapeute et du groupe qui entrent en relation avec l'enfant par le biais du médium sonore et deviennent à leur tour des médiums malléables pour faciliter le déploiement de ces processus.

Le rôle des musicothérapeutes et du groupe

Les musicothérapeutes tentent de se rapprocher au plus près des qualités du « médium malléable » (Roussillon, 1991) en jouant avec les propriétés du médium sonore, facilitatrices à leur tour, des processus de symbolisation.

Le miroir sonore

Une des techniques, largement utilisée par les musicothérapeutes, au cours des séances de musicothérapie, c'est la technique du « miroir sonore ». Cette technique permet de s'accorder au plus près des états émotionnels, affectifs de l'enfant. Daniel Stern (1985) parle d'« accordage affectif » pour décrire ces phénomènes dans lesquels il ne s'agit pas d'imiter strictement ce que fait l'enfant mais plutôt de lui renvoyer un message à propos de ses affects afin qu'il puisse se les approprier, les ressentir plus facilement.

Selon Daniel Stern (1985), cet accordage affectif se ferait selon trois modalités : le rythme, l'intensité et la forme. On comprend ainsi mieux pourquoi la musique s'avère être un médium de choix pour faciliter l'accordage affectif. En effet, grâce aux différentes nuances rythmiques, d'intensité et de forme qu'offre la musique, le musicothérapeute peut s'accorder au plus près des états émotionnels, affectifs de l'enfant. Par exemple, un des enfants du groupe, Matthias, avait repéré lors d'une séance des jouets cachés derrière un drap, qui ne faisait pas parti du dispositif musicothérapeutique. La musicothérapeute et la co-thérapeute lui interdisent d'y toucher. Matthias se met alors à pleurer fortement. La co-thérapeute cherche d'abord à attirer son attention sur autre chose, en déclenchant un jeu de coucou-caché qui l'amuse d'habitude, mais Matthias continue de pleurer. La co-thérapeute commence alors à se

saisir d'un tambourin et se met à taper dessus lentement en poussant de petits cris en l'imitant « *hin hin !* » et en chantant assez fort « *Noooooo Noooooo !* Je suis en colère !! » La musicothérapeute renchérit avec un « on va sortir la colère !! » Mathias a l'air surpris, et il s'arrête de pleurer presque instantanément. Les affects de colère que pouvaient ressentir Matthias et qu'il n'arrivait pas contenir seul, ont été reconnus par la co-thérapeute et la musicothérapeute. Ainsi, ils ont pu être contenus et renvoyés à l'enfant de manière transformés par l'accordage affectif possible par l'intensité, le rythme sonore du djembé qui ont conservé l'intensité de la colère exprimée par Matthias tandis que ses cris se sont transformés par un « Non » chanté et mélodisé par la co-thérapeute (Rabeyron et al., 2016).

On remarque également dans les groupes, que les premières formes de symbolisation semblent accessibles seulement si l'environnement arrive à s'accorder à l'enfant. Si l'enfant ne retrouve pas à l'extérieur, ce qui l'anime à l'intérieur c'est plus difficile pour lui de le contenir, de se le représenter et alors de pouvoir l'intégrer psychiquement. Ainsi l'accordage affectif faciliterait les processus de symbolisation. En effet, dans les groupes, lorsque la musicothérapeute verbalise hors des séances de musicothérapie, des difficultés à s'accorder à tel ou tel enfant, les processus de symbolisation chez cet enfant semblent alors « en panne ». Tandis que, lorsque la musicothérapeute parvient à s'accorder au plus près de l'enfant, des échanges, des jeux, des processus de symbolisation émergent alors (Saumon, 2015).

Cet accordage nécessite de la part des thérapeutes, une sensibilité, une véritable réceptivité aux affects des enfants. De plus, il requiert également une souplesse, de la créativité, « une capacité de rêverie maternelle » (Bion, 1967), pour pouvoir, par exemple, associer à partir des comportements non-verbaux des enfants et ainsi, transformer leur expérience. Ils doivent faire preuve de « virtualité symbolisante » (Brun, 2015) lorsqu'ils reprennent les comportements des enfants en leur donnant un

sens, en transformant par exemple, leurs cris en des mots, en des véritables messages adressés à un autre.

Le groupe contenant

Au départ, lors des premières séances dans un groupe, on assiste à un « brouhaha » sonore et dans l'autre groupe d'enfants, on assiste à des vides sonores. On ne peut pas véritablement parler d'« accordage » dans le groupe. L'accordage se fera d'abord dans les deux groupes, entre un enfant et le musicothérapeute ou le co-thérapeute dans une relation duelle, fusionnelle. Cet accordage va s'étendre petit à petit au groupe entier puis à des sous-groupes.

En effet, au fil des séances, on remarque que les enfants produisent un rythme qui se synchronise aux autres. Ce qui révèle la naissance d'une « enveloppe psychique groupale » c'est à dire qu'un espace psychique propre au groupe, partageable entre les différents membres peut enfin éclore. L'expérience des uns résonne, enfin, avec celle des autres. On le voit également à travers les échanges sonores entre les enfants qui deviennent plus nombreux. Des mises en scènes se partagent. Un enfant se met à chuter sur la musique rituelle de départ et les autres enfants l'imitent et se mettent à chuter les uns après les autres en riant. Cette séquence de jeu entre les enfants, commune au groupe, se répétera sur les séances suivantes. Ces mises en scènes se réalisent dans un plaisir partagé et peuvent évoquer la mise en scène d'angoisses de chutes. Le fait de pouvoir rejouer ces sensations primitives, ces angoisses dans un plaisir partagé semble être un des éléments clés dans l'intégration et la transformation psychique des enfants.

Le dispositif musicothérapeute suscite le plaisir et le jeu en groupe, ce qui favorise les processus de symbolisation. A travers, par exemple, des jeux de coucou-caché qui apparaissent dans les deux groupes, certains enfants arrivent à se représenter la présence et l'absence de l'autre. Le cadre musicothérapeutique les a aidés à travailler sur

leurs limites, à intégrer du tiers, de l'altérité, du non-même. Ceci se traduit dans les échanges sonores, par des jeux sonores non plus à deux mais à trois, des silences qui se font plus présents. Le jeu dans un contexte sécurisant, leur ont permis aussi de mettre en scène des angoisses primitives et de pouvoir les transformer par l'échange avec l'autre et le plaisir associé à l'expérience vécue. De plus, c'est un dispositif dans lequel, une grande liberté est permise. En effet, certains mouvements de destructivité peuvent être tolérés, par exemple, avec les instruments. Cette liberté permise, cette tolérance de l'expression des pulsions destructrices des enfants permette aux enfants de relancer certains processus de symbolisation « en panne ».

Conclusion

Le dispositif musicothérapeutique (le cadre, la musicothérapeute, le groupe et le médium sonore) a permis de mettre en scène et d'introjecter une fonction contenant grâce notamment à la malléabilité des thérapeutes et aux propriétés archaïques du médium sonore.

Dans un cadre sécurisant et un dispositif qui leur a laissé une liberté importante, les enfants ont pu y développer de nombreux processus de symbolisation notamment en ce qui concerne la différenciation dedans/dehors, soi/ autre.

Les thérapeutes ont mis en œuvre un dispositif regroupant à la fois des qualités maternelles (réceptivité, souplesse, malléabilité) et paternels (consistance, solidité, indestructibilité) pour assurer la fonction contenant et permettre aux enfants de l'introjecter. Les expériences, émotions et sensations des enfants sont contenus à l'intérieur du dispositif et peuvent ainsi être mises en scène et transformées.

Ces processus de symbolisation émergent toujours sur un fond sonore musical qui semble agir comme une substance « vivante » animant la psyché et la remettant en mouvement. Ainsi, la

musique en elle-même, symboliserait le processus de symbolisation, le rythmerait (Rabeyron et al., 2016).

Bibliographie

- Bion, W. R. (1967). *Réflexion faite*. Paris : PUF, 2001.
- Brun, A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 57, 2, 437-464.
- Brun, A. (2015). Processus créateur et figuration des traumas corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91, 1, 9-26.
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*, 35, 1, 57-82.
- Milner, M. (1977). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6, 844-874.
- Rabeyron, T., Saumon, O., Carasco, E., Bonnot, O. (2016). Médiations thérapeutiques, évaluation des processus et troubles autistiques : l'exemple de la médiation musicothérapique. In A. Brun, R. Roussillon, et P. Attigui (Eds.), *Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques* (pp.441- 465). Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF, 2005.
- Saumon, O. (2015). *L'autisme dans les médiations thérapeutiques (Mémoire de Recherche : Psychologie)*. Université de Nantes.
- Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson une perspective psychanalytique et développementale* (Lazartigues & Pérard, trad). Paris : PUF, 2003.
- Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 169-186). Paris : Payot, 1969.