



HAL
open science

Quelle parole le musicothérapeute en psychiatrie doit-il faire surgir ? En psychiatrie, le musicothérapeute doit-il absolument faire parler les malades ?

Nicole Duperret-Gonzalez, Nelly Madeira

► To cite this version:

Nicole Duperret-Gonzalez, Nelly Madeira. Quelle parole le musicothérapeute en psychiatrie doit-il faire surgir ? En psychiatrie, le musicothérapeute doit-il absolument faire parler les malades ?. Revue française de musicothérapie, 2019, 38 (2). hal-03432337

HAL Id: hal-03432337

<https://hal.science/hal-03432337v1>

Submitted on 17 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.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume XXXVIII - numéro 02 - décembre 2019

Quelle parole le musicothérapeute en psychiatrie doit-il faire surgir ? En psychiatrie, le musicothérapeute doit-il absolument faire parler les malades ?

Nicole Duperret

Musicothérapeutes, psychiatrie de l'adulte, Chalon sur Saône (71).

Nelly Madeira

Musicothérapeutes, psychiatrie de l'adulte, Chalon sur Saône (71).

Résumé

Il est classique d'admettre que de parler et ainsi d'exprimer ses soucis à autrui peut avoir bien souvent une fonction apaisante. C'est sur ce point de vue très populaire que les soins en psychiatrie reposent le plus souvent. Les nombreux théoriciens du soin psychique offrent de fréquentes illustrations cliniques au sujet du sens du symptôme psychiatrique, du point de vue de la dynamique intra subjective et/ou intersubjective.

Souvent le malade mental ne parle pas, qu'il ne le puisse ou ne souhaite pas, ou bien parle « à côté », dans un langage parlé hermétique.

C'est pour cela que les techniques du soin psychique ayant recours à certaines médiations artistiques, et surtout à la musicothérapie, revêtent un intérêt non négligeable. Il est, dans le présent travail, question de faire référence à plusieurs situations thérapeutiques où le recours à la parole elle-même représente un obstacle à la possibilité de symbolisation de la personne malade.

Nous dressons ainsi, du côté de la psychiatrie, une sorte de petit catalogue de cas de mutisme ou de silence pathologique que la musicothérapie, grâce à chaque fois à un aménagement du dispositif, va permettre de lever.

Abstract

It is commonly accepted that talking to someone else about one's troubles[3] can have a calming effect. Indeed, psychiatric care generally revolves around talking therapies. Many clinical examples from mental health care theorists look at the meaning of psychiatric symptoms in the light of intra- and/or inter-subjective dynamics.

Often, psychiatric patients do not speak, either because they cannot or do not wish to, or else because their spoken language is incomprehensible or beside the point. Hence the considerable value of psychotherapies which use art as a medium, in particular music therapy. Here, we refer to several clinical examples where the very use of language represents an obstacle, which inhibits the patient's capacity to symbolise.

Aimed at the field of mental health care, this article provides a sort of mini-catalogue of cases, where music therapy has helped to overcome mutism or pathological silence thanks to constant adjustments in our treatment methods.

Introduction

Le musicothérapeute, qui passe sa vie à manipuler avec ses patients des œuvres plus ou moins artistiques, ne cesse de s'interroger sur les fondements de son travail.

La musicothérapie existe depuis l'antiquité, peut-être même depuis l'origine de l'homme. C'est toutefois à partir des travaux de Freud, écrits au début du 20^{ème} siècle, qu'un début de conceptualisation a pu être possible conduisant les chercheurs à la mise en forme de théories sur les processus de pensée et leurs applications en art-thérapie.

Anne Brun (2) nous rappelle que le créateur qui engage « sa propre activité inconsciente dans son œuvre », permet que celle-ci « lève le refoulement des désirs inconscients du spectateur, de l'auditeur ou du lecteur ».

Elle s'appuie en particulier sur l'analyse de Freud au sujet de la tragédie « Œdipe » de Sophocle, dans laquelle Freud précise qu'Œdipe est « celui qui a accompli le souhait de notre enfance ».

Freud disait aussi, toujours cité par Anne Brun : « Les forces pulsionnelles à l'œuvre dans l'art sont les mêmes conflits qui poussent à la névrose d'autres individus ».

Ceci conduit Anne Brun à préciser : « Les médiations artistiques s'inscrivent en lieu et place des symptômes ».

Quelle parole attendre des malades mentaux ?

Les dispositifs des musicothérapeutes au sujet de la prise de parole varient selon leurs approches théoriques. Pour certains il convient autant que possible d'aider le ou les patients à prendre la parole, de la manière la plus sensée qui soit. Pour d'autres, comme Benenson (1), il convient plutôt que le musicothérapeute lui-même prenne la parole au sujet du travail qu'il effectue avec son patient.

Parler est-il structurant ?

Ou bien est-ce parce notre pensée est structurée que nous pouvons parler ?

Les malades psychiatriques présentent tous des troubles de la parole, soit sur le plan du tempo, du rythme, de la mélodie (prosodie), de l'émission sonore (dysarthrie), ou du contenu, plus ou moins en rapport avec la réalité, plus ou moins riche, plus ou moins compréhensible...

Le trouble de la parole est souvent le signal d'un trouble psychologique ou psychiatrique.

Mais pourquoi souffre-t-on de troubles psychiatriques ?

René Roussillon (11) nous dit : « On souffre du non-approprié de l'histoire et de l'expérience subjective. »

Il précise : « On guérit en jouant symboliquement et en s'appropriant ainsi l'expérience subjective en souffrance dans la psyché. »

Evidemment la guérison dont il parle sera plus ou moins patente suivant la structure de la personnalité du malade psychiatrique, et la gravité de sa pathologie.

Le principe d'un dispositif de soins psychiques est donc d'étayer chez le patient l'activité de symbolisation.

De nombreux patients séjournant en hôpital psychiatrique souffrent d'un défaut de symbolisation, et bien souvent de mentalisation. Ils sont incapables de repérer leurs propres affects, de les nommer, et de transmettre à autrui leurs difficultés de penser. Une psychothérapie purement verbale se révèle rapidement inefficace. Du coup, ces malades sont en échec relationnel, tant du côté de leur famille que de leur entourage social. Ils sont incompétents dans la capacité à manifester verbalement leurs difficultés, et à découvrir les clefs de leur mal être.

C'est dans un tel contexte que l'indication de la musicothérapie est posée et que le musicothérapeute réalise son bilan psychomusical.

En fonction des éléments cliniques recueillis par le professionnel, un dispositif est choisi.

Toutefois, les résultats obtenus sont parfois décevants, les malades se montrant opposants, mutiques, bloqués dans leur symptomatologie.

La musicothérapeute se doit alors de redoubler de créativité, en modifiant notamment le schéma des séances prévu initialement. Il doit puiser en lui des ressources d'énergie. Il doit tâcher de deviner la problématique de son patient en s'appuyant sur l'analyse de son propre vécu de cette relation qui se noue si mal entre eux. Il doit tenter d'amener le malade à adhérer à son soin, et à se signifier en séance de manière moins occulte.

Le recours à la musicothérapie sous-entend pour le patient une difficulté à la prise de parole. Nous savons bien qu'il existe d'autres moyens d'expression que le langage parlé. L'expression sonore en est un exemple.

L'écueil majeur, dans les thérapies non verbales, reste la question du sens, même pour le musicothérapeute, qui a le loisir de proposer ou communication sonore musicale, ou écoute d'œuvres musicales.

Madame Xanthoula DAKONAVOU (3) dit : « il est impossible d'établir une correspondance terme à terme entre la musique et le langage ».

Nous pouvons préciser : « il est impossible d'établir une correspondance terme à terme entre la musique et le langage **parlé**, la musique pouvant être considérée par certains comme un langage, puisqu'elle est dotée d'un code et qu'elle est à visée de communication, un langage étant « un système structuré de signes non verbaux remplissant une fonction de communication » (4)

Alors, le musicothérapeute doit-il absolument faire parler les malades ?

Il est possible que la clinique nous aide à répondre à notre question.

Voici quelques situations à titre d'exemple, d'abord en musicothérapie individuelle, puis en musicothérapie de groupe.

Deux cas de musicothérapie individuelle

L'affect bloqué : Dominique

Souvent les malades traités en psychiatrie souffrent d'une alexithymie plus ou moins sévère. (5)

Ils sont dans l'incapacité d'exprimer ou de repérer leurs affects, donnant ainsi à l'entourage et à leur psychothérapeute une sensation d'ennui, ou d'anesthésie. Le musicothérapeute peut espérer, par le moyen de sa médiation inductrice, se saisir de quelques bribes de réactions chez son patient, au cours de la séance, qui puisse l'amener à accéder à une partie de sa problématique en souffrance.

Présentation de Dominique :

Dominique, 44 ans, est hospitalisée pour la seconde fois dans la même année pour dépression. Son histoire est faite de violences conjugales et de précarité. Elle est légèrement déficitaire.

Elle a besoin d'évacuer de la colère, des pensées, au sujet de mauvais souvenirs de violence qui la « hantent » encore. Il lui est difficile d'exprimer cette colère par des mots. Elle apprécie beaucoup les percussions, qui sont proposées en musicothérapie active.

Description du dispositif choisi en musicothérapie et déroulement des séances :

1) L'échauffement : Devant cette présentation complexe, la musicothérapeute se propose de donner à sa malade les moyens de se défouler, et de mimer sur les djembés une manière de régler ses comptes avec son entourage. En proposant des crescendos sur les instruments à percussion, le musicothérapeute accompagne Dominique dans un jeu de plus en plus sonore : cette dernière s' imagine taper sur son ex-compagnon qui la violente. C'est au décours de ce temps de « défouloir » qu'elle met également des mots sur sa colère.

Ce type de travail s'apparente au musicodrame, inventé par Jean-Marie Guiraud Caladou, (8) et développé par Xanthoula DAKONAVOU (3) qui nous dit : « Il existe un codage symbolique

musical qui peut traduire des affects et même des idées, mais (que) ceci n'est compréhensible qu'au sein de la culture d'appartenance... Nous choisissons, par notre protocole, de passer par un décodage du contenu latent par le patient lui-même : nous lui demandons de passer du langage des représentations musicales au langage des représentations d'images et celui des mots. »

2) La création de rythmes : La musicothérapeute propose des rythmes, plus ou moins développés, qui sont repris voire développés par Dominique. Ce jeu en alternance renvoie Dominique à de bons souvenirs de jeunesse en groupes.

3) La mise en corrélation des sons et des émotions : il est proposé à Dominique un jeu à tout de rôle. Il s'agit d'imaginer une émotion, un sentiment, et de tenter de l'exprimer ensuite sur l'instrument. Lors de l'échange verbal qui suit, les termes cités par Dominique sont très souvent en lien avec son état du moment. Ainsi, les mots « colère », « rage » et « ennui » reviennent-ils très souvent. C'est seulement après les avoir pensés, puis « traduits » en sons, que Dominique peut expliquer ce qu'elle ressent.

Ce type de défoulement organisé au moyen des percussions lui permet enfin d'accéder à la détente.

Commentaire : La musicothérapeute propose des exercices qui permettent à Dominique d'acquérir une petite technique musicale de base, une sorte de « vocabulaire musical », l'autorisant à exprimer ses affects bloqués en évitant le danger, pour elle et pour sa relation aux autres, d'une prise de parole. Cette approche lui permet d'être « entendue » par la musicothérapeute, et d'en éprouver un soulagement manifeste en fin de séance.

Le refus de parler ou la musicothérapie pour transférer sa haine : Julia

Présentation de Julia :

Julia a 33 ans. Elle est hospitalisée depuis un an et demi car elle est gravement dépendante de l'alcool. Malgré un niveau d'intelligence élevé, elle est incapable de se gérer seule à l'extérieur.

Julia, dans le déni de ses troubles, n'adhère absolument pas aux activités thérapeutiques qui lui sont proposées.

Description du dispositif choisi en musicothérapie et déroulement des séances :

Ce dispositif est plus lourd que pour d'autres patients, étant donné la gravité des troubles.

- Une équipe d'infirmiers dans le pavillon où est hospitalisée la patiente depuis un an et demi : ils veillent à ce qu'elle se rende à ses rendez-vous et lui prodiguent d'autres soins, en particulier des soins psychocorporels et un temps hebdomadaire et individuel de lecture de contes.

- Une séance hebdomadaire d'entretien avec le psychiatre d'une durée d'une demi-heure à trois quarts d'heures, permettant de reprendre ce qui se passe dans les autres lieux et de tâcher d'avancer dans la compréhension de la problématique de Julia.

- Une séance hebdomadaire de musicothérapie réceptive.

Le parcours de Julia en musicothérapie, théoriquement hebdomadaire, est parsemé d'absences (volontaires) et de séances chaotiques, non productives. Lors de certaines séances, Julia se plonge dans un mutisme poli, tout en précisant qu'elle est là juste parce que le soin est prescrit.

Elle s'excuse toujours de n'avoir rien à dire ; elle reste ensuite totalement silencieuse jusqu'à la fin de la séance.

Lors de son bilan psychomusical, Julia avait parlé de son intérêt pour la musique, tous styles confondus. Pourtant, en séance, elle montre une incapacité à faire des choix, à exprimer des souhaits d'écoute. Lorsque la musicothérapeute choisit elle-même la musique, dans un schéma de musicothérapie réceptive classique, Julia n'a rien à dire, ou bien elle se rattache à l'aspect technique et se met à décrire le style musical et les instruments entendus.

Lorsqu'il lui est proposé de choisir elle-même la musique, directement dans la grande armoire où sont rangés tous les CD, Julia n'explore pas la médiathèque et s'empare dans le plus grand des

hasards d'un CD, dont elle n'a même pas regardé la pochette.

Alors qu'elle ne manifeste rien au sujet de la musique, elle remarque qu'elle n'arrive pas à faire de choix, à savoir ce qu'elle veut. Elle dit préférer finalement que les œuvres soient choisies pour elle. Une seule fois, Julia demande à écouter une chanson : Orelsan « suicide social », qui lui permet ensuite d'évoquer son ex-compagnon et ses autres relations amoureuses.

Plusieurs semaines après le début de sa musicothérapie, Julia semble effectuer des choix plus facilement. La musicothérapeute l'aide en présélectionnant un échantillon de CD, et Julia choisit parmi cet échantillon. Cela établit un juste milieu entre imposer plusieurs écoutes prédéfinies à l'avance ou laisser la patiente choisir complètement seule la musique. Julia effectue ses choix avec un peu plus d'investissement.

Les verbalisations après les écoutes sont encore difficiles. Julia dit qu'elle n'arrive toujours pas à sortir la colère qu'elle a en elle. Ses brefs échanges sont portés sur des souvenirs récents entre amis, à écouter de la musique. A ce stade de la prise en soins, Julia reconnaît néanmoins avoir du mal à lâcher prise autrement qu'avec le recours à l'alcool.

Commentaire : Dans cette situation, l'accompagnement thérapeutique de la patiente est très lourd, car le pronostic est très péjoratif. C'est parce que Julia attaque le cadre en jouant sur ses « absences-présences » en musicothérapie, en s'alcoolisant de temps en temps ou en présentant dans son unité d'hospitalisation des phases de vomissements suite à des épisodes de boulimie, que la malade inquiète. Elle-même exprime une grande haine vis à vis de sa mère, trop présente et trop absente selon elle, haine qu'elle ne veut absolument pas élaborer en thérapie familiale.

Les mois passent, sa présence est régulière à ses entretiens en psychothérapie verbale, dont le contenu est assez pauvre, et elle poursuit son attaque du soin en musicothérapie. Petit à petit elle découvre que sa colère contre sa mère s'est estompée, et elle peut faire le lien avec sa prématurité : elle a passé trois mois en

réanimation pédiatrique après sa naissance, et pendant de nombreuses années elle était hospitalisée plusieurs fois par an pour des difficultés respiratoires. La famille, comme les soignants actuellement, craignent qu'elle ne meure à chaque instant.

L'intérêt ici est de se focaliser en musicothérapie sur la question de la répétition de ce qui devient un « jeu » de présence-absence, et de l'attaque du cadre à l'intérieur de la séance, permettant enfin à Julia un début de maîtrise de sa propre destinée.

Deux cas de musicothérapie en petits groupes

L'incapacité à parler : Maxime

Présentation du malade :

Maxime a 27 ans. Il est suivi en psychiatrie depuis l'âge de deux ans en raison d'une déficience intellectuelle très importante et de troubles du comportement. Il n'a aucune distance relationnelle avec les autres et se montre très envahissant. Il ne va jamais vers l'autre pour communiquer. Il est provocateur et conflictuel. Il s'isole beaucoup et reste très souvent dans sa chambre à écouter de la musique en jouant. Son langage est peu élaboré. Son vocabulaire est infantin.

Présentation du dispositif choisi en musicothérapie : un petit groupe

Maxime participe pendant plus de deux ans à un groupe hebdomadaire de musicothérapie, composé de trois autres patients profondément déficitaires. Les séances se déroulaient selon un dispositif bien défini :

1) Echanges, accueil de la parole des patients, et de leurs manifestations corporelles et comportementales.

2) Ecoute musicale, où les patients peuvent choisir chacun à leur tour une musique (à partir d'une sélection de CD). Ils sont invités à s'exprimer sur la musique.

3) Improvisation musicale, avec de petits instruments, où sont proposés des improvisations libres, des jeux sonores, ou des temps de communication sonore selon le modèle du professeur Edith Lecourt (10).

4) Retour au calme, avec généralement un dessin sur une musique.

L'expression verbale des participants est encouragée, en tenant compte cependant de tout autre signe de communication.

Remarque : Lorsque la musicothérapie se déroule en petit groupe, le sens du symptôme chez l'un peut prendre forme dans les propositions musicales d'un autre. La groupalité du symptôme peut se concrétiser dans le vécu du groupe de musicothérapie.

Le musicothérapeute dans cette circonstance est conduit à focaliser son attention dans des directions précises, afin de repérer des éléments cliniques lui permettant une analyse des processus en vigueur au cours des séances qu'il anime.

Le psychanalyste de groupe René Kaës (9) distingue, à la suite de ses prédécesseurs (notamment Enrique Pichon-Rivière en Argentine et Anzieu en France), trois espaces psychiques :

- *L'espace du groupe* : René Kaës propose le modèle d'un « appareil psychique groupal dont le travail est de lier et de transformer les espaces psychiques des sujets membres du groupe de telle sorte que se créent des formations et des processus spécifiques ».

- *L'espace du lien* : c'est selon lui « l'espace des liens qui s'établissent, dans le cadre du groupe, entre les membres du groupe ».

- *L'espace du sujet singulier* : il explique que « la situation groupale met en travail les rapports que le sujet entretient avec ses propres objets inconscients, avec les objets inconscients des autres, avec les objets communs et partagés qui sont là, et avec ceux qui se présentent et se construisent dans la situation de groupe ».

Lors du début de la prise en soins de Maxime en musicothérapie, les objectifs globaux visent l'amélioration des capacités de socialisation, de relation à autrui, de communication verbale et non

verbale, d'expression des émotions, et tout simplement du plaisir en séance.

Dans l'observation qui suit, seul l'axe de l'espace du sujet singulier sera évalué.

Au début, Maxime se bloque quand on l'incite à s'exprimer seulement par la parole et il s'isole du groupe.

Au fil des mois, il progresse sur le plan des capacités d'attention qu'il porte aux autres patients. Il devient capable de percevoir lorsqu'il y a un absent, de le nommer et de poser des questions sur les raisons de cette absence.

Au décours des échanges médiatisés avec les instruments de musique, grâce à l'appui du groupe, il s'exprime émotionnellement et verbalement.

Le contenu de son discours se précise, et ne se limite plus à « oui » et « non ». Maxime s'efforce de mieux construire ses phrases. Il signifie sa peur de perdre, sa jalousie, son inquiétude par rapport à un patient du groupe absent car hospitalisé. Ses mots et son faciès sont en cohérence.

Il parvient à énoncer des souvenirs, des anecdotes, de plus en plus détaillés, bons ou mauvais, sans discordance affective. Il fait alors des efforts pour articuler et se faire comprendre, même si le volume de sa voix reste très faible. Il parvient de mieux en mieux à faire référence à ses états d'agitation et à contenir physiquement sa colère en séance, grâce à la parole et à la maîtrise de la violence de ses gestes.

Commentaire : dans le cas présent, c'est le comportement de Maxime qui est le révélateur de son évolution, et du développement de ses capacités de pare-excitation, au fur et à mesure que ses possibilités de repérage et de nomination de ses états émotionnels se développent. Il est manifeste que l'accès à des capacités de symbolisation s'accompagne d'une réduction des troubles du comportement chez ce jeune homme.

L'injonction au silence ou s'exprimer à travers a parole d'un autre : Tiphanie et Margot

Le recours à des modèles théoriques du fonctionnement des groupes peut s'avérer précieux pour le musicothérapeute.

La notion de « groupe interne », proposée notamment par Enrique Pichon-Rivière (13) et développée par d'autres ensuite, (notamment René Kaës), est un premier repère important. Le groupe interne selon Pichon Rivière serait « *la scène dramatique des fantasmes inconscients qui surgissent des rapports intériorisés, fantasmés, des représentations du groupe réel* ».

Cette fois-ci il s'agit d'un groupe plus petit, avec deux patientes et la musicothérapeute.

Présentation des malades: Tiphanie et Margot

Tiphanie, 40 ans, mère de plusieurs enfants en bas âge, est hospitalisée depuis quatre mois pour syndrome anxio-dépressif. Elle a perdu brutalement son père il y a neuf ans, d'une pathologie cardio-vasculaire, et elle n'a toujours pas réussi à en faire le deuil. Sa dépression, dans un contexte de fibromyalgie et d'épuisement professionnel, s'aggrave depuis trois ans. Tiphanie manifeste une tristesse profonde, une perte de motivation, une auto-dévalorisation, une fatigue intense, une irritabilité, et ses relations familiales se détériorent.

La malade, qui apprécie beaucoup la musique, est adressée en musicothérapie dès le début de son hospitalisation dans l'objectif d'un soutien à l'élaboration de ses différentes problématiques.

Margot, 26 ans, infirmière de profession, enchaîne les hospitalisations depuis un an dans un contexte de dépression avec troubles du comportement : agressivité, colère, scarifications, angoisses massives, idées noires, alcoolisation et prise de toxiques. Sa dépression s'est aggravée à la suite d'une rupture amoureuse. La malade évoque pour elle l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels, d'être touchée, sans être dans un état second (alcool, drogues). Elle évolue au sein d'un entourage familial compliqué, qu'elle tient

responsable de ses dépendances : père alcoolique, cousin dépendant au cannabis.

Son mal-être dure depuis une dizaine d'année. Une personnalité borderline est questionnée par son médecin psychiatre. Margot a été hospitalisée trois fois en un an, venant à chaque fois en musicothérapie. Sa dernière inscription date d'il y a quatre mois. Margot apprécie beaucoup la musique et celle-ci l'aide à exprimer ce qu'elle ressent.

Description du dispositif et déroulement des séances :

Margot et Tiphanie ont donc commencé la musicothérapie en même temps, il y a quatre mois, sous forme d'un duo (petit groupe), à raison **d'une séance par semaine** (elles sont hospitalisées dans le même service).

C'est tout naturellement de la **musicothérapie réceptive** qui s'est mise en place, car Margot connaissait déjà cette médiation. Elle l'a proposée dès la première séance : elle souhaitait à nouveau travailler à partir de ses propres musiques, comme elle le faisait lors des précédentes hospitalisations. Tiphanie a accepté ce dispositif.

Toutes les semaines, chaque patiente doit donc apporter une œuvre musicale de son choix, qui reflète son humeur du jour ou de la semaine, ou portant un message qu'elle souhaite transmettre au groupe.

Après chaque écoute, toutes deux sont invitées à parler. Un échange se met en place après les écoutes, sous deux formes : à trois (patientes – musicothérapeute), ou à deux, les patientes discutant et s'encourageant mutuellement.

Tiphanie se montre très réticente au début. Elle présente systématiquement un conte ou une scène imaginaire inventée par elle au décours de l'audition de l'œuvre, au lieu de s'impliquer personnellement dans sa prise de parole. Elle a cependant bien investi la consigne et apporte une œuvre musicale à chaque fois, mais elle n'en dit rien alors qu'elle s'exprime de manière vive à l'écoute des musiques proposées par sa partenaire de séance.

Un jour Margot fait écouter « Prendre le large » de Françoise Hardy.

Tiphanie, pour la première fois, pleure en racontant les funérailles de son père. « Prendre le large », paroles récurrentes de la chanson, sont des mots qu'il répétait souvent, dit-elle. Avant sa mort, il aurait demandé à ses enfants de le faire incinérer et disperser ses cendres dans l'océan. Tiphanie explique avoir fait le voyage, avec ses frères, jusqu'en Bretagne, pour disperser les cendres dans l'Atlantique. Maintenant elle souffre de ne pas avoir de lieu pour se recueillir.

C'est à l'écoute de « L'aigle noir » de Barbara, que Tiphanie pleure à nouveau et révèle un lourd secret : « l'aigle noir » de la chanson lui a fait penser à l'abus sexuel par attouchements qu'elle a subi pendant trois ans, de la part du fils d'un couple d'amis à ses parents lors de vacances partagées.

*« Un beau jour ou peut-être une nuit
Près d'un lac, je m'étais endormie
Quand soudain, semblant crever le ciel
Et venant de nulle part surgit un aigle noir*

*Lentement, les ailes déployées
Lentement, je le vis tourner
Près de moi dans un bruissement d'ailes
Comme tombé du ciel, l'oiseau vint se poser*

(...)

*De son bec, il a touché ma joue
Dans ma main il a glissé son cou
C'est alors que je l'ai reconnu
Surgissant du passé, il m'était revenu » Barbara,
L'aigle noir.*

Ces souvenirs enfouis, jamais confiés, reviennent à sa conscience à certaines périodes de sa vie. Ses pensées sont confuses : elle se sent responsable de ce qui s'est passé, elle ressent culpabilité, impuissance, honte. Doit-elle en parler à ses parents, à son conjoint, porter plainte maintenant, ou continuer à vivre avec ce secret qu'elle porte depuis trente ans maintenant ? Ce traumatisme d'enfance explique-t-il ses difficultés d'adulte : conflit avec chaque compagnon,

troubles dans les relations sexuelles, mauvaise image de son corps, manque de confiance en soi ?

Margot, au contraire, aborde très rapidement en séance de musicothérapie des événements très traumatisants qui l'obsèdent encore : des abus sexuels au lycée par une surveillante. Devrait-elle porter plainte après tant d'années et sans preuve ? Sa mère, dit-elle, minimise les faits et son père ne la croit pas. Ce traumatisme l'obsède ainsi que l'idée de se venger physiquement et moralement (elle a ainsi recherché où vit actuellement cette ancienne surveillante).

A l'écoute des œuvres qu'elle choisit, elle manifeste à la fois sa haine contre cette surveillante et son ambivalence contre ses parents, notamment son père, qui l'incite à boire, à fumer, qui dénie les agressions sexuelles qu'elle a subies, et envers lesquels malgré tout elle se sent redevable, coupable.

La chanson de Françoise Hardy « Prendre le large » l'aide à exprimer son désir et son incapacité à prendre de la distance par rapport à cette famille.

Une autre fois Margot apporte une chanson de Renaud, « Mister Renard ».

*« Le Renaud ne boit que de l'eau
Le Renard carbure au Ricard*

*Un côté blanc, un côté noir
Personne n'est tout moche ou tout beau
Moitié ange et moitié salaud... »*

...

*« Renard, désabusé, se marre
Se contrefout de ce bazar
Le monde peut crever bientôt
Renard s'en réjouirait plutôt »*

A travers cette chanson, Margot évoque son instabilité émotionnelle, oscillant entre impulsions suicidaires, euphorie, abus de drogue et d'alcool. Elle éprouve colère et culpabilité, et se reproche les conflits familiaux. De nouveaux questionnements apparaissent : aurait-elle dû parler de ses agressions sexuelles plus tôt ? Aaurait-elle dû garder le secret pour toujours ?

Commentaire : Ces deux patientes parviennent à révéler leur secret : elles ont toutes deux subi des agressions sexuelles dans leur enfance.

Cette forme de musicothérapie est particulière, puisqu'elle se déroule à partir de chansons à textes en français. Quel est l'impact de la musique dans cette situation ? Les textes sans musique auraient-ils eu le même effet inducteur ? En tous cas, c'est par les choix poétiques de Margot que Tiphonie peut enfin révéler son lourd secret, et c'est à travers la situation de petit groupe, en présence d'une patiente qui peut être considérée comme une « semblable », que les textes en musique qu'elle propose l'amènent à se livrer personnellement.

L'analyse du processus peut se réaliser selon les critères de René Kaës, associant les trois types d'espaces en interaction dans un tel groupe : l'espace du groupe, qui inclut les trois personnes présentes dans la salle de musicothérapie, l'espace du lien entre les unes et les autres, la musicothérapeute jouant un rôle essentiel de régulation, et enfin l'espace du sujet singulier, qui se déploie, chaque patiente vivant son histoire propre dans cette situation. Et au cœur de ces trois espaces, la musique.

L'inscription des deux patientes dans ce petit groupe induit et régule la révélation d'événements traumatiques envahissant la problématique de chacune. L'une et l'autre éprouvent un soulagement.

Conclusion

Le musicothérapeute détient une place de choix dans l'accompagnement des patients traités en psychiatrie, en complémentarité des interventions des autres soignants. Les grands malades, dont les symptômes se répètent parfois pendant de nombreuses années, conduisant à des hospitalisations réitérées, expriment par leur comportement l'existence dans leur corps d'un conflit majeur impensable. Leurs affects violents se déchargent par intervalles, en l'absence d'une possibilité de mentalisation et d'une

communication sur un mode plus symbolique. La prise de parole est en échec chez eux.

Le musicothérapeute propose un autre dispositif que celui d'une psychothérapie verbale. Le recours au langage sonore et parfois musical parvient à redonner vie et sens à la vie psychique de telles personnes. Un soulagement apparaît, et une réduction de la symptomatologie psychiatrique. Le patient sort de l'enfer de son repli traumatique et devient sujet de sa vie. Les mots prennent la place de la violence.

Le musicothérapeute n'impose pas la parole à ses patients : la parole surgit parce que les affects bloqués se libèrent, au gré des séances, grâce au génie du musicothérapeute qui invente, en accord avec eux, des dispositifs facilitateurs.

Bibliographie

- BENENZON Rolando : *« La musicothérapie : la part oubliée de la personnalité »*, Collection Carrefour des Psychothérapies, De BOECK, 8 novembre 2004.
- BRUN Anne : *« Histoire de l'utilisation des médiations dans le soin »*, in Manuel des médiations Thérapeutiques- Psychothérapies pratiques- DUNOD, Paris, 2013, page 17.
- DAKOVANOU Xanthoula : *« Le musicodrame analytique : entre musique et psychanalyse, une application clinique »*, in « l'Esprit du temps », « Topique », 2014/4 n°129, pages 69-86.
- DUPERRET Nicole : *« Que reste-t-il du musicant ? »* in La Revue de Musicothérapie », n° 2, Volume XVII, 1998.
- DOUGALL Mc Joyce : *« Théâtres du Jeu »*, Gallimard, Collection « Connaissance de l'inconscient », 1982.
- FREUD Sigmund (1900) *Die Traumdeutung*, G.W. II-III, 1-642, (traduction française : *L'interprétation des rêves*), Paris, PUF, 1967
- FREUD Sigmund (1913) *« Das Interesse an der Psychoanalyse »*, G.W. VIII, 389-420, traduction française, « L'intérêt de la psychanalyse », in « Résultats, idées,

- problèmes* », tome I, Paris, PUF, 1984, pages 187-213.
- GUIRAUD-CALADOU Jean-Marie : « *Un chant d'action : la créativité* », J-M. FUZEAU, 1^{er} janvier 1979.
- KAES René : « *Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes* », in « les médiations thérapeutiques sous la direction d'Anne Brun », ERES-2012, pages 49-60.
- LECOURT Edith : « *Découvrir la musicothérapie* », Eyrolles, 21 juillet 2005.
- ROUSSILLON René : « Proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations », in Les médiations thérapeutiques sous la direction d'Anne Brun-ERES, 2012, pages 23-35.
- THOMAS-ANTHERION, C. (2014), sous la direction d'Hervé Platel, *Neuropsychologie et art*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Solal.
- JAÏTIN Rosa : « La thérapie familiale contemporaine – les apports d'Enrique Pichon-Rivière », *Chronique Sociale*, octobre 2018, pages 21-22.