



HAL
open science

La voix-thérapie

Agostino Trotta

► **To cite this version:**

| Agostino Trotta. La voix-thérapie. Revue française de musicothérapie, 2020, 39 (2). hal-03432810

HAL Id: hal-03432810

<https://hal.science/hal-03432810v1>

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 XXXIX - Numéro 02 - décembre 2020

La voix-thérapie

Agostino Trotta

Musicothérapeute, contre-ténor, musicologue, Paris. agotrotta@gmail.com

Résumé

Un changement progressif et profond par le travail sur la voix, peut conduire à une connaissance plus intime de cette partie profonde liée à son ego et qui sinon est difficile à comprendre. Parallèlement aux acquisitions techniques, la connaissance et l'appropriation dans son intégralité de ce torrent qu'est la voix peut accroître un sentiment d'identité, la capacité à bien évaluer les situations et à s'élever au-dessus des problèmes.

Mots clefs

Voix-thérapie - voix- soigner- cas clinique- chant-thérapie

Abstract

A progressive and deep change with the work on the voice can lead to a more intimate knowledge of this deep part, linked to one's ego, which is previously difficult to understand. In parallel to the technical acquisitions, the knowledge and education of this whole torrent that is the voice, can increase a sense of identity, the ability to assess situations well and to rise above problems.

Keywords

Voice therapy / voice / care / clinical case / singing-therapy

Du point de vue de la musicothérapie, il existe maintenant de nombreuses interventions thérapeutiques qui utilisent le son de la voix, en particulier chez les femmes enceintes, les patients qui ont une tendance à l'anxiété, aux névroses et aux charges du stress. Frédéric LEBOYER dit bien que « le chant vous mène au pouvoir de l'abandon contre le pouvoir de la vérité ».

Avec la voix, dans sa globalité plus ou moins sonore, vous ne racontez pas une histoire : la voix elle-même est l'histoire, la forme et le message. Lorsque le son résonne entre le patient et le thérapeute, la rencontre thérapeutique a lieu. En agissant sur les caractéristiques de la voix, des conflits internes de la personnalité peuvent se rejouer et être modifiés.

La technique de chant utilisée dans un environnement protégé, tel que le cabinet de musicothérapie, est très importante à bien des égards :

- la technique de respiration est fondamentale pour contrôler les états d'anxiété et rétablir l'équilibre interne de la personne ;
- l'imaginaire guidé lors des exercices de respiration conduit le patient à créer un scénario important dans son esprit auquel il pourra se référer tout au long de sa vie ;
- entendre le support sonore sur le diaphragme, le plancher pelvien, les jambes, induit un meilleur équilibre psychologique ;

- l'utilisation de vocalisations simples permet de monter, ou plutôt de remonter, d'une manière symbolique jusqu'au problème et, lorsque le patient rencontre des difficultés (généralement, c'est la montée qui est le problème apparemment insurmontable, la peur de monter, la peur de surmonter l'obstacle, le désir de revenir à son état mental de départ), un travail est effectué pour dépasser cette difficulté ;

- enfin, le mouvement et la dramatisation des personnages permettent de s'approprier de l'espace, de s'identifier à un certain personnage jusqu'à l'empathie avec ses sentiments, et aux syntonisations.

Tel est, de manière synthétique, le schéma utilisé pour intégrer les différents modèles purement techniques de la psychothérapie et de la musicothérapie.

La voix qui soigne

Dans mon cabinet de musicothérapie, après un entretien avec le patient pour connaître l'histoire de son trouble ou les pathologies actuelles et après avoir examiné s'il est approprié d'utiliser la voix dans le traitement, le travail thérapeutique proprement dit commence. Ce type d'approche a été appliqué jusqu'à présent à des personnes ayant des aptitudes verbales et souffrant de troubles de la personnalité, émotionnels, anxieux, avec ou sans handicap physique.

Respiration diaphragmatique-intercostale

Dans cet article je ne développerai pas de façon approfondie le processus de la respiration, parce que mon attention se pose principalement sur l'utilisation de la voix en thérapie, ce qui inclut la respiration mais ne s'y limite pas.

D'un point de vue technique, la respiration est un processus qui comprend la ventilation (inhalation et expiration pulmonaires), la diffusion de l'oxygène des alvéoles pulmonaires vers le sang, le passage inverse du CO₂ dans les alvéoles sanguines et, enfin, le transport de l'oxygène et du dioxyde de carbone au sens hémato-cellulaire (échange gaz-cellule-sang)¹.. C'est pourquoi nous nous concentrerons sur la technique de respiration utilisée dans notre processus thérapeutique : la respiration diaphragmatique intercostale. Elle prévoit que l'inspiration et l'expiration soient des phases actives car toutes deux prévoient l'implication active et consciente des muscles adaptés à la respiration, ainsi que du corps entier et même de l'esprit lui-même.

L'inspiration

Parlons maintenant de l'inhalation : tête droite, épaules aplaties sans tension, poitrine dégagée (Garcia, p.7). Avec ces indications, le Garcia donne de précieuses informations sur la façon dont l'élève doit se préparer à respirer afin que les poumons reçoivent une plus grande quantité d'air

¹Cf. Dictionnaire Médical Illustré Dorland - édition italienne, Farmitalia Carlo Erba, Rome, 1985

possible, tout en restant en mesure de la doser par la suite pour une émission vocale correcte et durable. Personnellement, en thérapie, je préfère que le patient respire par le nez, comme s'il sentait quelque chose de bon qui crée dans son esprit un doux souvenir et qui transmet du calme et de la sérénité. En effet, la respiration olfactive (Vedesott & Sartori, p.56) augmente la concentration du patient : l'organisation du système olfactif influence les lobes frontaux du cerveau qui contiennent des mécanismes importants de régulation de la sphère émotionnelle et de certains types de mémoire (Bear & al, p.284).

L'expiration

L'expiration, au contraire, est strictement requise par la bouche et aidée par la consonne S, qui permet l'activation des muscles abdominaux, fondamentaux pour l'utilisation du souffle dans le chant. Ils doivent permettre aux poumons de se vider lentement afin de pouvoir émettre des sons le plus longtemps possible. Avec l'activation des muscles droit abdominaux, on gère le diaphragme, qui est l'organe responsable de cette fonction de remplissage/vidage des poumons. Les muscles intercostaux et le diaphragme, pendant l'expiration contrôlée et soutenue par une consonne, un S, restent tendus, mais toniques, et seront progressivement et régulièrement contractés de sorte que l'air sort lentement et de manière

appropriée à la phrase musicale que vous allez exprimer. L'expiration prépare l'acte d'émission sonore, le simule, comme s'il s'agissait d'une émission silencieuse. C'est avec l'expiration qu'aura lieu la phase magique dans laquelle la voix trouvera son chemin et, avec elle, les mots, les pensées, les émotions, les sentiments de son interprète.

C'est là que commence le voyage du patient dans ses profondeurs, par la découverte ou la redécouverte de sa voix.

Émission sonore lors d'exercices bouche fermée

À ce moment-là, le patient doit chercher son *son*, celui qui peut lui donner un sentiment de satisfaction, de sécurité, un son dans lequel il peut se reconnaître à ce moment-là. Il est clair que ce son pourrait être toujours le même ou changer à chaque fois ; mais tout dépendra de l'état interne du patient et, donc, de la valeur symbolique que les sons émis représentent pour lui.

Afin de trouver son propre son, le patient est autorisé à commencer à expérimenter les sons, à les explorer, à les connaître et à ressentir les perceptions que chaque son lui transmet. Il ne devra s'arrêter que lorsque ces perceptions sont celles qui lui inculquent une reconnaissance de son propre état et qui le font se sentir bien, protégé, rassuré, qui l'amènent dans un état de régression dont le fœtus, dans l'enveloppe

maternelle, a une préconception de l'existence de l'altérité qui l'entoure (environnement extra-utérin), grâce aux mouvements, au toucher, à l'écoute de la voix maternelle (Maiello).

Au moment où le patient a finalement choisi son *son*, il l'émettra en sourdine (car il n'est pas encore vocalisé). Cette sourdine apporte un chatouillement, presque un massage sonore, dû à des vibrations sonores, entre l'arcade dentaire supérieure et le front, transmises par conduction osseuse. Grâce à une bonne vibration du larynx, le son produit par les cordes vocales est transmis par toute la structure osseuse du corps. C'est pourquoi le chant permet d'immerger tout le corps, les muscles des os, les organes, dans une bulle de son, un champ sonore constitué de vibrations. Grâce à la position du larynx, qui agit comme une corde de violon (Tomatis, p. 205), la colonne vertébrale à laquelle le larynx est adjacent est stimulée par ses vibrations et, à son tour, elle vibre selon les lois de la physique et transmet les informations vibratoires à la structure osseuse qui lui est reliée (Tomatis). En chantant, ce phénomène, appelé la *voix osseuse*, permet une voix plus chaude, riche en harmoniques, qui transmet à l'auditeur une sensation de plus grande stabilité et d'équilibre (ce que l'on appelle communément la voix soutenue).

La marche rythmée

Le mouvement est le flux d'énergie qui appartient à tous les êtres vivants. Le mouvement fluide et conscient est fondamental pour nos objectifs. Travailler sur le mouvement signifie amener la conscience à l'ensemble du corps, relâcher ces tensions dues à un mouvement non naturel créé par nous-mêmes (Pallaro). Le patient sent qu'il peut, dans cette phase, retrouver son indépendance, inhibée par le drame de son malaise psychologique. Reprendre la marche peut signifier reprendre sa vie en main, après avoir pris davantage conscience de soi dans les phases précédentes.

La chose commune à tous les patients est qu'il est difficile de marcher au ralenti. La marche est souvent rapide et, lorsque je vais demander de la ralentir en indiquant le temps sur les tambours, la personne en face à moi me dit alors combien il est difficile de ralentir le rythme.

La voix est d'abord l'expression immatérielle d'un corps ; si l'on n'en tient pas compte, il est impossible de penser à une bonne émission vocale.

Vocalises

Nous sommes arrivés à la phase de vocalisation, dans laquelle le patient doit maintenant faire face à une épreuve technique pas tout à fait simple : reproduire des gammes ou des arpèges avec la voix par le biais de voyelles. Nous

ne sommes pas là pour nous occuper de la beauté ou de la qualité de la voix qui suit le traitement, même si je crois fondamentalement et je sais d'expérience que toutes les voix ont leur charme et leur beauté, une fois qu'elles ont été débarrassées de la poussière de souffrance qui a bloqué ce flux d'énergie.

Le premier support qui m'importe est celui qui nous permet d'entrer en contact avec la terre et donc avec notre équilibre physique (métaphore d'un équilibre psychique) : les pieds et les jambes.

Le deuxième support que je considère comme identifié est, dans le plancher pelvien, une zone souvent cachée à notre attention, mais pourtant essentielle pour le chant et surtout pour l'émission des notes aiguës.

Le troisième support est ce qui, pour beaucoup de gens, représente le support principal : celui du muscle du diaphragme.

Enfin, le support du son, qui pour moi est fondamental dans chaque registre sonore est lié à la trachée vibrante. Son importance dans notre traitement est soulignée par le fait que le premier son y est généré.

Les vocalisations seront très simples, à la fois parce que vous n'avez pas toujours devant vous une personne qui se débrouille bien avec la musique, et parce que vous ajouteriez une difficulté plus grande qui ne serait pas nécessaire à des fins thérapeutiques. Notre objectif est d'obtenir une voix timbrée, propre, sans tension

musculaire, et par conséquent sans tension psychologique.

Les voyelles peuvent donner quelques difficultés dans l'émission sonore. Cette difficulté phonétique, comporte une difficulté inconsciente, due à la valeur symbolique des voyelles et des consonnes. Les voyelles expriment les qualités de hauteur et d'intensité des sons ainsi que les qualités du timbre (Dogana, p.168). Ce qui nous intéresse le plus, c'est leur signification émotionnelle. Sur la base de ces caractéristiques, nous travaillerons sur la voix du patient afin d'atteindre un équilibre émotionnel pour le bien-être psychologique de la personne dans son ensemble.

Interpréter une chanson ou lire un texte

Après s'être entraîné avec la gymnastique « vocale », le patient peut apprendre à interpréter un morceau de musique facile à utiliser. Soit via des chansons liées à ses souvenirs et donc proposées par le patient lui-même, soit des chansons ou même des chants sacrés, que le musicothérapeute enseignera pendant les séances. Le patient peut également s'essayer à la lecture de littérature, de dramaturgie et de textes de théâtre avec une voix soutenue. Cette phase est importante pour qu'il puisse se confronter aux émotions que véhicule la pièce ou le personnage qu'il interprète. Progressivement, il travaille avec les différentes parties de lui-même et à la fin tout

se rejoint dans la performance chantée ou récitée et tout cela stimule cette créativité qui était restée cachée.

La comparaison verbale

La dernière partie de la séance de Voix-thérapie est le partage que le patient fait avec le musicothérapeute sur l'expérience vécue. De nombreux patients m'ont fait part de leur malaise face à un environnement qui ne leur permet pas d'affronter des problèmes liés à une émotion, ou des questions spirituelles comme la vie ou la mort. La confrontation verbale est le moment où le patient apporte encore plus de conscience à l'expérience vécue.

Le cas clinique

Histoire d'une voix "malade"

C'est l'histoire d'une jeune femme de 40 ans, R., qui chantait dans une chorale Gospel. Au début de son parcours social et vocal tout allait bien, mais avec le temps, les choses ont commencé à changer radicalement. Elle a commencé petit à petit adopter une attitude haineuse, envers les autres et envers elle-même. Elle chantait dans les sopranos et même de ce point de vue, de grandes barrières sont apparues parce que tout à coup, elle ne pouvait plus chanter les notes aiguës.

Tout cela l'a conduite à des attitudes intolérantes qui, plus tard, sont devenues une cause de perturbation, surtout sur le plan relationnel. R. se sentait malade dans l'âme et détestait tout ce qu'elle avait été avant. Du jour au lendemain sa voix disparaissait de plus en plus : elle ne pouvait plus faire de bruit et pouvait à peine parler. Sa voix se transformait en quelque chose de monstrueux pour elle. Plus le temps passait, plus la situation s'aggravait, R. avait honte de communiquer car elle devenait totalement aphone : « on n'entendait plus que de l'air ».

Une fois passés des examens médicaux spécialisés, dans un premier temps, un phoniatre lui avait diagnostiqué des nodules dans les cordes vocales et annoncé qu'il fallait avec certitude opérer dans peu de temps. R. commençait à tomber dans une dépression, elle dormait mal et n'avait plus de stimulation dans sa vie. Même au travail, elle ressentait une gêne extrême car, en travaillant au contact du public, elle était obligée de se confronter à des personnes qui la « ressentaient » à peine. Entre-temps elle est allée voir un autre spécialiste en phoniatry qui, avec un examen plus minutieux a trouvé une absence totale de nodules, mais juste une laryngite pas bien traitée qui avait provoqué un œdème et un gonflement des cordes vocales.

Après avoir fait un traitement à la cortisone pour réduire l'épaississement des cordes vocales dû à leur inflammation, le médecin lui a conseillé

de ne pas arrêter de chanter parce qu'exercer sa voix fait souvent office de gymnastique pour les cordes vocales. Les premières séances de chant ont laissé émerger chez R. un sentiment de défaite ou d'impuissance. Sa voix sortait à peine et elle ne pouvait pas vocaliser plus de trois notes. Petit à petit l'amélioration était là parce que la cortisone avait considérablement réduit l'épaisseur des cordes vocales. Et aussi du fait que d'autres types de médicaments ont permis d'atteindre une bonne récupération physiologique. Cependant, hélas, R. a continué à ne pas bien parler et à persévérer dans cette voie. Il n'aurait pas dû en être ainsi et, après de longues réflexions conseillées par son professeur de chant, elle est arrivée à l'idée que son problème pouvait sûrement venir d'un malaise psychologique. C'est ainsi que R. a commencé un parcours de musicothérapie analytique.

La relation de musicothérapie

*« Chaque vie était une expiration du souffle divin, chaque mort une inspiration. Celui qui savait se plier à ce rythme et qui ne refusait pas sa propre disparition, celui-là n'éprouvait aucune peine à mourir ni à naître. L'angoisse était réservée à la créature qui se débattait : il lui était difficile de mourir, et il lui coûtait d'être né »
H.Hesse²*

Ce qui vient d'être rapporté est l'expérience d'une sorte de « promenade » entre la vie et la

²Hesse H. Knulp-Klein e Wagner- L'ultima estate di Kingsor, M. P. Crisanaz Palin, E. Pocar, Oscar Mondadori.

mort que la patiente a mené avec moi dans mon cabinet de musicothérapie, lors de son parcours de travail avec sa voix et son souffle. A l'âge de 19 ans, cette patiente était entrée dans une chorale Gospel ; dix ans plus tard, en développant une dystonie aiguë, elle a entrepris un parcours de musicothérapie.

R. est atteint d'Amyotrophie tibio-péronière de type 2, une pathologie du Système nerveux périphérique (SNP) qui provoque une compromission générale et symétrique des muscles, en particulier des muscles proximaux, le système nerveux central (SNS) n'étant pourtant pas atteint.

La jeune fille a vécu de manière très traumatisante son problème de débit vocal entravé. Son désir de vivre et de dépasser les limites de la maladie dont elle souffre, s'est toujours manifesté par son engagement au sein de la chorale et dans les activités sociales qui y sont liées. Le problème de la communication vocale a coïncidé avec une phase de changement dans la vie affective de la patiente que nous prendrons en considération plus tard.

R. a une personnalité qui pourrait sembler histrionique par certains traits, elle est très sensible aux autres et montre parfois une dépendance aux figures auxquelles elle se lie, auxquelles elle verse un attachement très évident,

qui se heurte alors à une absence de réciprocité de la relation en ces termes, ce qu'elle vit alors comme un abandon. Parfois, sa façon de parler semble prendre un caractère de chant, presque de pleurs, en utilisant inconsciemment les tonalités mineures. Les circonstances dans lesquelles elle s'exprime de cette manière sont en effet souvent liées à des moments de peur, d'indécision, de découragement dans lesquels elle demande à ses proches un conseil, une opinion, exprimant inconsciemment son alarmisme lorsqu'elle ne peut pas aller au bout de la situation.

Lorsque R. m'a posé le problème lié à la difficile émission vocale, sa voix semblait fragile, sans épaisseur, sans corps, sans âme. Ce que l'on entendait n'était ni un bruit, ni un son, ni de l'air, mais un magma sonore inqualifiable. Cette voix était le résultat sonore évident émanant d'une personne qui n'avait plus rien d'équilibré, rien d'harmonieux à l'intérieur. La crainte de nodules dans les cordes vocales, diagnostiquées par une première visite médicale, et la possibilité d'une éventuelle opération, qui aurait compromis probablement la possibilité de recommencer à chanter, avait exaspéré son anxiété. La seule pensée de ne plus utiliser sa voix pour aller là où son corps, affecté par la maladie, ne pouvait pas aller, l'a amenée à une limite où la dépression, voire la mélancolie, lorgnaient dans une vie déjà si éprouvée. Je ne croyais pas au diagnostic du

premier phoniatre auquel la patiente s'est soumise. Je n'ai jamais vu une voix avec des problèmes organiques de ce genre. Je l'ai donc envoyée chez un médecin spécialisé en phoniatry en qui j'avais confiance, qui a fait son analyse avec des techniques détaillées, établissant que les cordes étaient libres, ne présentaient aucune trace de nodule autre qu'un œdème causé par un reflux gastro-œsophagien et une laryngite. Le moral de R. s'est finalement un peu amélioré et nous avons donc décidé, en accord avec le médecin dont j'apprécie la confiance professionnelle, de commencer, avec notre patiente commune, une thérapie par le chant en parallèle avec un traitement médicamenteux pour rétablir le bon fonctionnement physiologique de tout l'appareil phonatoire.

Pendant les séances de musicothérapie, en travaillant avec le souffle, qui était compromis, et la voix, certains traumatismes du passé ont émergé ressortant précisément de ce travail introspectif. Le travail avec le souffle a permis à R. de prendre conscience d'un traumatisme subi lors de sa naissance où le cordon ombilical s'était enroulé autour de son cou ne lui permettant pas de respirer, d'où la peur éprouvée de la suffocation. La musicothérapie a été en ce cas un chemin entre la vie et la mort de la patiente, en considérant que lorsqu'elle n'était pas dans le souffle, elle n'était pas dans la vie.

D'autres traumatismes liés à des événements hospitaliers dans son enfance ont pris forme dans la mémoire de la patiente. En raison de son handicap physique elle a dû subir des examens cliniques, parfois très invasifs, qui lui ont causé des souffrances qui sont restés cachés dans son subconscient jusqu'à leur réapparition en thérapie. Et pour finir, un lien maternel très conflictuel a émergé, en raison d'une non-acceptation totale par la mère de la maladie de sa fille, conflit qui a conduit la mère à s'exprimer en des termes très méprisants, jusqu'à même en discréditer les capacités de sa fille. Cela a créé dans le développement affectif de R. de grandes souffrances qu'elle tente clairement de compenser par la mise en place des mécanismes comportementaux mentionnés plus haut. L'effondrement psychique ainsi créé rentre parfaitement en résonance avec la notion de « faux-self » (Winnicott), et l'absence d'un holding maternel et d'un holding familial (Ruffiot) a fini par générer un grand silence affectif mortifère, du fait d'aucun tuteur de résilience présent dans son environnement.

De même, la cause de la perte de la voix pourrait être associée à une grande perte émotionnelle, dans la vie de la jeune fille, perte due à une grosse rupture avec un ami important qui ne tolérait plus les comportements de dépendance et d'attachement de ma patiente

envers lui. Cette perte a coïncidé avec l'abîme psychologique qu'a représenté la perte de cette voix devenue reflet d'une son agressivité réprimée par la voie anale.

Les premières sessions ont été très difficiles. Nous avons commencé à travailler avec la respiration, qui était fondamentalement bloquée, puisque dans toute cette situation la patiente avait développé un fort trouble de l'anxiété, avec toutes ses conséquences de phobies, parfois de crises de panique. Pendant le parcours de musicothérapie analytique, au début il était impossible de demander à la patiente d'émettre des sons plus aigus que le Do, Ré, Mi de l'octave central. Ces trois notes déjà étaient forcées, sales et métalliques. En quelques mois, en travaillant toujours de cette manière, nous avons réussi à atteindre l'ambitus d'une octave complète. Peu à peu une amélioration de la qualité des sons, recréés grâce au travail minutieux sur sa voix, lui a donné une amélioration de la qualité de sa vie, peu à peu l'anxiété a diminué et son estime de soi a augmenté. Au fil du temps, l'extension vocale a considérablement repris son chemin, la voix a retrouvé son timbre, sa brillance et sa vigueur. Il ne restait qu'un seul paramètre « négatif » et pourtant essentiel : la voix était très dure et fixe. En poursuivant le travail du chant sur le plan technique, il a été possible d'entreprendre une voie technique différente de la précédente du point de

vue des objectifs à atteindre. La peur des notes aiguës et la difficulté à les émettre peuvent faire en sorte que la façon dont la voix se présente n'est pas vraiment son expression la plus vraie et, par conséquent, elle ne peut pas franchir les seuils vibratoires supérieurs. De plus, les notes aiguës ont toujours représenté dans l'imaginaire de l'homme, un fantasme d'élévation, d'évolution et d'une liberté totale planant dans les cieux sans plus de lien avec les pièges de la terre.

Maintenant, l'anxiété qui semblait insurmontable auparavant, peut être mieux gérée : dans les moments où, en raison du stress ou de la fatigue, elle se manifeste toujours, mais de façon plus modérée. La voix a réussi à se libérer : elle a maintenant retrouvé sa plus grande expression, peut se déployer dans la liberté. Elle est presque devenue une sorte de carte « d'identité sonore », une identité sonore devenue celle d'un sujet du fait de ce parcours analytique.

Dans l'espace de la musicothérapie se sont posés des symptômes accueillis, un travail sophistiqué sur le souffle, la technique du chant, et enfin, un objet transitionnel créé avec la patiente dans un nouvel espace transitionnel.

Cette année, à cause de son isolement dû à la pandémie, R. a repris des séances de musicothérapie et ensembles nous travaillons avec la voix sur ses rêves récurrents. C'est un nouveau chemin de soin : sa libido, enfermée dans une

grave symptomatologie au niveau physique retrouve accès à une créativité contrôlée ce qui témoigne d'un appareil psychique vivant. Encore et toujours repartir de, et combattre l'abandon et l'agressivité dévastatrice de sa maman dont elle a été le réceptacle et qui malheureusement fait définitivement fondation pour elle. Mais cette fois-ci, c'est dans une autre résolution : la musicothérapie lui permet enfin de transformer des pulsions « négatives » en musique et ainsi de se créer du fond.

Conclusions

Quel que soit le contenu de son message, nous pouvons atteindre l'autre grâce au son de la voix. C'est en effet à partir de l'inflexion de celle-ci que l'on peut immédiatement déchiffrer une personne, rester attiré, ensorcelé, enchanté, etc.. : parfois, cependant, des contenus profonds exprimés avec une inflexion erronée, ne parviennent pas à notre interlocuteur.

Je voudrais souligner à nouveau que l'inflexion de la voix est liée à différents facteurs : caractéristiques psychosociales ; posture du *soma* (la voix est au centre du corps, entre la tête et le reste du corps) ; diversité de la culture (les cultures moins émotionnelles forment des voix non émotionnelles, les cultures à forte charge

émotionnelle comme l'Italie, l'Afrique, forment des voix plus expressives, plus intenses).

Même dans l'opéra, les rôles sont répartis selon des catégories culturelles : la basse est souvent chargée de ce qu'implique la sagesse, l'autorité, les fondements ; les castrats évoquent une voix ni masculine ni féminine, qui n'appartient pas à ce monde ; l'ethnicité qui est liée au discours et à des conformations morphologiques différentes et aussi à la coutume culturelle de prendre certaines positions accompagnant l'événement vocal. Il est fondamental de considérer la signification de la voix à travers le timbre.

Pensez un instant à la psychanalyse : Piero Santi dit que la psychanalyse est pratiquement « *une verbe-thérapie, dont nous n'avons commencé que récemment à comprendre l'importance primordiale de sa substance musicale, le grain de la voix* ».

La musicothérapie analytique est bien une réelle modalité musicale thérapeutique. À travers ce parcours, ma patiente est maintenant enfin capable, selon ses propres mots, de « donner voix à son désert ».

Postface : « Un article... des échos... »

Par Isabelle JUILIAN, musicothérapeute, psychothérapeute, analyste de groupe, AFM, Paris.

Écouter, beaucoup écouter ; tenter de saisir la pensée de l'autre, s'approcher peu à peu de sa clinique à travers un « objet » déjà transitionnel à coup sûr puisque nous partageons tous deux un même espace de travail, du fait de rigoureuses, longues, riches, différentes et multiples expériences vocales.

La voix et le chant, la voix et les chants, ... le chant des voix, ... le chant d'une voix !

Voix mise en travail dont il faut, en même temps, sur le même souffle, appréhender l'énergie profonde, sa contenance et ses contenus. Je pourrais presque dire avec une certaine malice : voix qui pourrait se résumer, tout au fond, à un « noyau » et une « écorce » (timbre et canalisation).

Intérêt à toujours repartir vraiment de la clinique, humblement, mais avec à chaque fois, une curiosité redéployée du fait de la pensée d'un autre, en sa présence : chacun peut ainsi projeter et partager sa propre expérience sensible et subtile, si on prend le temps de laisser remonter cette subtilité non encore transformée à la surface.

On ne peut pas esquiver, se cacher ou mentir dans le chant. C'est un rendez-vous avec une vérité à la fois simple et pourtant complexe : pans

et parcelles de la vie psychique y sont superposés, reliés et cohabitent plus ou moins harmonieusement. Et ça nous attend ... silencieusement.

Notre rapport à la voix, lui, s'est teinté de couches expérientielles successives, de gestes vocaux, de tranches de vie et de temporalités multiples : résonances fœtales, corporelles, énergétiques, pulsionnelles, environnementales, musicales, relationnelles, groupales, culturelles, sociales, etc.

L'espace de la musicothérapie vocale, ce cadre-là, permet de se poser certaines questions autrement. Ainsi, d'une autre place, on peut tenter de mettre à jour des éléments impossibles ou difficilement mettables en mots (peut-être parce que structurels ou appartenant aux cadres ou méta-cadres qui ont précédé à l'existence même de chacun). Histoire en tous cas dont notre voix en est l'empreinte unique, variable, éphémère et insaisissable.

La voix de chacun est comme un point de capiton invisible qui par son existence perpétuellement éphémère, cadre, traverse et relie un champ minuscule et à la fois démesuré allant de notre vie prénatale jusqu'à notre mort.

Beaucoup d'étapes spécifiques ont été identifiées par certains auteurs : écoute fœtale, double écoute osseuse et aérienne, enveloppes, enveloppe et identité sonores, Soi, faux-self, pulsion de création, etc. Ce sont de vrais alliés de pensée pendant ou après les prises en charge. Non pour penser à notre place puisque notre métier justement prend sa source, s'ancre et s'enracine dans des sensations vécues ou perdues, à partager et transformer, ou pas, en pensées, en actes sonores, ... mais bien pour être des alliés dans la construction de notre pensée de musicothérapeute (pensée beaucoup plus profonde qu'en apparence, ce qui n'empêche pas la spontanéité, l'évidence et la simplicité de l'acte et du geste).

Je ne vais pas citer là les auteurs auxquels je pense car ce n'est pas le lieu, mais cela me donne à coup sûr l'idée d'y revenir en créant un groupe de travail autour de l'objet sonore, afin de commencer à chercher comment relier, dans la sphère du sonore, différentes approches théoriques (encore un travail en forme de « mille-feuille » dont chaque étage correspond à une parcelle de théorie).

La voix, transitionnelle par essence, est aussi un miroir sonore vivant, changeant, évolutif et dans lequel résonnent beaucoup d'autres miroirs, plus ou moins sonores, qui continueront de produire des résonnances, ... même après le stade

du miroir. Traverser tous ces miroirs, pour en faire une base de « transitionnalité » cette fois-ci partagée, sous-entend de s'ancrer encore plus dans le travail sur la matérialité de la voix, sa perception forcément duelle et ses supports terriblement concrets.

Co-cheminer dans du multiple tout en restant rigoureux, être libres de se promener entre différents matériaux de travail et espaces de structuration, identifier des zones, des niveaux, reconstruire et superposer autrement des transmodalités et des liens vivants, non figés, entre le souffle, le vibratoire, le parlé, le tu, l'écoute, l'adresse, la technique, l'esthétique, le style, l'affectif, le relationnel, le poétique, le musical, etc. jusque dans les infimes détails.

Un « cabinet de musicothérapie »

Lieu avant tout atemporel, prolongement où cohabitent à la fois la caverne platonicienne de chacun (à contenir dans sa structure et ses effets), et les merveilles encore insoupçonnées abritées dans nos cabinets individuels ... de curiosités.

Espace où peut se révéler pour chaque patient, au prix d'un authentique parcours de Sujet, la récréation et l'appropriation d'un chemin sonore à parcourir, avec tous les aléas que cela suppose, et qui contient un champ qui va de l'originaire, de l'archaïque, de l'écoute osseuse jusqu'aux mots

qui témoignent des processus de symbolisations (primaire et secondaire).

Le cabinet de musicothérapie

Lieu où se rejoue à travers la voix, le fondement de l'être humain : l'écoute, indissociable de la voix.

Écouter, s'écouter, être écouté ... Oui, mais par qui ? comment ? et surtout de quelle place ?

La musicothérapie dont témoigne ici Agostino Trotta est enveloppée, portée, sous-tendue par le mythe d'Orphée (ici transposé) : en être traversés, y œuvrer et en sortir ... mais avec la patiente !

Celle-ci en arrive à souhaiter adresser et dire : « Donner voix à mon désert ».

C'est le plus touchant et le plus beau paradoxe musicothérapeutique que j'ai jamais entendu jusqu'à maintenant et qui me donne immédiatement envie d'improviser vocalement avec la personne qui a prononcé ces mots.

En attendant, ... ses mots, ... ça m'a donné envie d'écrire ! Ces mots qui m'ont bouleversée, laissée sans voix et ont longuement résonné à l'intérieur de moi parce que le cheminement thérapeutique m'avait, au préalable et en miroir, fait creuser et retraverser tout ce parcours de vie où la souffrance, les souffrances cherchent désespérément un chemin d'accès à une forme de sublimation.

Ce « Donner voix à mon désert » tissé dans l'expérience relatée m'a fait basculer, m'a fait saisir d'une façon renversante et condensée, cette étape qu'est l'aboutissement d'un travail de symbolisation à travers le sonore, travail totalement relié à l'évidence vitale d'un souffle qui s'est régénéré mais sans rien oublier de son cheminement.

Symbolisation trop profonde pour pouvoir se dire seulement avec des mots ; symbolisation qui nécessite, qui nous impose, si on veut vraiment écouter l'autre, un sas de silence avant de pouvoir nous faire entendre et nous « raconter », autrement, dans la poésie ou le chant, ce dont elle témoigne.

Voix qui a su intégrer et relier des aspects neurologiques, cognitifs et psychiques,

Voix de celui ou celle qui sait sans plus avoir besoin de dire,

Voix qui advient et devient,

Voix qui « est » tout simplement après avoir enfin trouvé l'accès à sa source profonde,

Voix qui a vraiment traversé le mythe d'Orphée et en témoigne, sans mots,

Voix qui touchera, peut-être profondément, celui ou celle qui pourra l'entendre.

Chacun de nous œuvre et chemine à sa façon, pour créer son propre « cabinet de musicothérapie », celui qui lui correspond profondément, dans lequel il peut petit à petit et de mieux en mieux se reconnaître et qui lui permet vraiment d'être, lui aussi, dans le travail à côté de l'autre.

Chaque numéro de la Revue ne tente-t-il pas de témoigner de cela ? ...

Bibliographie

Bear M.F., Connors B.W., Paradiso M. A., (2002), Neuroscienze. Esplorando il cervello, II edizione, Masson, Milano
Bolognini T., (1982) Trattato di tecnica del canto dalla pratica antica alla moderna, Schena Editore, Fasano di Puglia.

Dictionnaire Médical Illustré Dorland- édition italienne 1985, Farmitalia Carlo Erba, Rome.

Dogana F., (1988), Suono e senso. Fondamenti teorici ed empirici del simbolismo fonetico, Franco Angeli, Roma.

Garcia M., (1981) Trattato completo dell'arte del canto, parte I, Ricordi, Milano.

Goddard F.E., (1999) L'anima nella voce, Urta Apogeo, Milano.

Legrenzi P., (1999) Storia della psicologia, Il Mulino, Bologna.

Maiello S., (2010), À l'aube de la vie psychique, Réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale, in Joyce Aïn, *Réminiscences, ERES « Hors collection »*, pages 103 à 116.

Pallardo P., (2003) Movimento autentico, Edizioni Cosmopolis, Torino.

Tomatis A., (1993) L'orecchio e la voce, Baldini & Castoldi, Milano.

Vedesott M, Sartori E., (2008) La voce in musicoterapia, Edizioni Cosmopolis, Torino.