



**HAL**  
open science

## Bénéfices du groupe en musicothérapie

Nicole Duperret

► **To cite this version:**

Nicole Duperret. Bénéfices du groupe en musicothérapie. Revue française de musicothérapie, 2023, 40 (2). hal-04090977v1

**HAL Id: hal-04090977**

**<https://hal.science/hal-04090977v1>**

Submitted on 6 May 2023 (v1), last revised 24 Jul 2023 (v2)

**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 40 - numéro 02 - mai 2023

## Bénéfices du groupe en musicothérapie

**Docteur Nicole DUPERRET**

*Présidente de l'Association Française de Musicothérapie*

### Résumé

Ce texte, à usage pédagogique, se veut pour mission de redéfinir simplement ce que peut représenter la musicothérapie d'inspiration psychanalytique de groupe et son intérêt pour les patients ou membres participants. Il commence par un rappel de quelques éléments de description d'un modèle de pratique musicothérapique et expose quelques principes théoriques. Il indique ensuite comment, du point de vue de l'auteur, le musicothérapeute envisage de favoriser l'opération de symbolisation effectuée en séance lorsqu'il propose à un groupe de participants de s'exprimer par le moyen de sons dans un espace et un dispositif organisés. Il présente quelques patients candidats à un tel groupe et donne un exemple de processus par lequel les membres du groupe peuvent s'y inscrire progressivement. Il décrit enfin les fonctions possibles de l'appartenance à un groupe de musicothérapie pour les participants qui le constituent.

### Mots clés

Musicothérapie de groupe, langage musical, processus de symbolisation en musicothérapie, réinscription dans un ordre symbolique.

### Abstract

This text, for pedagogical use, aims to simply redefine what group psychoanalytical-inspired music therapy can represent and its interest in patients or participating members. It begins with a reminder of some elements of description of a model of music therapy *practice* and exposes some theoretical principles. It then indicates how, from the author's point of view, the music therapist plans to favor the operation of symbolization carried out during the session when he proposes to a group of participants to express themselves by means of sounds in a space and a organized device. It presents some candidate patients for such a group and gives an example of a process by which group members can progressively enroll. Finally, it describes the possible functions of belonging to a music therapy group for the participants who constitute it.

### Keywords

Group music therapy, musical language, process of symbolization in music therapy, re-inscription in a symbolic order.

A l'heure des multiples technologies, toujours plus performantes, auxquelles les musicothérapeutes peuvent recourir, en fonction de leurs compétences, de l'âge des patients dont ils s'occupent et de leur culture, la nature de la médiation musicale évolue en musicothérapie. Le musicothérapeute de toute façon est musicien, et son écoute particulière est une donnée essentielle, qui vient se rajouter à son écoute de psychothérapeute, peu importe son orientation professionnelle, cognitivo-comportementale, neuro-scientifique, ou psychanalytique.

Cependant, quel que soit le dispositif auquel il aura recours, dès lors qu'il effectue des séances de musicothérapie de groupe, certains effets consécutifs au dispositif de groupe peuvent être attendus avec une certaine constance.

Il y a bien du travail de théorisation à envisager pour les musicothérapeutes, à la lumière des résultats des nombreuses recherches actuelles des divers techniciens, tant du côté des théories de psychothérapies de groupe, pas nécessairement à médiation, qu'elles soient de nature systémique (Perrone, 2006) ou psychanalytique (ANZIEU, 1984), que de celui des sciences cognitives, si précieuses en particulier dans l'approche des troubles de la pensée des patients psychotiques, et qui certainement viennent éclairer les théories psychanalytiques. (Lecourt, 2022).

Voici donc un texte, issu d'une longue pratique de la musicothérapie en psychiatrie, qui focalise son intérêt sur les effets positifs de l'appartenance à un groupe de musicothérapie pour un patient souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient en rapport avec une souffrance purement psychique, ou vienne grever une pathologie somatique.

Que la pratique du musicothérapeute se réfère à des modèles de musicothérapie psychanalytique (dispositif de communication sonore d'Edith Lecourt Lecourt, 1993), des modèles d'organisation d'une séance autour du geste et de la production musicale du patient

(Benenzon, 2004), ou autres, certains effets de l'appartenance à un groupe se révèlent similaires.

## I- Une présentation de la musicothérapie

Au-delà des nombreuses définitions en vigueur du terme, nous pourrions dire que la musicothérapie est une pratique de psychothérapie qui utilise *le support du langage musical comme espace transitionnel à une relation* entre un ou des patients et un ou des musicothérapeutes.

Que la théorie s'appuie sur le concept d'Identité Sonore (Lecourt, 2006), ou celui d'ISO (Benenzon, 1992), ou d'autres certainement, l'objectif est d'aider le patient à se définir progressivement dans ses relations au son et à la musique, (qui est, selon le dictionnaire Le Robert, « l'art de combiner les sons d'après des règles variables selon les lieux et les époques ») et de ce fait à se situer dans sa différence par rapport à l'altérité.

En effet, la musique, sans les mots, peut, *grâce à sa structure langagière, devenir le support de projection de la pensée* de l'auditeur. Même si elle n'a, en soi, rien de particulièrement thérapeutique, elle pourra acquérir cette fonction si elle est utilisée dans un *cadre* très précis, qui est le cadre de la musicothérapie, car elle y sera alors l'objet d'une écoute particulière : le but du travail commun au couple patient-musicothérapeute sera *d'attribuer un sens à la musique diffusée ou produite en séance*.

La musicothérapie peut être pratiquée de manière *active* ou de manière *réceptive*, dans un abord *individuel* ou *groupal*.

Dans le cas de *la musicothérapie active*, il s'agit d'improvisations sonores avec le (ou les) malade(s), en temps limité, avec enregistrement et écoute ultérieure de l'enregistrement : la séance est jalonnée de temps de mises en mots de l'expérience vécue pendant l'interprétation puis après l'écoute de l'enregistrement.

Dans le cas de *la musicothérapie réceptive*, un ou plusieurs extraits seront proposés à l'auditeur ou au groupe d'auditeurs, suivant un protocole fixé dès le début selon le type de problématique. Chaque audition est suivie d'une verbalisation de la part de tous les malades participants.

L'aspect thérapeutique de la musique variera selon les objectifs du soin, mais il ne pourra pas être fait abstraction d'un substratum toujours présent, que ce soit sous forme perçue ou sous forme réelle, la partition musicale. La partition musicale est faite de *symboles* : elle est le support à une étrange relation qui lie dans le temps un compositeur, (même s'il n'est plus en vie), un interprète et l'auditeur.

En l'occurrence, en situation de musicothérapie, l'entité « auditeur » est formée conjointement par le couple constitué par le malade et son musicothérapeute, lorsqu'il s'agit d'une séance de musicothérapie réceptive.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'une séance de musicothérapie active, la partition de ce qui est produit est rarement écrite ; mais elle doit pouvoir être perçue d'abord par le musicothérapeute, et, à terme, par le malade lui-même : ce dernier devrait, avec la poursuite des séances, être en mesure d'établir une codification, même élémentaire, de sa production et de celle des autres participants du groupe.

Le malade et son musicothérapeute auront recours à la langue pour tenter d'attribuer un sens à l'œuvre musicale en question au cours de la séance : cette affectation subjectivante de sens s'appuiera sur l'évocation de souvenirs de la vie quotidienne ou de l'histoire du malade, conduisant l'intéressé, du même coup, à s'inscrire peu ou prou dans une histoire, que ce soit la sienne propre, celle de sa famille, ou à défaut, celle du groupe de musicothérapie.

Cet outil technique intéressera les malades qui ont des difficultés avec la langue : le recours au langage musical pourrait leur permettre

d'exprimer ce qu'ils ne peuvent pas transmettre à l'aide de mots.

Le travail du musicothérapeute consistera ensuite à soutenir ses malades vers l'appropriation d'affects, puis de souvenirs, correspondants à ces signifiants sonores que nous avons évoqués précédemment.

## II- Indications

Outre les domaines relatifs à l'odontologie, l'anesthésie, l'obstétrique, la néonatalogie, les troubles neuro-développementaux ou neuro-évolutifs, par exemple, la musicothérapie est particulièrement précieuse en psychiatrie, pour tous les malades, qui ont tous en commun la perte d'une partie majeure de leurs repères : repères sociaux la plupart du temps, mais aussi repères affectifs et surtout psychiques.

*La musicothérapie active* sera préférée pour des patients très malades, enfermés dans un syndrome de dissociation ou un repli autistique profond, ou un délire, et entravés gravement dans la possibilité de rencontre avec autrui sur le plan du langage parlé.

La limite à l'indication sera constituée par la coexistence de troubles de l'humeur trop prégnants.

Le travail en groupe est proposé de préférence dès que le malade est capable de supporter une séance dont la durée s'étend de trois quarts d'heure à une heure et quart environ suivant les cas.

*La musicothérapie réceptive*, par contre, sera proposée aux malades qui ont déjà des capacités à s'exprimer par le langage parlé, soit parce qu'ils ont déjà suivi des séances de musicothérapie active pendant plusieurs mois auparavant, soit parce que leur handicap dans ce domaine est moindre. Elle est d'une grande utilité dans de nombreuses pathologies entraînant un phénomène d'alexithymie, que ce symptôme soit de nature structurelle ou événementielle.

### III- Quelques principes théoriques

La musicothérapie, lorsqu'elle se veut une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, tâche d'organiser « *la rencontre entre deux espaces de représentations mentales* » (Miller, 1997), celui du malade, dans ce qui ne peut se dire ou même se penser, et celui du soignant. La relation thérapeutique en musicothérapie met en scène quatre personnages qui sont le patient, son thérapeute, le compositeur et l'interprète : tous les quatre sont liés par la partition musicale, dont l'interprète choisi a d'ailleurs tout loisir, grâce par exemple aux changements de timbre, ou de tempo, ou d'attaques, de varier les signifiants sonores, (Guiraud-Caladou, 1983).

La prise de position du musicothérapeute en séance est intimement liée à ses représentations contre-transférentielles. Par le choix de diffusion de tel ou tel extrait d'œuvre musicale, ou par celui de sa réponse musicale improvisée, il permettra, progressivement ou subitement, la mise en évidence d'affect bloqué chez le patient, et occasionnera chez ce dernier la remise en fonctionnement d'une vie affective et son inscription dans un discours qui lui soit propre.

Enfin la capacité d'un malade atteint de psychose à prendre conscience, dans sa production ou dans celle d'un autre participant, de la perception d'un élément constitutif du son, par exemple, (hauteur, durée, intensité, timbre) signe le début de son amélioration clinique, car il est corrélé à l'apparition de la perception des notions d'intentionnalité et d'altérité.

### IV- La musicothérapie de groupe permettrait l'inscription ou la réinscription du patient dans un ordre symbolique

Les patients souffrant de troubles mentaux traités en musicothérapie peuvent souffrir de pathologies très diverses. Les soins en hôpital psychiatrique peuvent durer plusieurs semaines ou mois.

Devenir malade mental est lourd de conséquences pour un individu, tant sur le plan de la réalité que sur le plan symbolique.

Parmi les malades dont l'affection présente une nécessité de soins à long terme, certains peuvent être intégrés à un groupe.

Nous pourrions dire qu'ils sont souvent en souffrance d'appartenance : bien fréquemment ils sont en rupture, avec leur famille, ou avec la société en général, ou avec toute forme de culture.

Le but de notre prise en charge en musicothérapie de groupe sera de les aider à se réinscrire dans un ordre symbolique, celui d'une classe d'individus ayant un certain nombre de points communs.

La définition de l'expression « ordre symbolique » que nous choisissons ici est celle empruntée au « Vocabulaire de la Psychanalyse de J. LAPLANCHE ET J.B. PONTALIS » : « Registre auquel appartient une structure dont les éléments discrets fonctionnent comme des signifiants ».

Nous rappelons que tout ordre symbolique est fondé par une loi. (Juignet, 2021).

Donc, indépendamment de leur structure psychique (psychotique ou névrotique), les malades que nous acceptons en groupe de musicothérapie ont tous des problèmes d'appartenance à une famille ou à un groupe.

Du fait de leur pathologie, ou dans le cadre de cette pathologie, ils sont « différents », donc isolés, soit marginalisés, soit exclus. Ils « font désordre ».

Ce désordre peut être nécessaire à leur survie, tout en trouvant son origine dans le dysfonctionnement du groupe auquel ils appartiennent ou appartenaient : ce phénomène est rattaché à la notion de « porte-voix », développé par Enrique Pichon-Rivière. (Pichon-Rivière, 2020, p.34)

Les malades en question sont en perte de liens, et cette perte de liens, cause ou conséquence de leur retrait social, est source

d'une terrible douleur dont l'expression sera le délire, le passage à l'acte ou la dépression.

Rarement cette douleur sera pensée, et encore moins dite.

Il en résulte une impression de solitude irrémédiable, et une impossibilité totale d'y trouver seul le remède.

Le choix de l'engagement du malade dans un travail de groupe est souvent freiné par la méconnaissance de la technique de soin proposée, ou par l'apragmatisme occasionné par la douleur morale.

Les musicothérapeutes devront se montrer parfois actifs dans leur capacité à « happer » le patient au début de la prise en charge.

## **V- Que ce passe-t-il pour un patient en musicothérapie de groupe ?**

### **Installation du lien**

L'arrivée d'un nouveau patient dans un groupe peut se dérouler de diverses manières, toutes riches de signification, et devant être repérées et prises en compte dans l'analyse de la relation transférentielle qui va s'établir ensuite.

A titre d'exemple, la prise de parole dans le groupe pourra se faire :

*Avec voracité* : dès le début le sujet parle le premier, se répand et occupe le devant de la scène.

*Avec crainte* : crainte qu'on « agisse sur lui » par l'intermédiaire de la musique et crainte de devoir parler devant les autres. Le patient prend la parole en dernier, il prononce peu de mots.

*Avec lutte* : soit contre la mise en évidence trop criante de la pathologie qui lui est renvoyée (« dans le groupe il y a des malades »), avec nécessité pour lui de se situer par rapport au concept de maladie ; ou à l'inverse contre l'obligation qui est faite dans le groupe d'effectuer un travail dans la direction d'une disparition de la maladie.

*Avec ambivalence* : il est demandé au patient de s'engager dans sa prise en charge et de venir

régulièrement. Le patient ambivalent viendra une fois sur deux, mettant ainsi un frein au travail psychique qu'il a initié.

D'autres signes peuvent être pris en compte dans la difficulté d'installation du lien, comme l'attitude corporelle (le patient qui tourne le dos aux autres et regarde le mur, ou celui qui se colle contre les autres, ou celui qui arrive systématiquement alcoolisé...).

### **Fantasmes (mythes ?) accompagnant les pouvoirs de la musicothérapie**

L'entrée en relation avec un nouveau malade en musicothérapie doit tenir compte des mythes qui l'accompagnent ; notamment bien sûr les mythes concernant le pouvoir thérapeutique d'un soin faisant intervenir la musique : la musique a-t-elle un pouvoir magique ? (« qu'est-ce que ça va me faire ? », ou « ça ne me fait rien »).

Ces mythes sont véhiculés non seulement par le malade, mais encore par son entourage, à la fois familial, ou tout simplement soignant (à commencer par le personnel médical et paramédical non-musicothérapeute qui s'occupe de lui en dehors des séances).

Il convient alors, pour le musicothérapeute, au fur et à mesure, de dédramatiser en expliquant *en partie* la technique qu'il utilise ; en partie seulement : le malade se construira ensuite sa propre théorie sur la musicothérapie.

Cette théorie lui permettra d'investir personnellement les séances en venant y chercher ce qu'il en attendra à titre individuel, même s'il s'inscrit dans un groupe.

### **Nature de l'ordre du groupe**

Le groupe, pour subsister, doit être ordonné. Il doit être régi par un certain nombre de lois sur le plan de la réalité, et il doit être porteur d'un certain nombre de valeurs sur le plan symbolique.

- ***Nature de l'ordre du groupe sur le plan de la réalité, quelques lois incontournables***

*Le cadre horaire* : repère indispensable évidemment, et qui peut être attaqué si facilement !

*L'appartenance au groupe* : dès qu'on est inscrit au groupe, on doit lui rendre des comptes : prévenir quand on ne vient pas, quitter le groupe en bonne et due forme (en faisant ses adieux) ...

*L'ordre de prise de parole* : chacun parle à son tour. Quand on a parlé, on ne parle plus avant la prochaine diffusion musicale, si c'est la règle fixée.

***Les règles régies par le type de dispositif de musicothérapie :***

S'il s'agit de séances de *musicothérapie réceptive* :

*L'ordre des musiques diffusées* : les extraits diffusés sont choisis par le ou les musicothérapeutes, et sont diffusés dans un certain ordre. Si les patients apportent des extraits à faire entendre au groupe, l'ordre de diffusion peut aussi être prévu initialement.

*Le nombre des extraits musicaux diffusés* : le nombre des extraits musicaux diffusés est fixe pour un même groupe, par exemple quatre. Cela permet de rythmer le temps de la séance et de donner des points d'ancrages supplémentaires aux patients qui ont des difficultés de repérage dans le temps.

*Le choix obligatoire d'un des extraits* : dans certains groupes de musicothérapie réceptive, on peut aussi exiger que chaque patient choisisse en fin de séance une œuvre parmi celles proposées en cours de séance : cela oblige l'intéressé à se positionner par rapport à ce qu'il a dit précédemment et par rapport aux autres membres du groupe.

S'il s'agit de *musicothérapie active* :

*Le respect de la consigne* : « tenter d'entrer en relation les uns avec les autres de façon non verbale, par l'intermédiaire des sons » (Lecourt, 1993).

*Le respect des séquences* : improvisation enregistrée sur un temps déterminé, prise de parole des participants au sujet de ce que la séquence a donné à entendre ou à ressentir, écoute de l'enregistrement et verbalisation des participants après l'écoute de l'enregistrement.

- ***Nature de l'ordre du groupe sur le plan symbolique***

Le groupe de musicothérapie est porteur de divers potentiels et de diverses valeurs : il permet aux malades exclus de tout système de devenir membre d'un groupe :

*Groupe de musicothérapie tout simplement* : à défaut d'un autre groupe ;

*Groupe familial* : dans une tentative de différenciation ou au contraire de réinscription (par exemple en décidant de participer à la musicothérapie malgré le désir contraire des membres de la famille, ou en reconstituant sa propre famille, en la racontant aux autres participants au fil des séances, et en se permettant de s'identifier à certains membres qui la constituent).

*Groupe d'alcooliques*, avec toute l'ambiguïté que cela comporte : s'agit-il de rester alcoolique ou de tâcher de ne plus l'être ?

*Groupe de sujets abandonnés* dans l'enfance...

*Groupe de sujets aimant la BRETAGNE, ou l'opéra, etc...*

A l'occasion des séances, donc, toutes sortes de groupes peuvent prendre naissance sur le plan symbolique, à l'intérieur du groupe de malades appartenant au groupe originel de musicothérapie, et donner à chaque individu une possibilité d'appartenance.

Les bienfaits en sont souvent rapidement perceptibles pour les patients, qui prennent l'habitude de venir avec plaisir participer aux séances, et d'établir des liens de connivence ou de complicité durant les séances ou parfois même en dehors. (Car il est difficile de fixer une règle d'abstinence stricte aux participants, comme cela pourrait s'imaginer pour un groupe psychanalytique plus classique.)

## VI- Que se passe-t-il pour le musicothérapeute qui anime un groupe ?

L'attitude du musicothérapeute favorise cette inscription ou cette réinscription : bien sûr l'attitude du musicothérapeute n'est pas neutre du tout.

Son rôle ne peut pas se réduire à l'application d'un concept psychanalytique, avant tout parce que le musicothérapeute se met en scène obligatoirement, (c'est différent de la situation psychanalytique classique).

En séance d'une part, il choisit des extraits musicaux en fonction non seulement de la problématique des malades mais également de la sienne ; il ne peut échapper à la scène : par sa posture ; par sa culture ; par son costume ; il se lève pour aller diffuser la musique, et il est tributaire du fonctionnement de ses appareils (mauvaise manœuvre, panne d'électricité, etc...). Ou bien il intervient musicalement en improvisant avec le malade... ; il parle au nom de l'école de pensée et au groupe de musicothérapie auxquels il appartient et il travaille en supervision avec d'autres professionnels, constituant ainsi un ordre de musicothérapeutes.

En dehors des séances d'autre part, lorsqu'il intervient auprès des équipes soignantes, ou auprès des familles quand c'est possible, car l'expérience prouve que si la famille des patients, surtout en cas de psychose, n'est pas associée au travail effectué, elle s'emploiera fréquemment, consciemment ou inconsciemment, à annuler le résultat de la démarche effectuée par le patient.

Par conséquent, le musicothérapeute, qu'il le souhaite ou non, sera inclus dans la vie communautaire générée par la situation de groupe, et ses attitudes ou contre-attitudes seront conditionnées par son propre vécu contre-transférentiel sur le groupe, et même, osons le dire, son propre vécu transférentiel.

## VII- Exemples cliniques en musicothérapie active

A partir d'une situation dans *l'ici et maintenant*, nous reverrons sur quelles bases le musicothérapeute pourrait repérer les éléments psychiques en provenance du passé des participants exprimés à travers leur improvisation en séance et comment il lui serait possible de prévoir le travail sonore à l'avenir, au cours des séances suivantes, afin de soutenir les membres du groupe dans leur effort de construction de leur identité sonore, tant individuelle que groupale.

Voici une séance concernant un groupe de huit participants. Six observateurs sont assis en cercle. A l'intérieur du cercle est installée une timbale ; de part et d'autre de cette timbale, deux participants. Le modèle de travail est celui proposé par Edith Lecourt, qu'elle nomme *communication sonore* (Lecourt, 2006). Le musicothérapeute lance la consigne : il s'agit pour eux deux de tenter pendant cinq minutes d'entrer en relation l'un avec l'autre par l'intermédiaire des sons qu'ils vont produire sur la timbale. L'improvisation est enregistrée.

### Béatrice et Lucas

#### *L'improvisation*

*Ce qu'on voit* (Notons bien qu'avant d'entendre, on voit, et cette dynamique des corps est bien sûr un élément qui peut être analysé sur le plan de la psychodynamique de la séance). On peut voir Lucas large, ferme et décidé, accroché avec force à la peau de la timbale, au bord... Et Béatrice, grande et belle, mais mal à l'aise, hésitante, explorant la peau sur une surface plus large, dans sa moitié de peau.

*Ce qu'on entend*. Lucas installe d'emblée une pulsation tonique et un rythme binaire, à deux temps, fait de croches et de doubles croches. L'intensité augmente puis diminue. Béatrice semble avoir du mal à suivre la pulsation, elle imite Lucas, d'abord en duo, puis sur le mode question-réponse. Elle explore un peu le timbre,



elle tente de se différencier en frappant un coup un peu plus fort, en s'arrêtant trois secondes et reprend en ralentissant la pulsation. Lucas obtempère puis accélère à nouveau, en augmentant l'intensité du son : c'est lui qui mène. Il installe un rythme effréné et régulier. Elle suit... Elle suit... Deux doubles-croche-croche-croche. Impossible d'en sortir. A la fin, Béatrice à très mal aux mains.

*Explication de Béatrice et de Lucas.* Béatrice dit : « Cinq minutes, c'est long ! On devait communiquer...Moi je trouvais ça passif... Et après j'ai joué en même temps... Je ne pensais plus à communiquer. » Lucas dit : « A un moment elle a tapé violemment, ça voulait dire tu me saoules ».

*Ce que les observateurs ont pensé.* Voici les mots de l'auditoire : « Il y avait un bon niveau. Confrontation entre deux idées. Béatrice a cédé. » « Cela me donnait envie de jouer : j'avais des idées. Un truc esthétique, harmonieux. Vous avez réussi à vous mettre sur la même longueur d'ondes. » « On a tous remarqué que quand tu as tapé, Lucas, c'était harmonieux musical et là je me suis dit « ça va être dur ! ». Je me suis sentie très mal et après, vous étiez mal à l'aise, je voyais Béatrice et je me disais « quelle horreur ! » etc.

### **L'écoute de l'enregistrement :**

L'enregistrement est diffusé. On entend la plupart du temps un rythme bien régulier, presque pas d'interruption mais quelques faiblesses. Le rythme accélère. Arrêt. Chaos. Silence. Reprise avec une pulsation plus lente. Puis accélération du tempo et installation d'un rythme faisant évoquer une musique de transe, de plus en plus vite : deux doubles-croche-croche-croche deux doubles-croche-croche-croche.

*Le point de vue des observateurs.* A la deuxième écoute l'illusion tombe un peu. Les auditeurs perçoivent davantage le côté laborieux de la prestation, et se lassent, pour certains de son aspect répétitif.

*Les commentaires des protagonistes.* Béatrice dit alors : « Je ne pensais pas que j'étais autant à la ramasse. J'étais bridée et j'avais du mal à faire un rythme plus évolué qu'un rythme à deux temps. Je ne pouvais pas mettre ma touche personnelle, ça aurait cassé cette interaction. Un moment c'était la guerre. Je suis plus pacifiste. ». Lucas conclue : « Je n'avais pas senti le rapport de force. La première partie était fastidieuse. C'était une espèce de mise en place. En jouant je ne pensais à rien. On se laisse aller au rythme. Je n'ai pas essayé d'imposer. Moi j'avais envie de faire de la musique. Cela m'arrive d'improviser avec des « pro ». Moi je ne suis pas musicien. » « Avec les copains, je ne me sens pas à la hauteur, je ne suis pas du niveau. »

*Remarques.* Comme à l'accoutumée un processus de désillusion s'amorce avec l'écoute de l'enregistrement. Le travail associatif des participants, sur le plan de la pensée, fait référence aux processus de pensées des uns et des autres, tout en s'élaborant sur le mode d'un appareil psychique groupal, en référence à René KAES.

La séance se poursuit avec une autre expérience de couple : les deux protagonistes suivants sont choisis par le groupe, parce que l'une d'entre elle est connue pour son indépendance. Il s'agit d'Amélie et Héloïse. Je vais simplement vous décrire leur prestation et vous résumer les associations de pensées qui y font suite.

### **Amélie et Héloïse**

#### ***L'improvisation***

*Ce qu'on voit.* Deux jeunes femmes en retrait, qui restent chacune dans leur territoire pendant la première partie de la séquence, puis s'aventurent un peu en direction du centre de la peau. Toutes deux se tiennent repliées, les coudes au corps.

*Ce qu'on entend.* Elles échangent essentiellement sur le mode question-réponse. Helen propose un rythme : double croche-croche pointée croche-croche, puis deux

doubles croches liées à une noire... C'est elle qui mène, elle accélère le tempo. Amélie intervient. Brouillage sonore. Silence. Elles recommencent. Le rythme « contestataire » apparaît (deux-croches –noire). Brouillage à nouveau.

*Explications d'Amélie et Héloïse.* Héloïse fait savoir que cet exercice l'a épuisée, qu'elle ne parvenait pas à « trouver » Amélie, que cette dernière faisait des « blanc », et qu'elle s'était sentie seule. Amélie répond qu'elle n'a pas réussi à trouver ce qu'elle cherchait. Elle n'arrivait pas à trouver des sons qui lui plaisent ». Si le musicothérapeute demande à Amélie ce qu'elle cherchait, celle-ci répond : « Quelque chose d'harmonieux, d'agréable à écouter où le plaisir aurait été partagé. Je n'ai pas davantage réussi à communiquer avec le public. Par moments je faisais abstraction d'Héloïse : je faisais des choses que j'ai déjà entendues, des essais... Pourtant je trouve que ce son est beau. »

*Ce que les observateurs ont pensé.* Globalement le groupe oscille entre la critique d'une prestation aussi peu harmonieuse de la part de certains, la compassion ou le besoin de réparation de la part d'autres.

### ***L'écoute de l'enregistrement***

*Le point de vue des observateurs.* Les associations de pensées des observateurs sont très riches : leur imagination est plus productive que lors de la première séquence.

*Les commentaires des protagonistes.* Héloïse s'est sentie triste en écoutant sa production (« musique très morbide ») et Amélie se défend d'avoir été agressive ou dans un rapport de force.

### **Une séquence de groupe**

La suite de la séance consiste en une improvisation de six autres personnes du groupe, durant dix minutes, avec la même consigne et les mêmes séquences, mais cette fois avec des instruments différents pour chaque participant. Amélie et Héloïse prennent la fonction d'observatrices.

Le groupe produit une œuvre particulièrement rigide, enfermée dans un martellement tenace entretenu par le tambour de basque, interdisant toute autonomie à chacun. Lorsque la joueuse de tambour faiblit et s'arrête momentanément, le groupe est déstabilisé et bien vite la meneuse reprend la mission qu'elle s'est octroyée pour que le groupe ne s'effondre pas...

L'une des observatrices, Amélie affirme que « même si la production était un peu enfantine, il n'y a pas eu de transgression du rythme, pas de folie, ce qui a préservé l'harmonie. »

Avec l'enchaînement des séquences, la pensée du groupe prend forme et se structure autour d'un idéal commun dont je ne vous dirai plus rien pour ne pas trahir de secrets. Avec ces trois sessions, vraiment très résumées, la construction de l'identité du groupe s'amorce. Chacun des participants, qu'il improvise ou qu'il écoute, est pris dans la question de la définition de son vécu sonore, à priori individuel et en pratique groupal. Chacun joue ou écoute comme il a déjà joué ou entendu.

Tout au long de la séance, les séquences de production sonore ou d'écoute de l'enregistrement de ces productions alternent avec des séquences de mises en mots.

De telles séances ont pour bénéfice de s'inscrire dans la mémoire des participants à long terme, avec un sentiment d'appartenance à un groupe, une famille, ayant traversé une expérience commune inhabituelle.

Ce dispositif, expérimenté pendant de longues années en services psychiatriques, est différent de celui proposé par Monsieur Benenson (Benenson, 2004) qui organise une verbalisation à posteriori, et pour les musicothérapeutes uniquement. Dans ce cas, le musicothérapeute, lui, va parler, là ou ailleurs, en reprise de façon stricte, de ce que la production sonore commune au(x) patient et à lui-même en séance lui dit de son histoire, de leur histoire commune, de ce moi sonore

groupal qui se construit au fil des séances, dont il est un élément constituant vecteur et essentiel.

## Conclusion

En situation de musicothérapie de groupe, c'est à partir de l'histoire sonore et/ou musicale de chacun des participants, de ses réminiscences, de ses tentatives de réappropriation de traces mnésiques sonores et ou musicales, que l'identité sonore (Lecourt, 2006, p.46), du groupe se constitue, à la lumière de la production surgie en séance.

Et, au sein de ce groupe, chacun construit sa propre identité sonore, faite de ses souvenirs et des deuils à effectuer, et de ses choix. Chacun s'implique et construit sa propre définition de son identité sonore, et s'épanouit en tant que sujet, dans ses ressemblances et ses différences avec les autres membres du groupe.

Quels que soient l'école ou les écoles d'appartenance théorique du musicothérapeute, certains effets du groupe de musicothérapie sur les patients pourront être repérés : en fonction du degré de pathologie psychique du malade et de ses capacités de symbolisation, le groupe de musicothérapie devrait permettre au sujet participant d'avoir accès à un meilleur repérage, une meilleure définition de son identité, de son rapport à l'entourage, et de sa place dans un groupe social, et, à terme, d'avoir le sentiment d'appartenir à un groupe particulier, dont la définition s'élaborera plus ou moins avec le temps, et dont les bienfaits devraient s'inscrire dans sa mémoire.

## Bibliographie

Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient : L'imaginaire groupal* (2e ed). Dunod.

Benenzon, R. (1992). *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'Iso*. Éd. du Non-verbal.

Benenzon, R. O. (2004). *La musicothérapie : La part oubliée de la personnalité* (1. éd). De Boeck.

Duperret-Gonzalez, N. (1991). Mon enfant, tu seras musicien. *Revue Psychiatrie Française Parents*, Vol, N° p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (1993). De la voix à la parole. *L'Information Psychiatrique*, 69,3, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (1998). Remémoration : brefs exemples cliniques en musicothérapie, communication aux IXème Journées Scientifiques de Musicothérapie, 14 novembre 1997, Paris, Université René Descartes, (sur le thème : « Mémoire musicale, pratique clinique »). *La Revue Française de Musicothérapie*, 17, 2, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (2002). Musicothérapie de groupe : aide à la réinscription du malade mental dans un ordre symbolique, Journées Scientifiques de Musicothérapie, Association Française de musicothérapie, Paris, 30 novembre-1er décembre 2001. *La Revue Française de Musicothérapie*, 28, 1, 20-23.

Duperret-Gonzalez, N. (1999). Pédagogie, pratique et recherche en musicothérapie : que reste-t-il du musicant ?, Communication au Sixième Colloque en Musicothérapie, 29 et 30 mai 1998, Montpellier. *La Revue Française de Musicothérapie*, 18, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (2002). De l'ordre symbolique. *La Revue Française de Musicothérapie*, 17, 1, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (2007). Musique et langage parlé en musicothérapie, Conférence du 22 mai 2007 au CHS de La Chartreuse sur le thème « musique et Langage ». *La Revue Française de Musicothérapie*, 42bis, 76-98.

Duperret-Gonzalez, N. (2014). Émergence des affects en musicothérapie réceptive de groupe. *La revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, N° 63 (L'observation psychanalytique dans les pratiques groupales). ERES, 63, 189-199.

Guiraud-Caladou, J.-M. (1983). *Musicothérapie, paroles des maux : Réflexions critiques*. Van de Velde.

Juignet P., (2021) Ordre symbolique (définition). Philosophie, Science et Société.

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel : La psychanalyse à l'épreuve du groupe* (2e éd. revue et augmentée). Dunod.

Kress, J.J., (1999). Les rapports subjectifs du psychiatre avec ses théories. *Psychiatrie Française*, 3/99, 34-50.

Lecourt, É. (1993). *Analyse de groupe et musicothérapie : Le groupe et le sonore*. ESF éd.

Lecourt, E. (2005). *Découvrir la musicothérapie*. Eyrolles.

Lecourt, E. (2006). *Le sonore et la figurabilité*. L'Harmattan.

Lecourt E., (2007). La musicothérapie psychanalytique de groupe. Fuzeau.

Lecourt E., (2022). La musicothérapie, entre psychanalyse et neurosciences. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 2, 79, 63 - 76.

Loncan A., (2000). Le destin d'un concept, in *Destin des mythes familiaux*. Le Divan Familial (pp x-x) *Revue de Thérapie Familiale Psychanalytique*. 4, In Press

Miller, J. (1997). *Une mémoire pour deux : Le virtuel des transferts* (1e éd). PUF.

Perrone, R., & Nannini, M. (2006). *Violence et abus sexuels dans la famille une vision systémique de conduites sociales violentes*. ESF.

Pichon Rivière, E., & Pichon Rivière, E. (2004). *Le processus groupal*. Érès.

Sempe, J.Cl.,(2003).Symbolique, *Dictionnaire de la psychanalyse*. Encyclopaedia Universalis, p.855.

Vacheret, et al. (Éd.). (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Dunod.