



HAL
open science

Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert

Anthony Brault

► **To cite this version:**

Anthony Brault. Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert. Revue française de musicothérapie, Association française de musicothérapie, 2017, 36 (1). hal-03429359

HAL Id: hal-03429359

<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-03429359>

Submitted on 15 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 XXXVI - Numéro 01 - février 2017

Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert

Anthony Brault

Musicothérapeute, psychologue clinicien, Paris.

Résumé

Quelle place occupe le contre-transfert dans le choix des extraits musicaux et quel rôle joue-t-il dans la rencontre en musicothérapie ? Après avoir arpenté ce que cette problématique produit comme questionnement j'essaierai de montrer – à travers une étude de cas – de quelle manière s'imbrique le contre-transfert musical avec le contre-transfert lié à la rencontre puis à la relation qui se tisse avec le patient en musicothérapie. Je montrerai également en quoi s'interroger sur cette problématique est une réflexion éthique qui nous permet d'appréhender la violence qui peut émerger dans la relation de soin.

Mots clefs

musicothérapie - écoute musicale - psychanalyse - contre-transfert musical - relation de soin

Abstract

What is the importance of the countertransference in the musical extracts choice? What is its role in the music therapy meeting? After having described the questions produced by this problematic, I will then strive to demonstrate through a case study the nesting between the musical countertransference and the countertransference related to the meeting then related to the relationship which is weaved with the patient in music therapy. Finally, I will demonstrate the way in which questioning on this issue is an ethical stake allowing us to grasp violence stemming from care relationship.

Keywords

Music Therapy - Musical Listening - Psychoanalysis - Musical Countertransference - Care Relationship

Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert

*« C'est pourquoi « trouver une phrase musicale ou vocale », c'est toujours « la retrouver », c'est-à-dire la goûter dans cet incessant va-et-vient du désir et de la nostalgie, de la présence et de l'absence, de la perte et des retrouvailles, toutes ces oscillations se rapportant aux premiers moments de la vie de l'enfant. »
M.-F. Castarède, 2007, p. 46.*

Introduction

Avant de commencer, j'introduirai mes propos par cet échange lors d'une séance d'écoute musicale groupale : l'un s'adresse à moi et me demande : « Au fond, comment savez-vous que ces musiques vont nous faire du bien ? ». Je ne réponds pas, je ne sais quoi répondre. L'autre ajoute : « C'est parce qu'il les aime bien ! ».

Comment choisit-on les musiques, ou du moins les extraits musicaux, que l'on fait écouter en séance de musicothérapie réceptive ?

D'un point de vue « perception-conscience », on analyse le bilan réceptif de chacun des patients, on détermine des objectifs pour la prise en charge, on ré-écoute toute notre bibliothèque musicale, nos disques, on écoute la radio, on « shazam », on passe des heures sur *youtube* cliquant sur une musique puis une autre, et enfin, on trouve celles qu'on va écouter. J'aurais pu m'arrêter là dans ma réflexion et voir en fin de prise en charge si cela avait marché, si les musiques ont de "l'effet" sur les patients, s'ils se sentent mieux, plus épanouis, s'ils sont dans le « mieux-être » comme on l'entend souvent dans le milieu du soin et des arts-thérapies. Et puis si ça marche, tant mieux on recommence avec d'autres, et sinon on change, on repasse des heures à écouter, on télécharge, on enregistre et ainsi de suite... Mais cela pose un léger problème, selon moi, ce n'est plus de la musicothérapie. La thérapie ce n'est pas seulement avoir des objectifs au début et les réaliser à la fin. La thérapie, ça se pense au quotidien. A chaque nouvelle séance on se dit : « tiens, et si là, il y

avait quelque chose à dire, à faire, à exprimer, à écouter... ». En musicothérapie, on pense le sonore, on pense la musique mais aussi le patient, l'institution, le verbal et l'infra-verbal. Alors, quand on me dit : « Au fond, comment savez-vous que ces musiques vont nous faire du bien ? », je me sens moi-même "bien", revalorisé dans ma profession et renarcissisé psychiquement, et je me dis, que j'ai un véritable « instinct de chasseur », un bon nez ou plutôt une bonne oreille... Mais après, je ne me sens plus si à l'aise que ça... Je suis confus... Et ainsi une multitude de questions me viennent à l'esprit : qu'est-ce que cela veut dire au fond, derrière les mots quels sens peut-on en tirer ? Comment ai-je choisi ces musiques ? Comment savais-je qu'elles "feraient du bien" ? Font-elles vraiment du bien ou seul le transfert parle ici ? Est-ce que ces musiques me "font du bien" à moi ? Est-ce que ce "bien-être" que je peux ressentir pendant la séance se déplace sur les patients qui se sentent du coup "bien" ? Finalement, je ne sais plus. Comment, pourquoi, dans quel but, avec quels objectifs ai-je choisi ces musiques ? Je ne sais plus. Qu'ai-je pu ressentir à ce moment-là pour que je me dise "c'est cette musique là qu'il faudrait écouter" ? N'est-ce pas ça, au fond, le contre-transfert face à l'objet sonore ? Le contre-transfert musical ?

C'est bien une des difficultés de la relation triangulaire qu'imposent les thérapies à médiations et les arts-thérapies. Il y a le patient ou le groupe de patients, l'objet / le médium et le thérapeute. La relation transféro-contre-transférentielle se fait entre les trois membres de cette triade. Il devient primordial alors, en plus d'analyser et de prendre en compte notre contre-transfert envers le patient, d'analyser et de prendre en compte notre contre-transfert sur la matière sonore, la musique, l'objet sonore et musical. C'est, je crois, le sens de la deuxième phrase : « C'est parce qu'il les aime bien ! ». En outre, si j'ai choisi ces musiques c'est peut-être effectivement parce que je les apprécie ? N'est-ce

pas plus sympathique de passer une heure à écouter des musiques que l'on aime ? Mais ça non plus ce n'est pas de la musicothérapie... J. Verdeau-Paillès (2005) nous enseigne : « L'essentiel [pour choisir les extraits musicaux] est de bien comprendre que le choix n'est jamais fait au hasard ni en fonction des goûts musicaux du musicothérapeute ; il ne choisit pas les extraits en fonction de ce qu'il aurait plaisir à entendre mais en ayant en vue la levée des inhibitions des patients grâce à la musique, pour les amener à s'exprimer et à communiquer entre eux. ». Pour ajouter plus loin : « le choix des musiques [...] tient compte : - de la connaissance de la personnalité psychomusicale ; - de l'inhibition des patients au départ ; - de leur niveau intellectuel et de leur niveau de culture artistique ; - de leur pathologie. » (p. 58)... On en oublierait presque l'adage freudien : « le moi n'est pas maître dans sa propre maison » (p. 146). Rien sur le contre-transfert. M. Escande (1995) en parle brièvement lorsqu'il explique qu'une des fonctions de l'écoute musicale c'est la mise en exergue du contre-transfert musical via le choix de la musique écoutée. Dans la littérature musicothérapique, on rencontre beaucoup l'abréviation « ISo » (Identité Sonore), chère à Rolando Benenzon (1977) : il faudrait connaître l'Iso du patient pour choisir les musiques diffusées. Mais qu'en est-il de l'Iso du musicothérapeute ? Et que se passe-t-il lorsqu'il rencontre celui du patient ? N'est-ce pas cela la *rencontre en musicothérapie* ?

Après ces deux phrases lancées par ces deux patients, j'ai voulu retrouver toutes les musiques que l'on avait écoutées en groupe. Et surprise, le deuxième patient avait raison : « c'est parce que je les aime bien ». Je dois avouer que, sur le coup, cette prise en compte n'a pas laissé de marbre mon propre narcissisme. Quel musicothérapeute suis-je pour ne pas m'être rendu compte de cela ? Et puis, je me suis mis à penser, à me remettre en question. J'ai essayé et j'essaye toujours de comprendre comment on choisit une œuvre musicale au-delà du système « perception-conscience ». Que projette-t-on, sans nous en rendre compte, dans la relation, dans la rencontre avec le patient ou le

groupe ? Comment prendre en compte notre identité sonore et musicale dans la rencontre en musicothérapie ? Et finalement, ma problématique centrale, quelle place occupe le contre-transfert dans le choix des extraits musicaux et quel rôle joue-t-il dans la rencontre en musicothérapie ?

Inscription théorique

Avant d'en venir au cas de Liliane, afin de tenter de répondre à cette problématique, je vais faire un petit détour pour rendre compte de mon inscription théorique m'ayant permis l'analyse de ce cas :

On l'aura compris, lors d'une séance en musicothérapie – d'autant plus réceptive – il est difficile de restreindre ses propres affects concernant les œuvres musicales. Tous les textes sur la musicothérapie rendent compte de l'effet puissant que l'écoute musicale engendre sur le ou les patient(s). L'écoute de la musique renvoie à la dimension la plus archaïque de la personnalité, à sa propre identité. Freud déjà questionnait Romain Rolland : « Le musicien fait-il remonter la voix de la mère – déjà entendue par le fœtus – la source idéalisée de sa vie psychique et de la musique ? » (cité par Estellon, 2009). Alors, à quelle période de la vie, à quel infantile, à quel archaïsme la musique nous renvoie-t-elle ? L'écoute de la musique renvoie directement aux profondeurs de notre subjectivité ; elle vient toucher nos expériences archaïques, dans le monde fœtal et au cours de notre petite enfance lorsque les sons musicaux de nos mères nous berçaient tendrement. Pour Guy Rosolato (1985) « les sons entendus passivement rejoignent un chant précurseur qui se préparait à prendre forme à travers des réminiscences » (p. 239). Les musicothérapeutes le disent pour les patients, l'écoute de la musique favorise la régression, elle permet un retour du patient vers des dimensions archaïques, vers un bain musical faisant écho à un bain intra-utérin. Si l'écoute de la musique renvoie à de tels processus, comment pourrions-nous en être aseptisés ? L'écoute musicale est loin d'être une écoute passive. Pour Alain Didier-Weill (1995) c'est

« l'inconscient qui réceptionne et transforme le véhicule musical ». Le sujet croyant écouter la musique « est en fait mis dans une disposition où il lui est révélé que c'est lui qui est écouté : la musique l'entend, et entend en lui un appel dont il ne savait rien et dont nous pouvons dire qu'il est pour lui l'appel à devenir ce qu'il n'est pas encore » (p. 261). Dominique Perrouault (2004) a bien montré que l'écoute musicale renvoie à une activité : « l'attente du son ». C'est-à-dire qu'avant même de percevoir le moindre son, nous avons une attente. Lorsqu'on écoute un son, on attend car on a « l'intention d'écouter », traduction de ce que A. Didier-Weill nomme, à la suite de Lacan, la « pulsion invoquante » : l'individu espère de l'autre qu'il produise le son à entendre. Lorsqu'on choisit une œuvre musicale et qu'on l'écoute en séance de musicothérapie, nous avons bien, en plus de l'« attente originelle » de ce que la musique fait en nous, une nouvelle attente qui concerne la relation avec le patient. Qu'est-ce que cette musique va apporter au patient ? Que va-t-elle induire ? Que va-t-elle permettre dans la thérapie ? Ou plutôt : qu'est-ce que la musique a fait sur nous pour que nous l'ayons choisie ? La pulsion invoquante, ici, pourrait alors se traduire par : « l'individu (le musicothérapeute) espère que l'autre (la musique) produise le son à entendre (par le patient) – le son thérapeutique à entendre ». Nous avons donc une double attente qui concerne à la fois la musique et à la fois le patient. Cette « attente » pourrait se traduire par « contre-transfert » voire « pré contre-transfert » (Devereux, 1980) qui serait alors double aussi : qu'est-ce que le transfert du patient me provoque ? Et qu'est-ce que la musique fait en moi ? En outre, quel lien existe-t-il entre ces deux questions ? Ces questionnements sont importants en musicothérapie réceptive car même si peu d'écrits relatent les expériences musicothérapeutiques violentes (j'y reviendrai en conclusion), ne soyons pas dupe quant au fait que « la musique fait mal » tel que l'écrit Pascal Quignard (1996, p. 218), « la musique affecte et mobilise (autant qu'elle désaffecte et démobilise » disait François Perrier (1978, p. 66). En effet, j'ai vu des patients dépressifs s'effondrer, sans ne plus avoir l'envie

de revenir tellement la musique était douloureuse ; j'ai vu des patients psychotiques s'enfuir de la salle tellement la musique était insupportable et ne plus jamais revenir. Alors a-t-on fait le bon choix à ce moment-là ? Pourtant il n'y a pas de bon, ni de mauvais choix. Il n'y a pas de bon ni de mauvais morceaux à écouter. Il est nécessaire en revanche de travailler sur ces effondrements, ces décompensations, en se demandant pourquoi cette musique a produit cet effet là et pourquoi je l'ai choisie. Mais ces questions ne viennent pas sans un soupçon de culpabilité, une douleur propre au soignant d'avoir provoqué de la souffrance en voulant au contraire l'apaiser. Seulement, peut-être est-ce la *haine dans le contre-transfert* (Winnicott, 1947) qui a agi à ce moment-là ? Je reviendrai sur ces éléments en conclusion.

Si écouter c'est obéir – obaudire en latin – dit Pascal Quignard, si « l'audition est une obéissance » (p. 108), c'est certes parce que l'oreille n'a pas de paupières, mais peut-être est-ce aussi parce que l'écoute nous emmène plus profondément vers des lieux plus inconscients. « La musique pénètre à l'intérieur de notre corps et s'empare de l'âme » (p. 219). Or, si nous écoutons ce que l'inconscient a à nous dire, par l'analyse du contre-transfert, l'écoute devient une ouverture à la fois vers la musique et à la fois vers le patient, libérant alors « son âme ».

Liliane : « et la musique remonte le temps »

Présentation et description de la musicothérapie

Liliane est une femme de 88 ans qui vit seule, sans enfant ni famille proche, dans un appartement. Elle vient consulter à l'Hôpital de Jour (HDJ) pour des troubles de la marche et de l'équilibre accompagnés d'un syndrome dépressif fortement marqué. D'après son bilan psychologique, sa dépression serait liée au vieillissement et aux difficultés inhérentes telles que la perte d'autonomie. Son discours est teinté d'affects dysphoriques en lien avec la diminution de ses capacités physiques. Il est imprégné d'idées noires avec une élaboration de procédés suicidaires.

Je rencontre cette patiente pour la première fois à l'occasion de la passation du bilan psychomusical de Verdeau-Paillès afin de déterminer si une prise en charge en musicothérapie est recommandée. N'ayant pas le matériel adéquat, je ne lui fais passer que les deux premiers volets du bilan : l'entretien et le test de réceptivité.

Au cours de l'entretien, il m'apparaît que pour Liliane, la musique tient une place importante dans sa vie. De plus, elle souligne le fait que la musique a une ascendance sur ses affects : « elle peut me rendre heureuse ou au contraire m'attrister ». Liliane semble intéressée par la musicothérapie et se dit être très enchantée à l'idée de pouvoir écouter de la musique au sein de l'HDJ. Visiblement, elle apprécie tous les styles musicaux, sauf quelques « musiques récentes ». Depuis son enfance, Liliane est baignée dans un univers de musique et de musiciens sans jamais en avoir pratiqué contrairement à sa sœur (piano) et ses neveux (guitares) dont elle paraît très fière.

Lors du test d'audition d'œuvres, Liliane reconnaît deux des extraits parmi les dix, qu'elle n'hésite pas à chanter pendant l'écoute. Liliane est très facilement capable d'évoquer des souvenirs sur certaines musiques. Malgré tout, le test est imprégné par la tonalité dépressive de son fonctionnement psychique. La musique équilibrante chargée en instruments (X) a l'air de lui apporter une certaine contenance : « je ressens de la gaieté, de la fierté, de l'enthousiasme ». Dans l'ensemble, le protocole est très riche en réponse, il est marqué par certains mécanismes de défense (intellectualisations et jugements de valeur) et on observe la présence de réponses souvenirs et de réponses affectives pures.

Le test d'audition, accompagné de l'entretien, indique une bonne réceptivité à la musique. Compte tenu des éléments dépressifs présents lors du bilan, je lui propose une prise en charge en musicothérapie réceptive de groupe qu'elle refuse immédiatement, faisant la demande d'une prise en charge individuelle. Je réponds à cette demande en

lui proposant un suivi d'une heure chaque semaine.

D'après le bilan psychomusical et la demande de Liliane, la technique des « trois œuvres » (J. Jost), avec pour objectif une « renarcissisation » via une certaine contenance musicale, semble appropriée. Pendant les séances, un montage est diffusé avec trois extraits musicaux – d'environ trois à quatre minutes chacun. La première œuvre renvoie directement à l'état du moment de la patiente, la deuxième fait office de transition, alors que le troisième extrait a pour but de « tendre vers... Vers un mieux-être » tel que l'écrit Jean-Marie Guiraud-Caladou (1983). Après l'écoute des trois extraits en fondu-enchaîné, la patiente a la possibilité de s'exprimer sur son vécu, sur ses émotions, sur les souvenirs qui ont pu émerger pendant l'écoute mais aussi sur le cheminement induit par la technique.

Lors des premières séances, mon programme musical suivait les recommandations de la technique. La première œuvre renvoyait directement à son état dépressif, liée à la solitude et la poussant vers des pulsions morbides alors que les deux autres extraits l'amenaient vers la sécurité, la contenance, une renarcissisation comme une forme de nourrissage musical. Dès la première séance, Liliane s'effondre à partir du deuxième extrait. Elle s'effondre en larmes sans trop dire pourquoi. Son discours est teinté d'affects ambivalents, les musiques lui apportent à la fois du plaisir et du déplaisir. Ses pleurs, figures de joie et de douleur, rendent compte d'un conflit d'ambivalence. Ce mouvement reste constant jusqu'à la quatrième séance. Les deux derniers extraits provoquent un débordement émotionnel alors que le premier est oublié, effacé de sa mémoire... Son discours est toujours coloré de cette opposition entre plaisir et déplaisir : « ça m'a fait mal » ; « ça m'a pris aux tripes » ; « ça me fait pleurer mais ça me fait plaisir... Merci ». A partir du moment où elle commence à évoquer des souvenirs de sa jeunesse, de ses parents, les pleurs montent et étouffent la parole. Tout se passe comme si les pleurs

permettaient un évitement de l'expression de la souffrance par le langage. En outre, ces quatre séances ont pu être "cathartiques", cependant, la souffrance, la douleur liée à la dépression n'a ni été exprimée ni symbolisée... Alors, que faire ? Il semblerait que je n'ai pas pu lui apporter assez de contenance pour qu'elle puisse mettre en mot sa dépression. La technique des trois œuvres permet-elle cette expression ? Ne s'approche-t-elle pas en fait d'un certain conditionnement ? Ai-je vraiment pensé que la diffusion d'une musique "contenante" permettrait un recul de sa dépression, de ses angoisses ? Non, je n'étais visiblement pas à l'écoute, pas à l'écoute de sa souffrance qui ne pouvait s'élaborer compte tenu de mes propres défenses s'exprimant à travers les choix musicaux. La musicothérapie n'a fabriqué que de l'illusion, une sensation de plaisir illusoire... Prenant en compte ces dimensions contre-transférentielles, j'ai décidé de diffuser trois œuvres retraçant le chemin de sa solitude à sa tristesse. A la place de créer un cheminement illusoire allant du négatif au positif, j'ai tenté un parcours musical progressant de la cause (la solitude) à la conséquence (la tristesse, la douleur dépressive). Liliane s'en est saisi. Dès la cinquième séance, elle s'est mise à exprimer son mal-être : la vieillesse est pour elle une rupture dans son existence qui l'a fait évoluer d'une « vie de solitaire » à une « vie de solitude ». Alors que Liliane appréciait cette vie de solitaire accompagnée de nombreux voyages et de nombreuses rencontres, elle est aujourd'hui enfermée, cloisonnée par le vieillissement dans une prison de solitude. Et puis, au fur et à mesure des séances, la régression opère. On passe de sa vie de solitaire et de solitude à une enfance peuplée, à travers l'image de ses parents mais aussi à travers l'image d'une société beaucoup plus conviviale, beaucoup plus sociale. Réactualiser ses souvenirs de son enfance, de sa jeunesse l'amène à la quiétude et à la sérénité. Pendant toutes ces séances, les larmes sont toujours présentes mais elles sont contenues. Les paupières évitent le débordement, ce qui laisse place à la parole. La musique lui permet un retour au calme dont elle se saisit pour exprimer un

nouveau conflit entre la « solitude passée » traitée de façon winnicottienne, seule en présence des autres et la « solitude actuelle » traitée difficilement et créatrice de souffrance, seule en présence du vide. C'est vers ce vide qu'elle voulait tendre en début de prise en charge, comme si les pulsions de mort l'avaient emportée sur les pulsions de vie. Eros aurait échoué dans sa lutte contre Thanatos... Mais comme le questionne Freud en 1931 dans un rajout à la fin de son *Malaise dans la culture*, de cette lutte « qui peut en prédire le succès et l'issue ? » (p. 176). C'est lors de la dernière séance – la neuvième – que Liliane réaffirme la puissance de son Eros. A ma question « qu'est-ce que ces séances vous ont apporté ? », elle répond « De la sérénité ! Ça m'a fait revenir en arrière et je me suis souvenue que le capricorne [son signe astrologique] ne se laisse pas abattre... il a de la volonté ! ».

Analyse de la relation transféro-contre-transférentielle

L'analyse de la relation transféro-contre-transférentielle dans le cadre de ce suivi musicothérapeutique a complètement bouleversé ma façon d'envisager la relation thérapeutique en plus de faire apparaître mes propres défenses en tant que musicothérapeute. Pour bien rendre compte de ma réflexion, je vais articuler cette analyse en trois moments reprenant les trois temps de la relation musicothérapeutique.

Le premier temps met en avant mes propres défenses – en tant que musicothérapeute – qui se sont exprimées dans la rencontre avec Liliane dans mes choix d'extraits musicaux. Après avoir effectué le test réceptif du bilan psychomusical, reprendre la « technique des trois œuvres » me semblait efficace pour permettre une renarcissisation et ainsi un repli des affects dépressifs. Cette technique permettait alors de tendre vers « un mieux-être... ». Mais un mieux-être par rapport à quoi ? Par rapport à qui ? Sur quelles normes pourrais-je me baser pour qualifier ou non à la fois le besoin de la personne à tendre vers un mieux-être et à la fois la qualité de mieux-

être de la musique elle-même ? Autrement dit, comment puis-je faire pour savoir que ces musiques « vont faire du bien » ?

Une des premières réponses que l'on pourrait me donner serait de dire : « la musique en soi est thérapeutique ». Cette réponse pourrait se décliner en deux mouvements : la musique a des vertus qui sont en soi thérapeutiques, on en a tous fait l'expérience lors d'une petite passade dépressive, on écoute de la musique et ça va mieux ! En outre, si cette musique-là m'a fait du bien à moi pendant ma phase dépressive alors elle te fera sans doute du bien à toi (patient). Ici, la thérapie ne serait alors qu'une forme d'identification projective. N'écoutons pas la parole du patient puisque la réponse du thérapeute ayant lui-même une expérience vécue de la chose (comme si deux expériences pouvaient être similaires) serait suffisante. Le deuxième mouvement serait de dire : il y a certaines musiques dont on a démontré la qualité thérapeutique. En retour j'aimerais questionner cela : déjà, où puis-je trouver ces recherches ? Et, même si cela était vrai est-ce que cela rendrait compte de la complexité du fonctionnement psychique d'un individu ? Autrement dit, si des chercheurs avaient démontré que « la petite musique de la nuit » permettait à des patients dépressifs d'être moins déprimés, alors : 1 : Qu'entend-t-on par dépression ? 2 : Si Mozart ne fait pas partie de l'identité sonore et musicale de mon patient ou alors – grossissons -, que son père le battait tous les soirs en sifflant cette musique, est-ce que cela lui ferait quand même du bien ? Je grossis volontairement pour tenter de montrer le manque de précision et de réflexion, le manque de prise en compte de la subjectivité propre à chaque individu dont peut faire preuve ce type de démarche...

La deuxième réponse que l'on pourrait me formuler serait : justement, avec le bilan psychomusical, nous pouvons connaître la qualité de la réceptivité à la musique de notre patient en plus d'avoir un aperçu de son identité musicale ou de la part musicale de son identité sonore. Ainsi pouvons-nous construire nos bandes musicales à

partir de cela pour permettre au patient à la fois de se laisser aller plus facilement dans l'écoute et à la fois pour permettre que se mette en place une forme de symbolisation ou une forme de narrativité, laissant émerger les conflits, les souvenirs, que l'on pourrait accueillir... C'est une démarche intéressante, à laquelle j'aimerais rétorquer une autre question : ce faisant, ne serait-ce pas un oubli de la force de l'intime du thérapeute présent dans la rencontre en musicothérapie ? Il s'agit peut-être de l'identité sonore et musicale du patient, mais les extraits musicaux choisis viennent du chez-soi du thérapeute. Autrement dit, se suffire à cette démarche empêche de réfléchir à ses propres ressentis, à sa propre identité sonore et musicale qui viennent jouer un rôle majeur dans la rencontre musicothérapeutique.

La troisième réponse m'a été glissée un jour par un patient : je choisis ces musiques parce « qu'elles vous font penser à nous » ! Là, on tient quelque chose d'intéressant ! Effectivement, on peut dire, et je l'entends souvent de la part de musicothérapeutes : « cette musique-là me fait penser à ce patient et tiens, si je lui faisais écouter la semaine prochaine ! ». Et là, à cette remarque particulièrement intéressante et primordiale dans le travail autour de l'écoute, se pose cette question, horrible, impétueuse mais néanmoins incontournable : pourquoi ? Pourquoi cette musique-là m'a fait penser à ce patient-là ? En fait la troisième réponse est une question ! Horrible paradoxe dans lequel nous nous trouvons alors, et pourtant ce sont bien les paradoxes qui nous font avancer dans la clinique.

J'en arrive donc à la notion de contre-transfert. Je pense que le fait que Liliane puisse mettre des mots sur sa dépression, sur ce qui n'allait pas, me faisait peur. Je ressentais cette peur, omniprésente dans les institutions de soins pour personnes âgées, cette peur d'écouter parler le vieillissement, la dépression, la solitude et finalement la mort. Écouter cela nous inflige cette grande blessure narcissique de nous savoir mortel, or « dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son

immortalité » (Freud, 1915, p. 26). Cela nous blesse tant que l'on préfère écarter, repousser, voire castrer toutes ces représentations dont pourtant la personne âgée, d'autant plus dépressive, ressent le besoin de parler et surtout de se savoir contenue pour en parler. Alors plutôt que d'avoir affaire à cela, j'ai inconsciemment mis en place une technique qui me permettait de mettre de côté la question de la mort pour me concentrer uniquement et bêtement sur la question de la renarcissisation. Bien sûr Liliane a aussi sans doute ressenti inconsciemment mes défenses. Cette sensation s'est exprimée par le débordement émotionnel et le refoulement qui eut lieu à chaque séance. Les deux dernières musiques l'envahissaient tellement qu'elle ne put faire autrement que de se laisser aller dans les pleurs, les tremblements voire même parfois l'étouffement. La première musique quant à elle, qui la mettait face à sa dépression, face à sa solitude et parfois face à la mort, était réprimée. Ces deux mécanismes de défense étaient l'expression même de ma non-contenance. Liliane réussit à l'exprimer une fois lorsqu'après m'avoir parlé brièvement de ses parents, elle me dit : « Oh non je ne vais pas vous parler de ça, ça va plomber l'ambiance ». Et même après lui avoir répondu : « Mais si, vous pouvez parler de tout ici », elle resta muette. Ce moment m'a interloqué. A-t-elle eu peur de me transmettre ses affects négatifs ? Je le pense en tout cas et ce à cause de mon manque de contenance. Alors j'ai commencé à réfléchir et à analyser mon propre contre-transfert. C'est ce deuxième moment que je vais maintenant aborder.

En plus de la peur d'écouter la mort, j'ai également compris que j'étais effrayé par le fait de « mal faire » et donc de pouvoir « faire mal ». Faire remonter à la surface des « choses » désagréables, m'inquiétait. Je me disais qu'il ne valait mieux pas remuer des « choses » douloureuses. Cette résistance – je l'ai compris au fur et à mesure – fait écho à ma propre histoire personnelle (dont je vous épargnerai le récit). Mais à quel point mon histoire personnelle a-t-elle empêché la rencontre de s'effectuer ?

Ainsi ai-je eu à faire la part des choses entre ce qui venait de moi et ce qui venait de Liliane. L'idée de « ne pas remuer les choses douloureuses » ne venait pas tant d'elle que de moi. Ayant compris cela, j'ai décidé de changer complètement la technique proposée. Je me suis replongé dans mes notes, dans mes souvenirs de chaque séance pour enfin construire une bande qui retraçait son histoire de vie marquée par la solitude.

Ce troisième moment est celui de la rencontre. Liliane s'est saisie de ce nouveau parcours musical. Elle s'en est saisie pour faire sortir ce qui avait été oublié, mis de côté, refoulé. Ce qui avait été refoulé par la vieillesse, comme si le vieillissement, à l'instar du traumatisme, était venu écraser toute une histoire de vie. Les musiques, s'inscrivant comme écho à son histoire personnelle, lui permirent de se dégager des angoisses laissant les souvenirs remonter à la surface. Pour moi ce fut une grande surprise. Je ne m'attendais pas à ce que Liliane se saisisse comme cela de l'objet. Ce que j'ai vécu, c'est bien « l'émotion de la rencontre » (Lecourt et al., 2014). C'est à ce moment précis que la rencontre a eu lieu entre Liliane et moi mais aussi avec la musique, passant alors d'un statut d'objet médiateur à un statut d'« objet de relation » (Gimenez, 2006). En effet, la surprise de ce moment de rencontre a eu deux effets : l'émotion de la rencontre et l'émergence de l'objet de relation. Pour Bernard Chouvier, « l'objet se construit à partir du transfert ». Dès lors, la musique en tant qu'objet médiatisant est investie transférentiellement, et il y a là « déplacement de la relation d'objet (relation aux autres, groupe interne : parentaux, pairs, sociaux) sur l'objet (la musique¹) et reprise de l'objet (la musique) comme objet de relation ». De plus, me semble-t-il c'est parce qu'il y a eu élaboration du contre-transfert et changement de l'objet (la musique), qui a pu entrer en résonance avec les propres objets internes de Liliane, que celle-ci a pu

¹Il s'agit d'un rajout de ma part, non présent dans le texte de Bernard Chouvier.

transformer l'objet en un objet de relation dans un mouvement transférentiel.

Il me semble alors – il s'agit là d'une hypothèse – que dans la relation musicothérapeutique, l'émotion de la rencontre (émotion esthétique ?) partagée par les deux protagonistes permet la transformation de l'objet musical en un « objet de relation ». Transformation qui permet, dans ce cadre-là, une réelle évolution thérapeutique. En effet, la triple rencontre qu'il y a pu avoir entre la musique, la patiente et moi-même via l'analyse du contre-transfert a permis une libération des chaînes sociales dont la musique est entourée, en ce sens où ce n'est plus la musique qui détenait les qualités curatives mais bien la relation entre les trois membres de la thérapie. Autrement dit, la musique n'a favorisé une évolution, une transformation pour Liliane, que parce qu'elle s'est inscrite dans l'espace et dans le temps de la relation et parce qu'elle a favorisé l'émergence des processus de narration : se raconter par, avec et dans la musique ; se raconter en écoutant de la musique « seul en présence des autres » (Winnicott, 1958). Et cette écoute que l'on pourrait qualifier de winnicottienne, permet selon Edith Lecourt (1993) « un renforcement de la relation au moi (...) d'affronter les instances pulsionnelles (...) d'amorcer la séparation et le deuil ».

Conclusion²

Je vais maintenant évoquer comment ces différents questionnements à propos de ma non-écoute préliminaire m'ont également permis d'entendre les différents mouvements violents qui peuvent régner dans les institutions accompagnant le vieillissement pathologique, les maladies neuro-dégénératives et parfois la fin de vie. « La violence dans le soin » résulte toujours selon A.

²Conclusion tirée en partie d'un article déjà publié : Brault, A. (2015). L'éthique en musicothérapie : que penser de l'accompagnement de fin de vie ? *La Revue Française de Musicothérapie*, 35, 2, 31-33.

Ciccone (2014) « des aménagements d'un contre-transfert non élaboré – que ce soit au niveau individuel, institutionnel ou social – face à la violence que font vivre les patients et leur pathologie, et relativement à l'attente qu'ont les soignants, tout comme les institutions ou le social, vis-à-vis des patients. » (p. 3). De cette violence, la musicothérapie n'en n'est pas éloignée. Certes, elle invite à la communication, à la parole, à l'improvisation, à la création, à l'expressivité ; elle apporte parfois un souffle de vie par la sublimation, la créativité, la reviviscence de l'Eros. Néanmoins, dans ce type d'institution, il n'est pas rare de voir des soignants qui utilisent la musicothérapie à des fins occupationnelles, que l'on pourrait même qualifier parfois d'infantilisantes. « Regarder ces “vieux” jouer du djembé, danser et chanter en retrouvant leur première jeunesse ! Ils ne vont pas si mal en fait ! » Cette infantilisation n'est-elle pas une défense sociale ? N'avons-nous pas envie de voir nos “vieux” dans cet état là parce que la maladie et la mort nous font si peur ? Cette joie, ce bonheur que l'on veut systématiquement transmettre à nos aînés ne sont-ils pas des œillères pour ne pas percevoir et écouter la douleur, le mal-être qui se cache derrière ? J'entends souvent des musicothérapeutes, des arts-thérapeutes, dire que l'art-thérapie ou les arts-thérapies permettent un renforcement du « mieux-être » chez la personne en souffrance. Albert Ciccone nous le rappelle : « le désir de faire le bien à tout prix peut représenter un contre-investissement de désirs narcissiques non pas réparateurs mais plus ou moins destructeurs – motivés par l'envie, la vengeance, ou toute autre contrainte interne. L'ambivalence, et son pôle « négatif », inconscient, transparaîtront ainsi dans nombre de petites violences quotidiennes. » (pp. 59-60). Alors, avant de “renforcer le mieux-être” ne faudrait-il pas écouter le mal-être, ce « malêtre », qui naît dans la désobjectivation, caractéristique de cette société des « individus » et non plus des « sujets » (Kaës, 2012). Soyons vigilants aux arts-thérapeutes (et donc à nous-même), désirant tout de suite atteindre la renarcissisation grâce à leurs arts. Il me semble qu'alors, il n'y a plus vraiment

d'écoute de la souffrance. Elle est là, nous la percevons, mais nous la laissons de côté pour nous occuper d'autres choses, nous faisant un peu moins peur... C'est bien en évoquant « ce qui ne va pas » que l'on commence un véritable travail... Même lorsque « ce qui ne va pas » touche de très près la question de la mort : « Ne vaudrait-il pas mieux faire à la mort, dans la réalité et dans nos pensées, la place qui lui revient et laisser un peu plus se manifester notre attitude inconsciente à l'égard de la mort, que nous avons jusqu'à présent si soigneusement réprimée » (Freud, 1915) ; et plus loin, nous dit Freud, en transformant un vieil adage : « *Si vis vitam, para mortem*. Si tu veux supporter la vie, organise-toi pour la mort. » (p. 40).

Il me semble que la musicothérapie, vise un changement, une transformation, une amélioration psychique à travers la création artistique qui ne peut être thérapeutique que dans la mesure où celle-ci est mise en jeu dans une activité relationnelle triangulaire « thérapeute – médium – patient ». La relation est au centre de la rencontre thérapeutique. Je crois que le musicothérapeute doit s'attacher à repérer la dynamique transférentielle qui, par diffraction historico-subjective, vient se greffer à la relation triangulaire musicothérapeutique. Il a dès lors à entendre et à comprendre ces manifestations transférentielles sur sa propre personne mais aussi sur les œuvres musicales diffusées. Chemin faisant, il paraît logique et nécessaire de concevoir que le contre-transfert en musicothérapie s'attache certes au patient face à nous mais à la musique elle-même, celle que le musicothérapeute choisit de diffuser et qui rend compte de la dynamique transférentielle propre au patient. J'aimerais alors définir un contre-transfert sonore et musical en musicothérapie. La musicothérapie réceptive mettrait en exergue la part plus musicale du contre-transfert qui serait l'ensemble des réactions du musicothérapeute vis-à-vis des musiques diffusées dans le cadre des séances, qui nous renseignerait sur l'état de la relation patient-musicothérapeute, autrement dit sur l'état affectif

et les mouvements psychiques du patient dans le cadre de la rencontre musicothérapeutique.

Je finirai maintenant par les mots de D. Perrouault (2004), résumant magnifiquement bien l'entièreté de mes propos : « *L'écoute est bien alors une rencontre... de soi même.* » (p. 60).

BIBLIOGRAPHIE

- Benenson, R. (2004). La musicothérapie, la part oubliée de la personnalité. Bruxelles : De Boeck.
- Brault, A. (2015). Contre-transfert de l'écoute, écoute de contre-transfert (Mémoire de Master 2). Document non publié. Université Paris Descartes, Paris.
- Brault, A. (2015). L'éthique en musicothérapie : que penser de l'accompagnement de fin de vie ? La Revue Française de Musicothérapie, 35, 2, 31-33.
- Castarède, M.-F. (2007). Le rythme et la mélodie. Spirale, 44, 4, 39-46.
- Chouvier, B. (2004). Les fonctions médiatrices de l'objet. In B. Chouvier et al., Les processus psychiques de la médiation (pp. 29-59). Paris : Dunod.
- Ciccone, A. et al. (2014). La violence dans le soin. Paris : Dunod.
- Devereux, G. (1967). De l'angoisse à la méthode. Paris : Flammarion, 1980.
- Didier-Weill, A. (1995). Les trois temps de la loi. Paris : Seuil.
- Escande, M. (1995). Mélancolie, position dépressive et utilisation psychothérapique de l'écoute musicale. La Revue Française de Musicothérapie, 16, 6, 29-43.
- Estellon, V. (2009). Glenn Gould, magicien et médecin hypocondriaque du corps-piano. Topique, 109, 4, 223-243.
- Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. In Essais de psychanalyse (pp. 7-40). Paris : Payot, 1987.
- Freud, S. (1917). Une difficulté de la psychanalyse. In Essais de psychanalyse appliquée (pp. 137-147). Paris : Gallimard, 1933.

- Freud, S. (1930). *Le malaise dans la culture*. Paris : Flammarion, 2010.
- Gimenez, G. (2006). Les objets de relation en situation individuelle, groupale et familiale. *Le divan familial*, 16, 1, 77-96.
- Guiraud-Caladou, J.-M. (1983). *Musicothérapie, paroles des maux*. Paris : Van de Velde.
- Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Paris : Dunod.
- Lecourt, E. (1993). L'affect et l'écoute musicale, leurs implications en musicothérapie réceptive. *La Revue Française de Musicothérapie*, 13, 1, 8-19.
- Lecourt, E. et al. (2014). Émotions contre-transférentielle dans la relation thérapeutique. Émotion de la rencontre, émotion esthétique. *Psychosomatique relationnelle*, 2, 1, 61-76
- Rosolato, G. (1985). *Eléments de l'interprétation*. Paris : Gallimard
- Perrier, F. (1972). « Musique déjouée ? ». In F. Perrier (1978), *La Chaussée d'Antin* (pp. 57-68). Paris : Albin Michel.
- Perrouault, D. (2004). L'écoute musicale. *La revue de musicothérapie*, 24, 2, 59-69.
- Quignard, P. (1996). *La haine de la musique*. Paris : Gallimard.
- Verdeau-Pailles, J. (2005). L'activation dans une technique de musicothérapie réceptive de groupe. *La Revue Française de Musicothérapie*, 15, 4, 46-68.
- Winnicott, D.-W. (1947). *La haine dans le contre-transfert*. Paris : Payot-rivages, 2014.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975.