Corps, sonore et mouvements psychiques à l'adolescence

Emmanuelle Lefevre

▶ **To cite this version:**

Emmanuelle Lefevre. Corps, sonore et mouvements psychiques à l'adolescence. Revue française de musicothérapie, 2008, 28 (3). hal-03433396

HAL Id: hal-03433396
https://hal.science/hal-03433396

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.

Corps, sonore et mouvements psychiques à l'adolescence

Emmanuelle Lefevre

Une recherche, effectuée dans le cadre d'un stage long en troisième année de diplôme universitaire de musicothérapie, est présentée ici. Ce stage a pour objectif de mettre en place un travail de musicothérapie, réalisé par l'auteur à la Mini Unité Soins Etudes (M.U.S.E), une unité de pédopsychiatrie pour adolescents, dans laquelle elle intervient professionnellement en qualité de psychologue.

psychothérapie, musicothérapie, adolescent, unité de soin psychiatrique, atelier thérapeutique, corps, musique, processus psychique, développement de l'enfant, psychanalyste, psychothérapie de groupe, cas clinique

Cette recherche a été effectuée dans le cadre d'un stage long en troisième année du diplôme universitaire de musicothérapie. Ce stage a pour objectif de mettre en place un travail de musicothérapie, que j'ai réalisé pour ma part à la Mini Unité Soins Etudes (M.U.S.E), une unité de pédopsychiatrie pour adolescents, dans laquelle j'interviens professionnellement en qualité de psychologue.

La population accueillie correspond à des jeunes âgés de douze à dix-huit ans, qui sont scolarisés au collège ou au lycée. Ces adolescents présentent des troubles psychiques entravant la poursuite d'une scolarité complète en milieu classique. Ils bénéficient, au sein de la M.U.S.E, de prises en charge thérapeutiques et pédagogiques.

J'ai mis en place un atelier de musicothérapie qui a fonctionné sur toute l'année scolaire 2006-2007, une fois par semaine, hormis sur les périodes de vacances scolaires. Le projet a été de proposer à ces adolescents de pouvoir éprouver dans leur corps des sensations, des émotions en groupe, figurables par le jeu sonore et par une possibilité de verbalisation.

Mes formations de psychologue clinicienne et de musicothérapeute m'amènent à me référer à la théorie psychanalytique. La méthode de recherche employée est la méthode clinique, marquée par l'étude de cas individuel. La clinique prend en effet en compte l'individu en tant qu'être unique et dans la singularité de son histoire. A ce propos, pour ce qui est de l'anamnèse des patients, j'utilise des données recueillies dans les dossiers ou obtenues lors d'entretiens. Concernant le travail en musicothérapie, je me sers essentiellement de l'observation. Dans ce cadre, je rappelle que la perception humaine s'établit en fonction d'un vécu subjectif. Notre rapport à la réalité est filtré par le langage tout d'abord, puis par des phénomènes imaginaires tels que la projection, l'identification, etc., et enfin par notre propre affectivité. Des séances de contrôle du thérapeute permettent de travailler les questions liées aux phénomènes de transfert et de contre-transfert. Cette démarche personnelle me paraît essentielle : il faut pouvoir faire silence en soi-même pour être à l'écoute.

La musicothérapie, qui est une forme de psychothérapie, est une expérience humaine singulière, non reproductible.

Les pages qui suivent se veulent le reflet d'une démarche pratique et théorique en musicothérapie auprès d'adolescents. Dans cette perspective, j'évoquerai en particulier les liens entre la musique, le corps et les mouvements psychiques à l'adolescence. La musicothérapie permet-elle de repérer les mouvements de liaison et de dé-liaison somato-psychique ? Quelle est la spécificité du sonore dans ce travail thérapeutique ? Comment accompagner les processus de changements corporels et psychiques, en fonction de la pathologie du patient ?

Contexte institutionnel

1. La M.U.S.E

Qui est-elle ?

La M.U.S.E est ouverte depuis juin 2002. C'est une unité de pédopsychiatrie intersectorielle gérée par le Syndicat Interhospitalier en Santé Mentale de Loire-Atlantique. Elle dépend du S.H.I.P, service crée en 1998, qui comporte également une unité d'hospitalisation à temps plein pour enfants et adolescents de moins de 16 ans. Le S.H.I.P et la M.U.S.E sont implantés au sein de l'hôpital Saint Jacques, à Nantes.

Le fonctionnement de la M.U.S.E s'est fortement inspiré des services de la Fondation de Santé des Etudiants de France.

Elle accueille des jeunes présentant des troubles psychiques entravant la poursuite d'une scolarité complète en milieu classique.

Les prises en charge sont ambulatoires, par demi-journées, du lundi matin au vendredi soir.

Cet accueil permet de mettre en place un suivi pédagogique personnalisé, individuel ou en petit groupe, associé à des prises en charge thérapeutiques.

A qui s'adresse-t-elle ?

Elle s'adresse à des collégiens et lycéens présentant des difficultés sévères liées :

à l'entrée dans une psychose
à des troubles de l'humeur
à des troubles névrotiques sévères
à des dysharmonies d'évolution psychotique
à des phobies scolaires ou sociales
à des troubles du comportement alimentaire
à tout autre trouble de la personnalité justifiant la mise en place d'une scolarisation adaptée.

Contre-indications

La M.U.S.E n'est pas adaptée pour les adolescents dont la personnalité se structure sur le mode psychopathique ou pervers, à ceux ayant des dépendances graves aux toxiques, à ceux présentant des déficiences intellectuelles importantes, ni à ceux dont les troubles de la personnalité sont en phase aiguë d'évolution.

Capacité d'accueil

Cinq jeunes sont accueillis par demi-journée. Le nombre de prises en charge varie pour chacun, allant généralement de une à six demi-journées. Actuellement nous accueillons 15 adolescents par semaine.

Comment y entre-t-on ?

L'admission d'un jeune est décidée lors d'une commission pluridisciplinaire composée de membres de l'Education nationale, de la M.U.S.E, des psychiatres pour adolescents des secteurs de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. Cette commission se réunit une fois par trimestre scolaire afin d'évaluer l'adéquation des demandes de prises en charge et d'en établir un ordre de priorité. L'indication doit être posée par un médecin (pédopsychiatre, psychiatre, médecin scolaire).

Le jeune doit :

être inscrit dans un établissement scolaire
être engagé dans un suivi extérieur régulier psychologique ou pédopsychiatrique.

Un dossier d'admission doit être fourni avec divers documents (un compte-rendu psychiatrique, un bilan psychologique s'il a été réalisé, un bilan pédagogique ou bulletins scolaires et une lettre de motivation rédigée par le jeune).

L'équipe propose et souhaite vivement que les familles puissent venir visiter l'unité avant chaque admission.

Comment en sort-on ?

L'équipe de la MUSE réévalue les besoins de prises en charge pour un jeune à chaque trimestre. Les modalités de soins peuvent donc être un maintien, une augmentation, une diminution ou un arrêt de la prise en charge.

Ses locaux

Sa création au départ a permis un fonctionnement a minima, dans des locaux attenants à l'unité d'hospitalisation. Puis d'autres locaux ont été attribués dans l'hôpital St Jacques, propres à l'unité. Ils sont chaleureux mais exigus et contiennent : un petit hall d'entrée, une cuisine, un bureau, une salle de classe, une salle d'activité, des toilettes et une cour fermée. La localisation au sein de l'hôpital est provisoire (depuis plusieurs années…) car le projet de départ prévoit que cette unité peut être installée dans des locaux banalisés au sein de la ville, du fait de la population accueillie et du besoin d'intégration sociale.

Une autre dimension du projet de départ est l'extension de l'unité avec l'ouverture de cinq lits, ce qui permettrait l'accueil des adolescents à temps complet, avec la possibilité d'activités thérapeutiques et pédagogiques du soir, adaptées à cette tranche d'âge. Actuellement, l'absence de ce type de formule de soins dans la région contraint des jeunes à être pris en charge à 500 kilomètres de leur lieu d'habitation.

2. L'approche pédagogique

Les jeunes accueillis à la M.U.S.E ont un temps partagé entre le soin et le pédagogique. C'est d'abord cet aspect que nous allons présenter.

Tout d'abord, les groupes constitués ne dépassent pas 5 jeunes et sont les mêmes (pour une demi-journée) que les groupes thérapeutiques. Ceci signifie qu'un groupe peut réunir des jeunes de niveaux allant de la 6ème à la terminale, et l'accompagnement est donc très individualisé.

Les élèves admis à la M.U.S.E restent inscrits dans leur établissement scolaire d'origine. S'ils ne sont plus scolarisés ou s'il y a une nécessité de changement, un nouvel établissement est recherché.

Pour chaque jeune, le descriptif de prise en charge est formalisé par une « convention d'intégration d'enfant malade », cosignée par l'établissement scolaire, les parents et la M.U.S.E. Cette convention définit un emploi du temps partagé entre l'établissement scolaire et la M.U.S.E. ; un programme individualisé peut compléter cette convention.

Un enseignant dépendant de l'Education Nationale travaille dans l'unité à temps plein. Deux professeurs du secondaire interviennent chacun deux heures par semaine pour des cours de mathématiques et d'anglais.

Des concertations régulières entre l'enseignant et les équipes des collèges et lycées ont lieu pour ajuster les pratiques, se répartir les champs d'intervention et évaluer l'évolution de l'élève (ce qui est souvent rendu complexe du fait des pathologies des jeunes).

A la M.U.S.E, les activités scolaires visent à soutenir les actions menées par les enseignants, à soutenir les jeunes dans leurs apprentissages, leur rapport au savoir et leur place d'élève.

Pour cela, les supports de travail utilisés par l'enseignant doivent être individualisés, variés et créatifs, surtout pour les élèves en difficulté scolaire.

3. Les approches thérapeutiques

L'équipe de la M.U.S.E propose un projet thérapeutique individualisé, construit en accord avec le jeune et sa famille, en fonction de ses besoins. Ce projet est ré-ajustable selon l'évolution du jeune.

Le travail thérapeutique se réalise essentiellement en groupe (cinq jeunes au maximum) sous forme d'ateliers.

Nous proposons différents ateliers avec les médiateurs suivants :

le théâtre
l'écriture
le modelage
le sport
la presse
la photo-expression
la musicothérapie
le conte …

L'objet n'est médiateur que dans un processus de médiation. « Les psychothérapies dites « à médiation » sont utilisées dans le but de produire un effet de langage, et plus précisément de parole, là où elle fait défaut, là où elle est en souffrance. Elles prennent leur valeur d'être proposées comme un embrayeur de processus associatifs, de mise en marche de l'activité de liaison et de symbolisation. »[1] L'utilisation d'un médiateur permet d'introduire un espace tiers dans la relation.

Le travail thérapeutique vise à soutenir et développer la relation à l'autre, la créativité, l'expression, l'imaginaire, le travail corporel, la socialisation, afin de relancer les processus de pensée.

Une journée d'accueil à la M.U.S.E est donc ponctuée par des ateliers thérapeutiques, pédagogiques, mais aussi par des repas et des goûters qui constituent des temps d'échange et de partage riche d'observations, faisant partie intégrante des temps de soins[2].

Concernant les temps de vacances scolaires, la M.U.S.E offre des possibilités de prise en charge avec des activités culturelles, sportives et ludiques. Il n'y a pas de temps pédagogiques.

En dehors des temps de groupe, chaque adolescent accueilli bénéficie également d'un suivi individuel sous forme d'entretiens (médicaux, psychologiques, infirmiers et socio-éducatifs) et d'accompagnements ponctuels, selon les besoins (scolaire, Centre d'Information et d'Orientation, transports en commun).

Enfin, nous exigeons un partenariat à la fois avec les thérapeutes extérieurs qui suivent l'adolescent mais également avec les familles.

Précisons que chaque jeune doit bénéficier d'un suivi psychologique individuel à l'extérieur de notre unité. Cet aspect de la prise en charge est primordial car la M.U.S.E ne peut constituer l'unique lieu de soin. En effet, notre accueil peut tout d'abord être bref dans le temps, alors que le jeune a souvent besoin de soins au long court. Par ailleurs, nous devons différencier un espace de soins lié à une réintégration scolaire, d'un autre constitutif d'un travail psychique individuel. Nous expliquons d'ailleurs régulièrement aux adolescents que certaines questions doivent être abordées en thérapie individuelle et non en travail de groupe, à la M.U.S.E. À travers notre expérience, nous mesurons également que l'investissement des jeunes est souvent massif dans notre unité, et que ce transfert ne doit pas s'opérer exclusivement dans ce lieu de soin.

---

1 René Kaës, « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires », in B. Chouvier *et al*., *Les processus psychiques de la médiation*, Dunod, 2002, p. 16.

2 cf. Annexes, planning de la semaine.

Nous ne pouvons pas non plus envisager l'accueil d'un jeune sans l'adhésion aux soins de sa famille. Afin de tenir informés les parents de l'évolution de leur enfant, tant sur le plan thérapeutique que pédagogique, des entretiens familiaux réguliers sont programmés.

Ce sont tous ces aspects qui constituent la dimension thérapeutique de notre travail.

4. L'équipe

A la M.U.S.E, le personnel est constitué de :

deux pédopsychiatres (dont le chef de service)
un cadre supérieur de santé
une enseignante spécialisée
une psychologue
trois infirmières
une assistante sociale
une éducatrice spécialisée
une psychomotricienne
un interne
une secrétaire médicale
un agent de service hospitalier qualifié

L'équipe est pluridisciplinaire et chacun peut être amené à intervenir, de sa place, auprès du jeune, de sa famille et des équipes extérieures.

Les médecins sont garants du cadre, du projet de fonctionnement et de soin. Les indications thérapeutiques sont donc des prescriptions médicales.

Chaque adolescent a deux référents, binôme constitué de deux infirmières ou d'une infirmière et d'une éducatrice. Cet accompagnement pluriel offre une plus grande disponibilité de présence auprès du jeune et permet de poser des regards à la fois différenciés et complémentaires.

Le travail en équipe est fondé sur des pratiques de psychothérapies institutionnelles (d'orientation psychanalytique) et systémiques.

Etant donné la nature de notre unité soins-études, l'équipe a le souci permanent d'articuler du mieux possible pour un jeune les questions liées au scolaire et au thérapeutique. Ces différents aspects d'une prise en charge sont complexes puisqu'ils ne recouvrent pas forcément la même temporalité, la même réalité, les mêmes avancées.

Le développement psychique, normal et pathologique de l'adolescent

A. Définition de l'adolescence

L'adolescence désigne l'ensemble des adolescents (1845) et au figuré les débuts, l'époque du premier développement de quelque chose (1680).

L'adolescent est à la fois un adjectif et un nom, emprunté au latin *adolescens*, participe présent de *adolescere*, verbe qui signifie grandir. « Le nom est employé aussi au XVe siècle au féminin et prend au masculin la valeur extensive de « jeune homme inexpérimenté, naïf » (1634) »[3].

L'adolescence est une période du développement de l'être humain qui succède à l'enfance et précède l'âge adulte. On peut la repérer selon des critères physiologiques, psychologiques et socio-économiques. Elle est tout d'abord définie selon des critères biologiques (apparition des premières règles chez la fille par exemple) mais les limites repérées varient selon le sexe, le climat, les origines géographiques et le milieu. Les bouleversements physiologiques entraînent une rupture de l'équilibre psychologique (ce point sera développé ultérieurement).

3 Alain Rey, *Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française*, Tome 1, Dictionnaires Le Robert-Paris, 2004, p. 39.

Enfin, « socialement le fait de l'adolescence peut se prolonger pour les jeunes gens restant en état de dépendance économique à l'égard de leurs parents jusqu'à l'entrée dans la profession ou à la fondation d'un foyer »[4]. Cette question autour des critères du début et de la fin de l'adolescence a d'ailleurs inspiré nombre d'écrivains, de chercheurs voire de cinéastes. On pensera par exemple à l'article du sociologue Pierre Bourdieu, « La « jeunesse » n'est qu'un mot »[5] ou au film du cinéaste Etienne Chatiliez « Tanguy ». S'il est aisé de définir le début de l'adolescence, précédé d'une phase préparatoire (préadolescence), il est plus délicat de délimiter un arrêt aux processus en jeu. La disparition des codes sociaux établis, comme auparavant, pour séparer l'adolescence de l'âge adulte (rites de passage comme par exemple la communion solennelle ou l'armée sont devenus des rituels sociaux minoritaires aujourd'hui) participe à cette explication mais n'est pas une des seules causes explicatives. L'adolescence deviendrait de nos jours un temps éternisé où la question des limites devient floue.

B. L'évolution de la société a-t-elle un effet sur l'adolescence ?

Philippe Jeammet, psychiatre et psychanalyste, pose le constat d'une évolution sociale et familiale dans les pays occidentaux[6], ayant des effets sur le développement psychique de l'adolescent. Il énumère les facteurs suivants :

la libération des mœurs (accentuée depuis le mouvement de 1968)
l'affaiblissement des interdits
l'affaiblissement des barrières intergénérationnelles et entre sexes
l'accroissement des exigences de performance et de réussite individuelles
l'allongement du temps de l'adolescence
l'avenir des adolescents (surtout sur le plan professionnel et sur le mode de vie) diffère de celui des parents, qui ne présente plus un modèle d'identification.

Ces changements ont « favorisé le surgissement de besoins et de problèmes nouveaux (…). C'est ainsi qu'à côté des troubles névrotiques et psychotiques classiques, les difficultés d'ordre narcissique, la pathologie des limites et les troubles du comportement ont pris une place de plus en plus importante, montrant par là un déplacement des conflits du monde interne sur l'extérieur (…)[7] ». Philippe Jeammet précise dans un autre article[8] que cette évolution de la clinique ne reflète pas tant des modifications profondes, structurelles de l'organisation psychique de l'adolescent, qui seraient différentes de celles du passé, que des formes nouvelles d'expression, congruentes avec l'évolution sociale et le comportement des adultes.

« Cette fonction de révélateur de l'adolescence est d'autant plus sensible actuellement que cette période de la vie s'étend et que la société, en mal de valeurs reconnues, s'en sert comme d'un miroir qui permet aux adultes à la fois de dénier le temps qui passe et leur propre dépression en focalisant leurs inquiétudes sur les jeunes »[9].

C. Quels sont les enjeux psychiques à l'adolescence ?

Regardons de plus près de quoi est constitué cette épreuve psychique particulière en nous appuyant pour cela sur le travail de Daniel Marcelli, pédopsychiatre. Celui-ci repère à

4 Louis-Marie Morfaux, *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Armand Colin, 1980, p. 11.

5 Pierre Bourdieu, « La « jeunesse » n'est qu'un mot » in *Questions de sociologie*, Editions de Minuit, 1984. Ed. 1992 pp. 143-154.

6 Philippe Jeammet, « Les enjeux des identifications à l'adolescence », in *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*, Bayard Editions, 2003, pp. 705-724.

7 Philippe Jeammet, *Ibid*., p. 705.

8 Philippe Jeammet, « La prise en charge des mineurs en grande difficulté », Actes du séminaire Santé-Justice du 25 et 26 Mai 2000, pp. 23-31.

9 Philippe Jeammet, *Ibid*., p. 24.

l'adolescence des perturbations à trois niveaux : dans le cercle du corps, de la famille et enfin celui de la société[10]. Nous allons développer successivement ces trois points.

1 . La problématique du corps

C'est tout d'abord l'émergence pubertaire qui définit l'entrée dans l'adolescence. Les profondes modifications physiologiques que cela entraîne, tant génitales que générales, ont d'importantes répercussions psychologiques. Il existe de grandes variations dans le commencement et la fin de la puberté ainsi que dans sa durée. Ces variations créent inévitablement des disparités qui inquiètent ou font souffrir les adolescents, à un âge où justement ils ont besoin de se référer à une norme.

De plus, la puberté est un événement non choisi par l'adolescent ; cela lui est imposé de l'extérieur, avec une dimension d'inconnu, de surprise voire d'étrangeté entraînant un vécu de non maîtrise.

Dans ce contexte on peut distinguer deux enjeux psychiques liés à la puberté.

Le premier soulève un paradoxe : comment l'adolescent peut-il avoir un sentiment continu d'existence alors qu'il est confronté à d'incessants changements ? L'identité narcissique est bousculée et la prévalence de l'image de soi va se manifester verbalement par des doutes, des questions et physiquement par une attention exacerbée au corps (intérêt exagéré à l'esthétique, la propreté ou la saleté, préoccupation à l'égard de telle ou telle partie du corps pouvant aller jusqu'à la dysmorphophobie ou paradoxalement un désintérêt total).

Le deuxième enjeu est d'intégrer cette transformation pubertaire à la problématique de l'identité sexuée et des identifications sexuelles. En effet, l'émergence pubertaire impose à l'adolescent un choix qui le contraint à renoncer à l'omnipotence infantile qui lui laissait la possibilité d'imaginer une bisexualité potentielle, c'est à dire une indécidabilité d'être fille ou garçon. Cette question du manque, si elle n'est pas intégrée ou assumée peut amener à des pathologies dépressives (liées à la perte) ou addictives (liées à la dépendance et à la recherche de substitution).

2. La problématique familiale

L'émergence pubertaire rend l'adolescent apte à agir sa vie pulsionnelle, en particulier la sexualité et l'agressivité. Ce qui n'est pas simple puisque cela le confronte à la menace incestueuse et au désir parricide. Pris dans ce mouvement, l'adolescent ressent la nécessité impérieuse de se distancier de ses parents. Le renoncement aux objets infantiles, et en particuliers œdipiens s'accompagne d'un renoncement à la sécurité du milieu familial et à l'imago parentale idéalisée, ce qui constitue un véritable travail de deuil.

Ce contexte fait apparaître un nouveau paradoxe : comment l'adolescent peut-il se séparer de ses parents en cherchant, dans le même temps à s'identifier à eux ? Ce dont il a besoin est ce qui le menace. A travers cet enjeu psychique, l'adolescent est confronté d'une part à la menace de la perte (qui peut mener à la dépression), d'autre part à la menace de la confusion d'identité en cherchant à ressembler à son père ou à sa mère (qui suis-je en dehors d'eux ?). L'autonomie se construit progressivement dans une reconnaissance des limites de chacun et une redéfinition des relations parents-enfants.

3. La problématique sociale

L'adolescent, nous venons de le voir, est dans une nécessaire distanciation à ses parents, ce qui le pousse à déplacer ses centres d'intérêts vers l'extérieur.

Les relations aux pairs prennent une place importante :

- le groupe (constitue une homogénéité rassurante)
- le bon copain, du même sexe (qui constitue une relation de projection narcissique)
- l'amoureux (qui traduit l'intégration de la différence des sexes et de l'altérité du désir)

---

10 Daniel Marcelli, « L'adolescence : une épreuve psychique particulière », in *La santé des adolescents, Approches, soins, prévention*, Editions Payot Lausanne, Fondation de France, 1997, pp. 44-53.

Au delà des pairs, l'ouverture au champ social permet la découverte et l'appropriation du savoir. En effet, la curiosité est une pulsion de la connaissance qui amène l'adolescent à trouver ses propres motivations, à maintenir un investissement scolaire (capacité d'une sublimation active), et à rechercher une identité professionnelle (désir de l'adolescent de s'inscrire dans un idéal).

Ces identifications sociales permettent « l'ouverture vers la sublimation et la connaissance, vers des liens de socialisation diversifiés avec les autres adultes mais aussi avec les camarades, vers des investissements sublimés : sportifs, culturels, artistiques, etc. »[11].

D. Les psychopathologies à l'adolescence

Il s'agit de repérer, parmi les manifestations inhérentes au travail psychique de l'adolescence, ce qui est propre à ces transformations et ce qui signe l'enclenchement d'un processus psychopathologique. Exercice délicat puisqu'il ne faut pas poser de diagnostic trop précoce (en tenant compte des éléments de la « crise d'adolescence ») et en même temps pouvoir saisir les signes d'une pathologie naissante. Ces aspects psychodynamiques posent la question des limites entre le normal et le pathologique à travers la grande diversité des conduites et des symptômes de la clinique adolescente.

Sur quels repères s'appuyer dans notre travail ?

La psychopathologie est à mettre en perspective avec le temps, l'histoire du sujet. Elle est une discipline complexe qui ne peut se réduire à une liste de symptômes auquel on ferait correspondre des « traitements symptomatiques ». Il est utile de distinguer les organisations psychopathologiques apparues dans l'enfance (par exemple les états déficitaires, les psychoses infantiles ou les états névrotiques déjà très organisés) de celles spécifiques de l'adolescence (anorexie, toxicomanie juvénile, états dépressifs) ou des troubles révélant une structure pathologique (dans le vaste champ des psychoses et des névroses). Mon propos n'est pas de m'attarder ici sur la sémiologie et la nosographie psychiatrique mais d'en repérer les particularités à l'adolescence.

D'un point de vue symptomatique, on sera vigilant tout d'abord à la notion de destructivité. En effet, les adolescents prennent des risques, cela leur est nécessaire pour expérimenter des situations nouvelles mais il est exceptionnel qu'ils manifestent une violence agie contre eux-mêmes ou autrui. Quand cela se produit, cela signe une entrave importante à leur développement.

Ensuite, on l'a vu, le champ corporel est mis en jeu, en scène, en cause, en retrait ou en question à cet âge mais ces manifestations doivent rester en lien avec la capacité du jeune à prendre également soin de lui. Ainsi il faut regarder de près la question d'un idéal de minceur, des consommations d'alcool, de drogues, de conduites sportives excessives…

Enfin, on veillera à ce que les symptômes inhérents au registre des troubles de l'humeur, de la dépression (abattement, tristesse, fatigue, manque d'entrain), de l'excitation, s'accompagnent du maintien d'une capacité de mentalisation.

Tous les troubles soudains, isolés et créant une rupture avec les habitudes de vie du jeune sont aussi des manifestations pouvant signer une dimension pathologique.

Face à ces symptômes, il est nécessaire de considérer le contexte d'apparition des troubles, la fréquence, la durée (le caractère passager ou non) et les conséquences au niveau du corps et de la pensée de l'adolescent tant au niveau personnel, familial que social, pour mener une réflexion diagnostique.

Un moment psychotique peut survenir à l'adolescence. Il correspond à une rupture temporaire du lien avec la réalité, dont une seule partie est répudiée ou déniée et doit être

11 Daniel Marcelli, *Ibid*., p. 52.

différencié du fonctionnement psychotique et de la psychose (Ladame, 1991), comme une entrée dans la schizophrénie.

Les manifestations psychiques des jeunes doivent toujours nous faire poser la question des modes de défense et de la structure sous-jacente. Ainsi, une symptomatologie obsessionnelle peut masquer une psychose.

Nous devons également considérer l'aspect réactionnel ou non des troubles.

Je souhaite conclure sur le fait qu'on peut assister à des formations symptomatiques, aux aspects névrotiques ou psychotiques, dont la signification n'est pas univoque. En effet, dans cette période de transformation, il n'existe pas de continuité directe entre la pathologie de l'adolescence et celle de l'âge adulte. Cette donnée est essentielle car elle évite d'enfermer l'adolescent dans un diagnostic qui annoncerait d'emblée l'évolution des troubles.

Quels liens entre le corps et l'esprit ?

A. Définitions

Corps : ce mot est issu du latin *corpus* (v. 881) et désigne la partie matérielle, physique de l'être humain (l'organisme). Dès l'origine corpus est pris dans l'opposition corps⮜⮞âme-esprit, dans le contexte d'une culture catholique.[12]

Esprit : ce mot est un emprunt adapté au latin classique *spiritus* « souffle d'air, respiration ».

C'est par l'intermédiaire des textes chrétiens que le mot s'est introduit en français.

A la fin du Xème siècle, il a pour signification « principe de la vie incorporelle de l'homme, âme », d'où la locution *rendre l'esprit* « mourir » (il reste la métaphore du souffle). De là naissent les sens « être immatériel, incorporel ».

Au XIIème siècle, l'esprit désigne le principe de la vie intellectuelle, l'intelligence.

Puis au XVIème siècle, ce mot acquiert plusieurs acceptions liées aux emplois antérieurs : avoir bon esprit (1636) puis avoir de l'esprit (1547).[13]

Aujourd'hui, en psychologie l'esprit est synonyme d'intelligence, de l'ensemble des facultés intellectuelles. Et en métaphysique, il désigne le principe de la pensée et de la réflexion humaine, en maintenant une opposition au corps de l'homme.[14]

Ce détour par l'historique de la langue française nous permet de mettre en évidence l'opposition entre le corps et l'esprit, dualisme développé par Descartes et entretenu par la tradition intellectuelle occidentale. En même temps, nous en percevons déjà les liens : l'esprit comme « souffle d'air, respiration » s'appuie bien sur le corps pour s'en frayer une sortie (par la bouche). La respiration est vitale d'un point de vue corporel mais permet aussi l'activité psychique, le fonctionnement de la pensée.

Le corps et l'esprit posent la question des limites : d'un côté le matériel, de l'autre l'immatériel ? Cette dichotomie pose problème. L'homme ne semble en effet pas pouvoir être scindé en deux parties distinctes.

Nous ne pouvons pas réduire non plus les liens entre corps et esprit aux oppositions suivantes : le psychisme d'un côté qui serait un épiphénomène du fonctionnement corporel et le corps de l'autre qui serait une simple apparence du fonctionnement de l'esprit.

---

12 Alain Rey, *Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française*, Tome 1, Dictionnaires Le Robert-Paris, 2004, p. 899.

13 Alain Rey, *Ibid*., p. 1305.

14 Louis-Marie Morfaux, *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Armand Colin, 1980, p. 107.

B. Approche psychanalytique

Didier Houzel, psychiatre et psychanalyste, atteste des difficultés à conceptualiser les rapports entre le corps et l'esprit même si « le psychanalyste d'enfant est le témoin privilégié des intrications permanentes des expressions corporelles et psychiques d'une même réalité, parfois d'une même souffrance ».[15]

Dans cet article, il parcourt la théorie psychanalytique en tentant de cerner les apports susceptibles d'éclairer cette question.

D'emblée, la psychanalyse est née dans un contexte où Freud s'interrogeait précisément sur les liens entre corps et esprit.

Au début du XXe siècle, à Vienne, là où Freud a été formé, le physicalisme est un mouvement de pensée important qui considère que la langue de la physique doit être universelle et unitaire de toutes les sciences, y compris les sciences humaines et notamment la psychologie. Freud s'est progressivement détaché de ce courant localisationniste et lui oppose des hypothèses nouvelles dans les études sur le langage. En effet, dans ses deux articles publiés en 1888 pour l'encyclopédie médicale de Villaret « L'aphasie » et « Le cerveau », Freud remplace l'idée de localisation par celle de processus et différencie les représentations d'objets et de mots. Il trace les prémices de l'inconscient en décrivant les phénomènes psychiques comme la liaison entre des états d'excitation nerveux et des états de conscience. Ainsi, les recherches psychanalytiques constituent une avancée dans l'élucidation des questions sur les rapports entre le corps et l'esprit.

Didier Houzel choisit trois points de vue pour baliser notre réflexion : la théorie de l'étayage, le concept de narcissisme et la théorie de la relation d'objet. Je vais maintenant m'attacher à les expliciter, en les mettant en perspective avec l'adolescence.

C. La théorie de l'étayage

La notion d'étayage est introduite par Freud, dès 1905, dans les *Trois essais de la théorie sur la sexualité* et désigne la modalité d'intrication des pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation. Les pulsions sexuelles, qui n'ont pas d'objet propre au départ, se dirigent d'abord vers les fonctions vitales et deviennent indépendantes secondairement. Les zones érogènes sont « les zones de l'organisme où s'assouvissent les besoins du corps et sur lesquelles les pulsions sexuelles viennent s'étayer : la zone orale, la zone anale, la zone urétro-génitale, le mamelon. Ce sont toutes des zones de revêtement cutanéo-muqueux du corps où se font des échanges essentiels entre l'intérieur du corps et le monde extérieur. »[16]

En 1914, dans son étude « Pour introduire le narcissisme »[17], Freud présente le modèle du premier choix d'objet qui se fait par étayage. En résumé, l'enfant aime la personne qui satisfait ses besoins pulsionnels. On peut dire que ce choix d'amour se fait à travers les pulsions d'autoconservation.

On saisit dans cette théorie l'impossibilité de la seule prise en compte des besoins corporels de l'enfant puisque s'y joue autre chose qu'une simple régulation organique. Les travaux de R. Spitz sur la dépression anaclitique du nourrisson le confirment.

A côté de la notion d'étayage sur le corps s'introduit celle de l'étayage de l'objet d'amour sur la mère ou son substitut et de son importance dans le développement du psychisme. Les travaux sur la naissance de la pensée, notamment ceux de Bion, mettent en avant ce rôle de la mère (ou de son substitut), qui transmettrait sa « capacité de rêverie » ou capacité à contenir

15 Didier Houzel, « Le corps et l'esprit », in *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*, Bayard Editions, 2003, pp. 175-186.

16 Didier Houzel, *Ibid.,* p 181.

17 Sigmund Freud, *La vie sexuelle*, trad. fr. D. Bergeret, J. Laplanche *et al,* Paris, PUF, 1969.

les affects. Cela constitue un étayage pour le psychisme afin que celui-ci puisse penser les situations douloureuses ou angoissantes, plutôt qu'être envahi émotionnellement par celles-ci.

Nous interrogerons, à travers nos cas cliniques, la capacité du thérapeute à contenir et à perlaborer les vécus pulsionnels vifs et souvent confus propres aux adolescents. Cela constitue-t-il un étayage pour restaurer l'investissement de la pensée de l'adolescent ?

René Kaës[18] propose l'hypothèse de deux autres étayages, l'un sur le groupe, l'autre sur le Soi. Dans le développement de l'enfant peut ainsi être pris en compte l'étayage sur la famille, sur l'environnement social et culturel, sur les pairs, etc. L'étayage prend là le sens d'un appui sur lequel l'équilibre de la personne se fonde.

L'étayage sur le groupe est à prendre en compte dans le travail auprès des adolescents tant dans leur réalité environnementale que dans la dimension groupale thérapeutique.

D. Le narcissisme

En psychanalyse le terme de narcissisme désigne la fixation affective à soi-même. La notion d'amour porté à l'image de soi-même a été développée par les psychanalystes, en référence au mythe grec de Narcisse.

En 1898, Havelock Hellis fait pour la première fois référence au mythe de Narcisse, au sujet des femmes fascinées par leur image dans le miroir. Une année plus tard, Paul Näcke dégage la notion de narcissisme dans le cadre de la nosographie psychiatrique pour désigner l'état d'amour pour soi-même, ce qu'il considère comme une perversion[19]. En 1910, Freud définit le concept de narcissisme en psychanalyse : il distingue un narcissisme primaire et un narcissisme secondaire.

Le narcissisme primaire correspond à la période de la constitution de l'image où l'enfant prend son propre corps comme objet d'amour. La libido se porte sur le corps de l'enfant. Parallèlement, la première ébauche du Moi se constitue et Freud précise que le Moi est lui-même dérivé du corps. « Le Moi, écrit-il, est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface (c'est-à-dire à la surface du psychisme), mais il est lui-même la projection d'une surface (celle du corps) [20]».

Le narcissisme secondaire représente la période où l'image et le sentiment de soi-même sont saisis par l'enfant comme existants. Durant cette période, la libido investit l'objet extérieur.

Tout au long de la vie, on observe une alternance entre les investissements d'objet et les investissements du Moi. Dans le narcissisme primaire, l'autre est soi tandis que dans le narcissisme secondaire, on s'éprouve à travers l'autre. Ce dernier se constitue par identification à autrui.

Selon les conceptions théoriques, cet investissement libidinal se fait soit directement, soit par la voie de la relation à autrui.

Jacques Lacan considère que la naissance du Moi est corrélative à l'expérience primordiale où l'enfant, vers six mois, capte son image dans le miroir. L'enfant perçoit une image totale reflétée par le miroir et s'imagine posséder la maîtrise de son corps. C'est cette image de soi globalisante dans le miroir qui rend possible la relation à autrui.

Pour d'autres auteurs tels que Winnicott ou Bick, le narcissisme se constitue à travers l'interaction mère-enfant, et notamment dans les liens indissociables et concomitants entre soins physiques et soins psychiques. « Les rapports du corps et de l'âme sont ainsi faits que les deux formes de portage s'étayent l'une sur l'autre et que le portage psychique se trouve représenté dans le psychisme sur le mode d'un appui et d'un enveloppement ressentis comme

18 René Kaës, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979.

19 Pierre Kaufmann (sous la direction de), *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Bordas, Paris, 1993, p. 257.

20 Sigmund Freud, *Le Moi et le ça* (1923), trad.fr. d'A. Hesnard, Paris, Payot, 1966, p. 194.

concrets[21] ». A partir de là sont nées les notions telles que le *holding*, le *handling*, la peau psychique et l'enveloppe psychique.

Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, a introduit la notion de holding qui intervient dans la maturation du Moi de l'enfant. Il s'agit de la façon dont l'enfant est porté, maintenu physiquement par la mère. Ce portage a une fonction de protection contre toutes les expériences angoissantes, qu'elles soient d'origine sensorielles, physiologiques ou qu'elles concernent le vécu psychique du corps (angoisse de morcellement par exemple). Le holding comprend aussi toute la régularité des soins quotidiens, adaptés au développement de l'enfant.

Ces différents aspects permettent un processus d'intégration qui amène l'enfant à un état d'unité, constitutive du moi et du Self.

Winnicott a également développé la notion de *handling* qui traduit la manière dont l'enfant est soigné, traité, manipulé. Le *handling* a des effets sur le processus de personnalisation et d'interrelation psychosomatique, c'est-à-dire qu'il participe à la constitution de l'élaboration mentale et à l'installation de la psyché dans le soma (le Moi se fonde sur un Moi corporel).

L'expression de « peau psychique » a été utilisée en 1967 par Esther Bick, psychanalyste anglaise, et désigne une structure psychique destinée à contenir les parties de la personnalité du bébé qui tendraient sans elle à se disperser.

Le concept de peau psychique a été repris et développé par Didier Anzieu, psychanalyste français, sous le nom de moi-peau puis d'enveloppe psychique. Il s'agit d'une structure psychique qui remplit la fonction de frontière entre l'intérieur et l'extérieur et protège des effractions. La construction de cette enveloppe s'étaye sur les échanges corporels avec la mère mais aussi sur les expériences sensorielles, notamment celles liées à l'ouïe et à la vue. Nous aborderons ultérieurement la notion d'enveloppe sonore dans le travail de musicothérapie.

Nous avons vu le rôle structurant du narcissisme qui permet la construction du Moi chez le tout jeune enfant. La question du narcissisme nous a également amené à examiner les rapports entre le corps et l'esprit dans les liens précoces mère-enfant. Ce cheminement sur le narcissisme nous permet de mieux cerner ce qui se joue à l'adolescence en ce qui concerne l'image que le sujet a de lui.

A cette période de la vie, comme dans la toute petite enfance, le jeune subit une désorganisation et une perte de cohésion du moi ; il a donc besoin de recevoir un renforcement de la part des figures importantes de son entourage. Dans la nécessaire distanciation d'avec ses parents, l'adolescent va alors facilement choisir un ami qui devient « l'idéal narcissique du moi » (Freud 1914), le double avec qui on passe beaucoup de temps et dont il est difficile et douloureux de se séparer.

En situation de crise d'identité, l'adolescent se retourne aussi bien souvent vers lui-même : il scrute sa propre image dans le miroir, s'examine de près, sensible au moindre changement. Cela peut aller jusqu'à un rapport de fascination à l'image de soi incarné par des pathologies narcissiques de type mégalomaniaque ou érotomaniaque. On peut assister à un repli sur soi et un désinvestissement du monde extérieur.

Les aléas de l'histoire infantile et les carences narcissiques ressurgissent à l'adolescence, c'est un passage révélateur de la qualité des intériorisations antérieures. D'un point de vue clinique, on repère par exemple que les passages à l'acte violents constituent un moyen de défense contre un effondrement narcissique. En effet, l'adolescent violent est condamné à exhiber en permanence sa toute-puissance sur les objets externes pour maintenir la cohésion de son Moi. La violence exercée sur un objet externe permettrait alors de colmater l'angoisse et de maintenir la cohérence narcissique du sujet.

21 Didier Houzel, « Le corps et l'esprit », *op. cit.*, p. 183.

E. La théorie de la relation d'objet

Les considérations sur l'objet, la relation d'objet et sa genèse ont évolué dans le temps avec des approches conceptuelles psychanalytiques diversifiées. Nous ne parcourrons pas cette théorie mais nous nous centrerons ici essentiellement sur les liens corps-esprit dans la relation d'objet, comme nous le propose D. Houzel dans son article précité. En effet, les recherches en psychanalyse ont mis en évidence que l'image du corps, qui est une représentation fantasmatique, constitue une scène sur laquelle s'inscrivent les scénarios des relations précoces du bébé avec son environnement. Le fonctionnement même de nos organes serait imprégné de la nature de ces premières interactions. « Il ne s'agit pas de souvenirs au sens habituel du terme, c'est-à-dire d'événements que nous aurions conservés dans notre mémoire et que nous pourrions évoquer. Il s'agit d'éprouvés, bien antérieurs à notre capacité d'inscription mnésique, mais qui néanmoins laissent leurs traces en nous [22] ».

Melanie Klein nomme *memories in feeling* des souvenirs en forme d'éprouvés qui ne sont pas mentalisés mais qui peuvent laisser leurs empreintes dans ce qui ne serait ni le psychisme, ni l'organisme purement biologique mais dans ce J. Mc Dougall appelle un psyché-soma.

Ainsi, Geneviève Haag, s'inspirant du travail d'Esther Bick sur l'observation directe des bébés et du traitement psychanalytique des enfants autistes, a pu montrer que les relations précoces ont des effets sur la régulation du tonus musculaire et sur le développement de la motricité. Elle évoque l'existence d'identifications intracorporelles.

Les recherches psychanalytiques ont également montré que les affections psychosomatiques pouvaient trouver leurs origines dans la distorsion des premières relations sujet-objet. « C'est l'inscription dans le corps des relations précoces qui permet normalement la constitution d'une enveloppe psychique autonome, d'un tonus musculaire satisfaisant, d'une motricité agile et sûre, qui permet aussi une bonne régulation de nombreuses fonctions de l'organisme, l'appétit, le sommeil, la digestion, les évacuations sphinctériennes [23] ».

A l'adolescence, la question de la relation d'objet est centrale puisque le sujet doit intégrer une nouvelle image du corps, héritée de la puberté, afin d'atteindre une relation d'objet de type génital, tout en s'éloignant des premiers objets d'amour, œdipiens. Ces pertes d'objet font assimiler le travail de l'adolescence à celui du deuil et on observe dans la clinique deux modes principaux de défense contre la perte d'objet : le transfert de la libido sur des substituts parentaux (un oncle, une tante, une idole de la chanson, un groupe, etc.) et un certain degré de retrait narcissique (manifestations de prestances, idées de grandeur, dévalorisation ou plaintes hypocondriaques).

Ces remaniements de la relation d'objet sont souvent à l'origine de perturbations de l'image du corps et les psychomotriciens témoignent, dans leur pratique, de vécus corporels psychotiques transitoires ou d'autres troubles s'exprimant par le corps, observés à l'adolescence. Une des pathologies pouvant émerger à cette période de la vie est l'anorexie mentale, exemplaire en termes de déliaison tête-corps.

Comment travailler au maintien de la liaison entre le corps et l'esprit à l'adolescence quand cet équilibre est précaire et menacé ? Il semble que l'introduction du tiers, de la différence, de la médiation puisse être opérante. C'est ce que nous allons développer à travers l'utilisation de la médiation sonore dans un cadre thérapeutique.

22 Didier Houzel, *ibid.,* p. 184.
23 Didier Houzel, *Ibid*. p. 184.

La médiation sonore : quelle est sa spécificité dans le travail thérapeutique ?

A. La notion de médiation

On utilise souvent ce terme mais de quoi s'agit-il ?

L'essor de ce concept en psychothérapie est issu de la théorie de Donald W. Winnicott. Ce dernier a utilisé la notion de médiation et proposé les concepts d'objet transitionnel, d'aire transitionnelle ou d'espace potentiel. Rappelons que l'espace transitionnel est une zone intermédiaire, une aire du compromis qui permet de maintenir séparées et reliées ensemble réalité intérieure et extérieure, subjectivité et objectivité.

René Kaës nous indique que le concept de médiation n'existe pas en soi et l'objet est médiateur seulement dans un processus de médiation[24]. Il cite à ce propos Winnicott qui pose la précaution suivante :

« Ce n'est pas, bien entendu, l'objet qui est transitionnel. L'objet représente la transition du petit enfant qui passe de l'état d'union avec la mère à l'état où il est en relation avec elle, en tant que quelque chose d'extérieur et de séparé »[25].

René Kaës présente les traits caractéristiques de la médiation, à savoir :

la médiation rétablit du lien entre le pulsionnel et une figuration qui ouvre la voie vers la parole et l'échange symbolique

elle implique une représentation de l'origine, c'est-à-dire qu'elle dit quelque chose de la place du sujet entre deux termes, comme entre père et mère. Elle renvoie à une figuration de la conjonction et de la disjonction.

elle s'inscrit dans une problématique des limites

elle offre un écart et s'oppose à l'immédiat

elle est un processus de défense contre le corps à corps, l'acte, la pulsion…

elle suscite un cadre spatio-temporel et permet les enjeux des processus de transformation

elle s'inscrit dans une oscillation entre créativité et destructivité.

Comme le précise René Kaës, « La médiation permet au sujet d'explorer, sans s'y perdre, l'espace interne et l'espace externe, puis l'espace singulier et l'espace commun et partagé [26] ».

La médiation choisie pour engager une relation avec un patient n'est jamais neutre et les caractéristiques de cette médiation doivent être clairement repérées puisqu'elles induisent la forme et une partie du contenu de l'expression. La bonne connaissance des caractéristiques propres au médiateur permet à la fois de poser une indication de psychothérapie et d'utiliser les spécificités de l'objet transitionnel dans un dispositif thérapeutique. L'objet médiateur reste le moyen d'une élaboration.

B. Le sonore, la musique, la parole : quelles caractéristiques ?

Le son est une « sensation auditive engendrée par une onde acoustique » (Dictionnaire Larousse). Il coupe le silence par ses vibrations et n'existe que par la séparation, l'intervalle d'un espace de résonance. D'une manière ou d'une autre, il annonce quelque chose de vivant. Le bruit correspond à un son indésirable, entraînant une perturbation ou un désagrément. La musique, elle, est l'art de combiner les sons. Il appartient à chacun de dire si une musique est agréable ou non.

Le sonore est défini par tout ce qui concerne les sons et est le médiateur de la distance, dans l'espace comme dans le temps. Le rythme introduit en effet les limites du temps par du

---

24 René Kaës, « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires », in B. Chouvier *et al*., *Les processus psychiques de la médiation*, Dunod, 2002, p. 11.

25 Donald W. Winnicott, *Jeu et réalité,* 1971, Paris, Gallimard, éd.1975, p. 26.

26 Donald W. Winnicott, *Ibid.* p. 14.

perceptible, du différenciable, de la scansion. Il est universel et nous relie par là même à l'autre dans un mouvement. Le rythme fait appel à la vitalité, domaine du corps et de ses mouvements pulsionnels.

Le sonore pose le cadre de la communication puisque pour être entendu, il faut qu'un environnement permette le passage de l'émetteur au récepteur. L'objet son devient réalité seulement dans la reconnaissance que l'autre en fait.

Le son est aussi une vibration, une fréquence qui sollicite le sensoriel pour être perçu. Il se caractérise par une amplitude (l'intensité) et un timbre (la couleur), qui font intervenir un aspect subjectif.

La musique a été utilisée depuis tout temps pour ses effets thérapeutiques et ce dans toutes les cultures. Dans l'histoire, on repère deux prototypes culturels : la musique cathartique et la musique sédative. Selon Edith Lecourt, « la catharsis correspond à une décharge des tensions, physiques, émotionnelles, qui soulage et apaise momentanément. On la trouve aussi dans certaines fêtes tribales et quelques méditations religieuses, pour y produire défoulement, exutoire, extase ou transe [27] ». La musique sédative est parfaitement illustrée dans la bible par le récit de David calmant, grâce à sa lyre, les crises d'angoisse du roi Saül. Les berceuses ont aussi cet effet d'apaisement.

Nous voyons là que le sonore a cette capacité d'engager le corps et d'avoir des effets physiologiques et relationnels qui peuvent être massifs.

D'ailleurs, le petit d'homme, tout au début de son histoire, dans le ventre de sa mère est déjà bercé par le rythme cardiaque, la respiration, la voix et toute l'acoustique du corps humain. Le cri du bébé signera ensuite son entrée dans la vie. Et la voix, métaphore de notre identité profonde, déployée par la parole, sera l'instrument privilégié de la communication humaine.

Du sonore à la musique ; on peut se demander à quel moment de l'expérience sonore, l'individu bascule dans le musical. Cette question est éminemment subjective mais je pense que la dimension musicale nécessite de la reconnaissance[28].

Qu'est-ce qui distingue la parole de la musique ? Dans la parole, pour se comprendre, l'un parle et l'autre écoute : une seule voix est disponible. A contrario, la structure musicale ouvre la possibilité de plusieurs voix spontanées. La musique est polysémique et ne peut pas être réduite à un message univoque. Son caractère simultané est pris en compte dans le travail thérapeutique, notamment en groupe.

Pour « jouer ensemble », on peut s'accorder (au plan harmonique), ce qui nécessite l'écoute de l'autre ou se synchroniser (au plan rythmique), ce qui veut dire trouver une pulsation commune. Ces deux exemples donnent déjà un aperçu de la dimension relationnelle mobilisable dans l'utilisation de la musique.

Le son, qu'il soit bruit ou musique, est caractérisé par une absence de limites. En effet, le son est un objet impalpable et non visible. Il est intérieur et extérieur à la fois, passe nos frontières tactiles et visuelles. L'humain a peu de moyens pour en contrôler sa réception (même en se bouchant les oreilles) et ce, quel que soit le lieu et le moment de la journée (même la nuit, nous pouvons subir des nuisances sonores). Le manque de concrétude, le manque de maîtrise et de contrôle de l'expérience sonore peuvent rendre ce ressenti intrusif, débordant.

Chacun a pu faire l'expérience qu'en période de fatigue, on se sent plus vite agressé par le bruit ou les sons forts.

Edith Lecourt insiste sur le nécessaire travail psychique, en termes de construction, pour que l'homme puisse se créer et maintenir un espace psychique sonore habitable. Si la création

---

27 Edith Lecourt, *Découvrir la musicothérapie*, Eyrolles, 2005, p. 21.

28 Edith Lecourt se penche sur ce sujet dans son dernier ouvrage. Edith Lecourt, *Le sonore et la figurabilité*, L'Harmattan, 2006.

de cette enveloppe sonore ne peut pas se mettre en place, le sonore nous envahit voire nous persécute.

C. Qu'est-ce que la musicothérapie ?

Selon Edith Lecourt, c'est « une forme de psychothérapie […] qui utilise le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle est pratiquée en groupe comme individuellement, avec des enfants comme avec des adultes [29] ». Le patient est l'acteur principal et le sujet de sa thérapie.

La musicothérapie agit dans le domaine du non verbal, en vue de s'approcher de la communication verbale et consentie. Le thérapeute travaille avec la matière sonore qui se transforme et qui prend forme dans l'interaction. Il est celui qui donne du sens et qui facilite l'accès à une forme de symbolisation.

Ce qui intéresse le musicothérapeute, c'est l'extrême subjectivité de la perception musicale, de l'expérience musicale.

La musicothérapie est proposée :

sous une forme réceptive : le thérapeute fait écouter de la musique au patient et invite ce dernier à parler à partir de cette écoute

sous une forme active : le thérapeute crée un cadre où le patient peut jouer de la musique et est invité par la suite à parler de sa production. Cette activité peut prendre la forme d'une improvisation musicale, d'un travail de la voix, d'une expression gestuelle. Il n'est question ni de performance ni d'apprentissage.

Le matériau utilisé comprend tout bruit, tout son, toute musique, tout genre musical. Il n'y a pas de musique thérapeutique en soi et donc pas non plus de « répertoire » adapté aux différentes pathologies.

Il n'existe pas de méthode unique mais une grande variété d'approches musicothérapiques, adaptées à chaque situation institutionnelle et à chaque cas. Nous présenterons nos outils de travail avec les adolescents en pédopsychiatrie en troisième partie de cet exposé.

Les champs d'indication en musicothérapie sont nombreux : hyperkinésie et instabilité psychomotrice, polyhandicaps, troubles de la parole, cécité, dépression. La musicothérapie est également utilisée en néonatologie, sous forme de stimulations sonores et de massages, associées aux vibrations musicales. L'indication principale reste cependant les troubles graves de la communication, notamment les autismes et les psychoses infantiles.

La musique met en jeu :

le corps
le système perceptif
l'émotion
l'imagination
le souvenir
l'affectivité
la représentation
le langage

Cette liste n'a pas la prétention d'être exhaustive.

La musicothérapie offre des possibilités de travail à travers différents axes :

sur le contenant émotionnel que représente la symbolisation musicale
sur les limites entre intérieur et extérieur
sur l'organisation du vécu sonore (avec ses aspects persécutifs)
sur l'organisation temporelle
sur les processus de séparation et d'individuation
sur la gestion du multiple (plurivocalité).

La musicothérapie favorise un travail associatif à différents niveaux : sensoriel, émotionnel, psychologique, psychocorporel.

---

29 Edith Lecourt, *Le sonore et la figurabilité*, *op. cit.*, p. 8.

Les effets de la musique nous ramènent par ailleurs souvent aux premiers échanges avec l'environnement maternel (éveiller, stimuler, maîtriser, calmer) et l'exploration des rythmes se rattache au fondement de la psyché du sujet.

D. Quelques concepts pour permettre l'analyse du vécu sonore

Les différentes notions que nous allons présenter ici sont essentiellement développées dans les travaux d'Edith Lecourt. Sans en dresser une liste exhaustive, je vais juste en expliciter certaines qui sont des références théoriques dans ma pratique en musicothérapie aujourd'hui.

1. L'enveloppe sonore

Nous avons déjà évoqué cette notion précédemment et nous allons la préciser. Le concept d'enveloppe sonore a été proposé par Didier Anzieu (1976)[30] et repris par E. Lecourt. Elle l'explicite de la façon suivante : « Pour qu'il y ait « **enveloppe » sonore**, il faut que le vécu sonore ait trouvé à s'étayer sur une expérience tactile et visuelle, d'une part, sur une élaboration mentale du vécu sonore à partir du Moi-peau (D. Anzieu, 1985), conduisant à la notion d'enveloppe d'autre part [31] ».

Précisons que D. Anzieu désignait par le **Moi-peau** « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi, contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.». Il précisait encore : « L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base [32] ».

Les caractéristiques du sonore posent, nous l'avons vu, la nécessité d'une construction psychique pour que l'enveloppe sonore puisse être créée.

L'enveloppe sonore est à différencier du **bain sonore**, notion également utilisée par D. Anzieu. Cette dernière introduit un aspect propre au musical, liée à l'apesanteur et la cénesthésie, ses qualités se rapprochent de celles du *holding*. Le bébé expérimente le bain sonore grâce à l'enveloppe sonore de sa mère, qui le protège des agressions et fait office de pare-excitation. On peut avancer que le bain sonore est une part constitutive de l'enveloppe sonore du sujet.

Au même titre que le bain sonore, d'autres expériences telles que les échanges bilatéraux, la cavité sonore, ou encore l'intégration de la face arrière de l'expérience sonore constituent des stades de l'élaboration mentale du vécu sonore.

L'enveloppe sonore correspondrait à un niveau de mentalisation qui assure surface, continuité et contenance. E. Lecourt avance que ce niveau ne serait atteint qu'avec les codes du langage verbal et de la musique. En effet, ce qui est « essentiel, c'est que l'intégration combinée du son et du silence, réalisée par les codes verbal et musical, constitue une protection généralement efficace contre leurs dimensions traumatique (intrusion, trou, rupture pour le son, trou, rupture, béance pour le silence) et persécutive [33]».

2. L'identité sonore

Les recherches en musicothérapie ont mis en évidence la présence de caractéristiques sonores individuelles, sélectives.

---

30 Didier Anzieu, « L'enveloppe sonore du Soi », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 13, 1976, 161-179.

31 Edith Lecourt, « L'enveloppe musicale » in Anzieu D.et al., *Les enveloppes psychiques,* Paris, Dunod, 1987, p. 200.

32 Didier Anzieu, *Le moi-peau*, Paris, Dunod, 1985, p. 39.

33 Didier Anzieu, Ibid. p. 211.

Rolando Benenzon, psychiatre argentin, a désigné par le terme de « **principe ISO** », « la notion d'existence d'un son ou d'un ensemble de sons ou de phénomènes sonores internes qui nous caractérisent, nous individualisent [34] ».

Edith Lecourt précise les choses et définit « **la notion « d'identité sonore individuelle** » comme la délimitation subjective des phénomènes sonores appartenant en propre à un individu et au travers desquels il se reconnaît, par lesquels il s'identifie. L'identité sonore regroupe ainsi des phénomènes sonores tant internes qu'externes [35] ».

On peut repérer à la fois des caractéristiques physiques et des caractéristiques historiques.

Les premiers s'expriment par exemple à travers la polyrythmie corporelle (rythmes maternels et ceux de l'environnement perceptibles, rythme veille/sommeil, rythme de la marche…), les bruits corporels (rires, pleurs, tics sonores, ronflements…), la voix (timbre, registre…). Les seconds se réfèrent au vécu sonore familial, culturel, groupal, aux préférences musicales, à l'instrument de musique joué…

A propos de l'identité sonore, Edith Lecourt cite Marius Schneider (1956) : « […] un grand nombre de civilisations attribuent […] à chaque être un cri ou un chant strictement personnel, dans lequel réside la force vitale individuelle (…). Ce chant est un rythme, c'est-à-dire une espèce de contrat qui règle les relations entre le corps matériel et la vie spirituelle de toute créature. » [36]

3. Le groupe et le sonore

Le groupe et le sonore sont deux paramètres souvent utilisés en musicothérapie et les notions qui s'y réfèrent illustrent de nombreuses situations cliniques (dont ma pratique).

En psychanalyse, le groupe constitue une situation où se combinent la projection de l'histoire de ses membres et des processus psychiques spécifiques à la situation de groupe.

Certaines notions de la théorie d'analyse des groupes, comme celle d'**appareil psychique groupal** (René Kaës, 1976)[37], sont à prendre en considération. La notion d'appareil psychique groupal correspond à la première manifestation commune de la créativité des membres d'un groupe, édifié contre le fantasme de chaos initial. C'est une construction de la libido narcissique.

L'appareil psychique groupal prend plusieurs formes :

« **l'archigroupe** » qui équivaut au groupe comme image de la mère archaïque

« **l'illusion groupale** » (Anzieu) qui constitue un Moi idéal pour le groupe. C'est un surinvestissement narcissique du groupe, devenu objet libidinal. La réalité extérieure est suspendue.

« **le fantasme de casse** » (qui arrive en contrepoint de l'illusion groupale) est la forme groupale de l'angoisse de castration et de destruction.

« **le moment mythopoétique** » est celui où l'ordre symbolique gère les différences au-delà de l'omnipotence initiale. Les membres du groupe sont des sujets à part entière et ne se trouvent plus fantasmatiquement menacés par le groupe lui-même. C'est à ce moment-là qu'un libre jeu créatif s'instaure dans le groupe.

Ces différentes notions sont des modèles théoriques qui nous aident à penser et à analyser notre pratique dans les différents aspects de la dynamique de groupe.

S'appuyant sur ces théories, Edith Lecourt développe des notions caractérisant les expériences de groupe utilisant la médiation sonore[38]. En voici les principales.

---

34 Rolando Benenzon, *Manuel de musicothérapie*, Privat, 1977, réédition 1981, p. 60.

35 Edith Lecourt, *Le sonore et la figurabilité*, op. cit., p. 29.

36 Edith Lecourt, *L'expérience musicale, résonances psychanalytiques*, L'Harmattan, 1994, p. 52-53.

37 Edith Lecourt, *Analyse de groupe et musicothérapie*, ESF Editeur, Paris, 1993.

38 Edith Lecourt, « Les concepts en musicothérapie : petit lexique pour l'analyse de l'expérience musicale et de la communication sonore » in *La revue de musicothérapie,* Volume XXIII N° 4, Décembre 2003.

Le groupe offre un contenant physique concret et se définit par son « **bruissement** », base de l'identité sonore du groupe. Ce processus inconscient est le bruit résultant d'un rassemblement particulier de plusieurs êtres.

Le « **fantasme de grand chaos** » peut émerger de façon bruyante dans le groupe (confusion, débordement, volume assourdissant), principalement en situation de communication sonore non verbale (dont je décrirai le protocole en troisième partie). Face à cette menace fantasmatique, le groupe s'organise souvent pour s'entendre.

« **L'effet d'ensemble** » est lié à la surprise de pouvoir produire un objet sonore en groupe. Ce moment précède l'illusion groupale et se repère particulièrement entre le premier moment de verbalisation qui suit un temps de communication sonore non verbale et sa réécoute (suite à un enregistrement). Il s'agit d'une représentation d'une entente possible, un début de liaison intersubjective.

« **Le groupe-musique** » correspond à l'illusion groupale interprétée musicalement. A ce moment le groupe et la musique ne font qu'un. C'est précisément l'instant où le groupe entier qualifie sa production comme musicale.

« **Le brouillage sonore** » est un effet sonore qui vient rompre avec l'activité précédente du groupe. Il permet l'accueil de la nouveauté et de la transformation.

« **La composition du groupe** » est à mettre en lien avec l'appareil psychique groupal. C'est une structure qui laisse émerger une composition sonore propre au groupe.

« **L'intervalle musical** » est constitutif de la structure musicale et se retrouve entre deux sons, deux voix…Il représente la séparation, la juste distance pour bien s'entendre.

« **La dimension musicale** » est la création d'un espace musical protégé, limité et maîtrisable. Venant s'opposer au chaos, elle est une aire de jeu, assurant le contact avec le collectif et la culture. La dimension musicale constitue une véritable aire transitionnelle, telle que la conçoit Winnicott.

L'atelier de musicothérapie à la MUSE

A. Présentation de l'atelier :

Le cadre de l'atelier de musicothérapie est le suivant :

L'atelier est assuré par deux référentes (une infirmière et moi-même), qui sont les mêmes pour toute l'année. En cas d'absence de l'infirmière, une autre collègue la remplace. En mon absence, l'atelier est annulé. Nous sommes attentives à assurer, dans la mesure du possible, le maximum de continuité dans la prise en charge des adolescents.

L'atelier dure une heure et quart.

Il a lieu le jeudi de 13 h30 à 14 h 45

- La salle de musicothérapie nous est prêtée. Elle se situe à l'extérieur de la MUSE, dans un autre service psychiatrique de l'hôpital.

- Le matériel utilisé est constitué de tapis de relaxation, d'une chaîne HI-FI, d'un mini-disc et d'un micro pour enregistrer, de CD et d'instruments de musique (majoritairement des percussions).

- Sur le principe, cinq adolescents sont accueillis à l'atelier. Nous avons réduits à quatre le nombre de patients car la salle qui nous est allouée est trop petite.

Après chaque séance, entre intervenantes, nous prenons un temps d'échange et de transmissions écrites dans le dossier informatique de chaque patient.

Toutes les cinq ou six séances nous bénéficions d'une reprise avec le pédopsychiatre du service.

Les objectifs de l'atelier sont les suivants :

- Proposer un temps de détente corporelle, facilitant dans un second temps l'émergence de la pensée.

- Permettre l'expression non verbale.
- Travailler l'écoute intra et interpersonnelle.
- Favoriser le jeu et la créativité.
- Favoriser l'expression individuelle dans le groupe.
- Analyser la communication groupale.

Il s'agit de donner à l'adolescent les moyens de devenir « sujet de ce qui lui arrive » : sujet de sa parole, de son ressenti, de son corps, de sa pensée, de ses choix…

Le déroulement de l'atelier s'organise ainsi :

- Temps de détente sous induction musicale.
- Utilisation des instruments de musique à travers :

soit des jeux rythmiques

soit une communication sonore non verbale (qui peut être enregistrée et amener à un temps de réécoute)

- Ecoute musicale

Chaque séquence est suivie d'un temps de verbalisation.

Le groupe peut se modifier à chaque trimestre, accueillant des nouveaux adolescents ou laissant partir ceux qui sont en fin de prise en charge. Les contraintes d'emplois du temps des jeunes les amènent quelquefois à être absents pour cause de stage, de voyage scolaire, etc. Le groupe évolue au gré de ces aléas : nous veillons à nommer celui qui est absent dans le groupe et à l'accueillir de nouveau la séance suivante en évoquant son absence. Cette verbalisation me semble essentielle pour maintenir le groupe vivant, dans son entier.

Un temps de bilan est prévu sur une séance à chaque fin de période (souvent avant les vacances). Chacun est invité à dire ce qu'il a observé durant les dernières séances, à prendre un peu de recul par rapport au cheminement du groupe. C'est aussi souvent l'occasion pour celui qui quitte le groupe, de dire au revoir aux autres. Nous annonçons de même celui ou celle que nous accueillerons à la rentrée.

Je rencontre chaque adolescent lors de son admission à la MUSE. Je ne fais pas de bilan psychomusical. C'est le groupe qui présente le travail en musicothérapie quand un nouveau arrive.

Personnellement, je me suis engagée cette année dans un travail de supervision de groupe en musicothérapie, ce qui me laisse la possibilité d'évoquer des prises en charges qui me posent question et me permet de bénéficier des expériences et des réflexions des autres participants.

B. Mes outils

Explorons maintenant la dynamique de chaque séquence afin de s'imprégner davantage du travail réalisé lors des séances.

Un court temps de verbalisation a lieu en début de séance où chacun donne de ses nouvelles au groupe, dit succinctement comment il se sent.

La relaxation sous induction musicale

Elle dure une dizaine de minutes. Chacun est invité à choisir une position qui lui est confortable (souvent les ados retirent leurs chaussures), à fermer les yeux s'il le souhaite, à écouter la musique et à se laisser porter par mes propositions verbales. Je propose la plupart du temps que chacun se centre sur sa respiration et puisse faire « le tour de propriétaire », en sachant que je guide le travail en nommant les différentes parties du corps.

Ce temps prend fin avec un passage progressif de la position au sol (chacun est libre d'être assis, allongé sur son tapis, etc.) à la position debout. S'en suivent quelques étirements corporels ainsi que des inspirations et expirations.

Chacun est amené à nouveau à dire comment il se sent en quelques mots.

Ce temps de détente permet de laisser un peu de côté ce qu'on vient de faire ou vivre juste avant l'atelier (tous arrivent du collège ou du lycée), de se centrer sur soi et de prendre contact progressivement avec la médiation sonore.

J'utilise souvent des musiques classiques, qui n'appartiennent pas à la culture des adolescents, mais ces derniers ne s'opposent pas du tout à ce style.

La relaxation est bien appréciée et au fur et à mesure des séances, j'observe que chacun prend vraiment le temps pour s'installer : trouver l'endroit où poser son tapis, retirer ses chaussures, vider ses poches, prendre une serviette pour la caler sous sa tête, trouver un appui dorsal si on veut rester assis (fauteuil, mur ou autre). Bref, chacun prend soin d'aménager son espace physique pour déployer son espace psychique.

Le temps de jeu avec les instruments

Il commence par une mise en place où chacun participe pour installer le matériel au milieu de la pièce. Lors des premières séances, ma collègue et moi jouions avec le groupe puis nous avons trouvé plus judicieux qu'elle reste à une place d'observatrice pendant que j'accompagne les adolescents dans le jeu sonore.

Les propositions de jeux rythmiques

Elles sont plutôt faites quand le groupe se modifie (accueil de nouveaux). La consigne consiste la plupart du temps à ce que chacun propose un rythme que le reste du groupe reproduit. Ce travail d'écoute et de répétition facilite l'expression individuelle dans le groupe et sécurise chacun dans sa capacité à produire et reproduire un rythme. Des jeux vocaux peuvent aussi être proposés, ce qui permet l'exploration d'une autre dimension sonore (la voix) que les patients n'utilisent que très rarement en improvisation sonore.

Que ce soit avec le rythme ou la voix, ces jeux n'ont pas pour objectif la technique mais bien l'accordage, de soi à soi et de soi à l'autre.

L'improvisation sonore non verbale

est une technique où l'on met à disposition du groupe des instruments de musique faciles d'utilisation, avec un choix varié, en donnant la consigne suivante : « Je vous propose d'entrer en communication par l'intermédiaire des sons. » Le temps est fixé (environ dix minutes), annoncé à l'avance et la séquence peut être enregistrée. Un temps de verbalisation a lieu après cette expérience puis on écoute l'enregistrement de l'improvisation précédente. Un nouveau temps de verbalisation est proposé ensuite.

Ce temps de jeu est bien investi par le groupe : chacun s'autorise à expérimenter des sons, des gestes (taper, frotter, gratter, souffler, etc.), des intentions de communication. L'improvisation est un acte unique et spontané et qui inclut création et exécution. Elle a pour but de développer le potentiel expressif de l'individu et de l'amener à expérimenter de nouvelles qualités relationnelles. La position d'écoute tourne l'attention du sujet vers l'autre.

Le thérapeute est attentif aux formes de communication à l'intérieur du groupe, au déroulement de l'improvisation, aux échanges patients-thérapeute. Sur le choix des instruments et leur utilisation, il observe la manière de choisir un instrument, d'en jouer et d'en changer. Il repère également l'apparition de mouvements régressifs, isolants ou dans la relation, les attitudes de collage, les conflits, les parasitages ou les positions d'autonomie.

L'écoute musicale

Elle est proposée en fin de séance. Les adolescents sont invités à amener une musique qu'ils ont envie de faire partager au groupe. Si personne n'en amène, il m'arrive d'en choisir une à leur faire écouter. L'objectif est de pouvoir s'exprimer ensuite sur leurs ressentis, leurs

émotions, s'ils ont aimé ou pas le morceau, pourquoi, etc. On se base sur le caractère polysémique de la musique.

En réalité cette séquence n'a pas toujours lieu car nous manquons de temps et quand la parole se déploie après un temps de jeu, j'encourage cette expression. Il est important d'accueillir et de soutenir ce qui se développe et de ne pas trop rigidifier le cadre. De plus, j'observe que ce temps est moins investi par le groupe.

Dans ces séances de groupe en musicothérapie, l'alternance instituée entre des séquences sonores et verbales met en place un travail de mobilisation à différents niveaux. En effet l'articulation entre le sensoriel, le culturel (transitionnel) et le verbal constitue un appel autour du changement : union/séparation, groupe/individu, vouloir/renoncer, ordre/chaos, écouter/être écouté…

Je tiens à préciser, concernant la verbalisation, que nous ne laissons pas les patients livrer en groupe des informations très intimes sur eux-mêmes. Nous les renvoyons alors à des entretiens en particulier : il est primordial de faire valoir la privauté de chacun, ce qui, chez les psychotiques, fait parfois défaut.

Paul

A. Histoire de Paul et de sa prise en charge

Paul est un jeune garçon âgé de 12 ½ ans qui a été accueilli à la Muse en septembre 2006. C'est un garçon au physique harmonieux, brun, les yeux clairs, prenant soin de son apparence. Il s'exprime facilement et a un bon contact en relation duelle.

1. Contexte familial

Il vit avec ses deux parents et est l'aîné d'une fratrie de trois garçons. Ses frères, Jean-Baptiste et Laurent, sont âgés respectivement de 8 et 9 ans.

Les deux parents travaillent. Le couple se décrit comme très uni.

Paul et sa famille ont habité plusieurs années un village au sud Loire de Nantes, à la campagne, avant de partir pour Angers (pour cause de mutation de Monsieur). Par la suite, ils ont souhaité revenir sur Nantes et ont acheté la maison qu'ils avaient quittée quelques temps auparavant. Les grands-parents habitent dans le même secteur.

2. Début des troubles

Dans son histoire, on sait que les difficultés de comportement de Paul ont débuté alors qu'il était en CM1, à l'occasion d'un changement d'organisation scolaire. De cette époque, Paul décrit déjà une grande souffrance : pouvait se laver les mains jusqu'à 150 fois entre deux repas, crachait dans sa chambre le soir « pour évacuer le mal », hurlait, poussait des cris aigus, faisait des fixations sur son frère Laurent en contrôlant tous ses faits et gestes.

A cette époque, il est conseillé à la famille de réaliser un bilan cognitif pour Paul : les résultats mettent en évidence une franche précocité intellectuelle. Un suivi par un pédopsychiatre est mis en place pour soutenir Paul dans ses difficultés.

A l'entrée en 6ème de Paul, la famille revient sur Nantes. Paul est scolarisé dans une classe pour enfants précoces mais ses troubles du comportement ne permettent pas qu'il y reste. Il rejoint donc son collège de rattachement au bout d'un trimestre.

De cette période, Paul relate les « retrouvailles » avec les lieux de son enfance, constatant d'ailleurs assez douloureusement les effets du temps et les changements qui s'y rattachent. « Tout était devenu plus petit, on avait coupé l'arbre du jardin dans lequel je jouais… ».

Pendant l'année de 5ème, Paul reste un très bon élève mais ses troubles du comportement s'aggravent autant dans le cadre scolaire, familial, qu'amical. En fin d'année scolaire, une hospitalisation au S. H. I. P. est demandée devant l'ampleur des symptômes de Paul. Il est en effet agressif et violent envers la famille et l'entourage social, impulsif et envahit par ses troubles obsessionnels compulsifs. Paul ne se calme que lorsqu'il est seul.

3. Hospitalisation au S. H. I. P (de mai à juillet)

Paul est alors hospitalisé début Mai à temps plein en pédopsychiatrie. Il y restera jusqu'à début juillet 2006. Dans ce cadre de soin, Paul se montre rapidement angoissé dès qu'il n'a plus le dessus sur l'autre. Il veut toujours avoir le dernier mot et se situe dans un registre de maîtrise et de contrôle. Il devient vite agressif.

Il décrit assez facilement ses troubles (qu'il appelle « maniaqueries ») qui impliquent la participation de son frère Laurent, avec qui il se sent en grande rivalité. Ainsi, lorsque Paul croise celui-ci, il lui demande de dire pardon, de baisser les yeux, de s'incliner devant lui dans un rituel très codifié, sans quoi la violence apparaît.

Paul exprime un vécu de souffrance très important, reconnaissant qu'il peut être « sadique » avec l'autre pour essayer d'apaiser ses angoisses. Par contre, il exprime très

peu de culpabilité et n'accède pas à l'empathie, ce qui ne lui permet pas de s'ajuster dans la relation.

Il accepte la mise au travail thérapeutique (en individuel et en groupe)

Pendant l'hospitalisation, les contacts avec les autres jeunes sont très difficiles : Paul tente de faire alliance avec certains enfants pour utiliser d'autres comme boucs émissaires, multiplie les provocations…

Vis à vis des adultes, il est toujours dans une opposition par rapport au règlement et ne supporte pas qu'un patient ait quelque chose qu'il n'a pas.

A mesure que Paul abandonnera sa position de toute-puissance, la tonalité maniaque de son humeur laissera progressivement apparaître des affects beaucoup plus dépressifs. Les rituels obsessionnels diminueront aussi. Les relations aux autres resteront compliquées jusqu'à la fin de son hospitalisation ou juste atténuées, dans le sens où Paul s'arrange pour être davantage conforme quand il est sous le regard de l'adulte.

L'hospitalisation sera l'occasion de réaliser des bilans afin d'affiner l'observation diagnostique. L'aspect clairement névrotique des troubles est mis en évidence dans un registre obsessionnel, avec une dimension caractérielle et oppositionnelle.

Les parents, de leur côté sont participants aux soins et accèdent à un questionnement autour du sens des symptômes de Paul. Ils expriment leurs inquiétudes face à l'évolution des troubles de leur fils et demandent un soutien pour réajuster leurs attitudes éducatives.

Les parents et les trois enfants s'engagent alors dans un travail de thérapie familiale.

En fin d'hospitalisation, Paul reprend une semaine de cours à temps partiel (les vacances s'en suivent). Cette reprise se passe bien, ce qui tranquillise Paul pour une rentrée en septembre.

Paul sort du S. H. I. P. avec plusieurs étayages pour soutenir son état psychique :

- un traitement médicamenteux
- une poursuite de travail thérapeutique par son psychiatre référent
- des consultations familiales
- une prise en charge à la M.U.S.E. pour la rentrée de septembre afin de soutenir sa scolarité et de continuer à bénéficier de groupes thérapeutiques (expérimentés pendant son hospitalisation).

4. Prise en charge à la M. U. S. E (de septembre à décembre)

À son arrivée à la Muse, Paul exprime très clairement sa demande pour qu'on l'aide à travailler ses relations aux autres (dans sa famille et avec ses pairs) et diminuer ses obsessions.

Paul est pris en charge 3 demi-journées par semaine dans notre unité. Il bénéficie de trois ateliers thérapeutiques (social, théâtre et musicothérapie), de deux ateliers pédagogiques et d'un temps de cours (en alternance avec un professeur de mathématiques et d'anglais).

Il est scolarisé en 4ème et dès la mi-septembre le collège nous alerte car Paul se fait remarquer tous les jours par ses provocations et son impertinence.

Paul est conscient de son comportement inadapté mais dit ne pas pouvoir s'en empêcher. Il se montre déprimé et blasé face aux remontrances, aux rappels du cadre et des règles. L'équipe d'enseignants du collège s'épuise rapidement et dès la Toussaint la scolarité de Paul est suspendue.

Le projet des parents (que nous soutenons) est d'orienter Paul vers une institution scolaire plus cadrante, plus contenante et de parier sur le bénéfice d'une distanciation familiale. Les recherches en vue d'un autre établissement n'aboutissent pas car Paul est en incapacité de tenir le cadre proposé dans un internat scolaire classique.

Parallèlement, pendant cette période, Paul se saisit pleinement du cadre de soin proposé à la M.U.S.E. Il montre de l'intérêt et de la curiosité, à travers les médiations proposées, pour

son propre fonctionnement psychique. Il exprime pleinement sa souffrance et évoque la nostalgie de sa petite enfance.

Il peut dire lors d'un entretien individuel : « ça ne va nul part sauf à la M.U.S.E. ».

Après les vacances de la Toussaint, nous intensifions la prise en charge à quatre demi-journées par semaine. Il continue à participer aux mêmes ateliers et se rajoutent à son emploi du temps l'atelier « interactif » et un temps pédagogique.

Paul n'est plus scolarisé.

Les relations familiales se dégradent. Paul se positionne en victime et dénonce l'attitude de ses parents. Il demande à quitter son domicile où l'ambiance est très conflictuelle, empreinte de violence physique et psychologique. Paul, en effet, ne supporte aucune frustration de la part de ses parents, il devient vite agressif verbalement et physiquement. Devant l'impossibilité à contenir son fils, Monsieur peut user de sa force pour poser une limite. Monsieur subit une période de chômage au même moment, ce qui n'arrange rien. Madame ne sait plus comment se positionner d'un point de vue éducatif. Le couple est mis à mal par la problématique de Paul. Les petits frères sont aussi en souffrance face aux manifestations de leur aîné, en subissant les conséquences. Paul dit : « tout le monde subit mon angoisse ».

L'arrêt de la scolarité au collège et l'augmentation de la prise en charge à la M.U.S.E. entraînent chez Paul un changement de comportement dans notre unité : il attaque le cadre, se confronte sans cesse aux autres, développe des T. O. C. S. (crache par terre dans le service ou sur les voitures dehors) qu'il n'avait pas jusqu'alors, et des crises de boulimie.

Les seuls moments d'apaisement sont les prises en charge individuelles, limitées dans notre protocole de soins.

L'équipe est à la fois très touchée par la souffrance de Paul et épuisée par l'énergie demandée pour maintenir le cadre du soin.

La dimension de destructivité observée dans le cadre scolaire et familial vient alors menacer la M.U.S.E.

A la mi-décembre, une suspension de la prise en charge de Paul est décidée à la M.U.S.E. au profit d'une nouvelle hospitalisation à temps plein au S. H. I. P.

5. Hospitalisation au S.H.I.P (de décembre à janvier)

Paul entre dans cette unité le 21 décembre 2006. Il a une attitude très revendicatrice et manifeste clairement son mécontentement d'être hospitalisé. L'angoisse est massive et le sentiment de persécution clairement exprimé : les autres sont à l'origine de ses difficultés et lui-même n'a aucune critique face à ses passages à l'acte violents envers son environnement.

Les parents de Paul se montrent ambivalents quant aux soins qui doivent être prodigués pour leur fils et aux limites qui doivent lui être posées.

L'équipe de soin opte en effet pour poser un cadre de soin strict et sans demander l'avis de Paul, tant ses revendications sont non constructives. Une fois le cadre posé (temps de permissions avec aménagements précis dans la famille, durée de l'hospitalisation, temps de soins en individuel et en groupe planifiés…), Paul s'apaise et contrairement à sa première hospitalisation où il recherchait les autres, il a tendance à l'isolement, au repli, seul dans sa chambre.

Il exprime des affects dépressifs avec une dévalorisation de soi. Il reconnaît le mécanisme projectif qu'il utilise : il repère en effet les faiblesses chez les autres qui le renvoient à ses propres failles. Cela lui est insupportable et déclenche des comportements violents.

Le décalage ressenti par Paul entre son raisonnement intellectuel, ses idéaux (similaires à ceux d'un jeune adulte) et son immaturité affective (avec une position de toute puissance infantile) est source de souffrance pour lui.

En complément du travail thérapeutique, le traitement médicamenteux est modifié (le Zoloft est remplacé par le Risperdal) et a une action positive sur l'impulsivité de Paul et ses angoisses.

Au cours de cette hospitalisation, de nouvelles démarches sont réalisées pour une orientation de Paul à sa sortie. Il a besoin en effet d'une prise en charge thérapeutique à temps plein qui lui permette en même temps de poursuivre son cursus scolaire. Les parents réactualisent leur demande d'une distanciation du milieu familial.

Paul fête ses 13 ans au S.H.I.P, sort de l'unité le 5 Janvier et intègre une clinique soin-étude dans l'Ain à partir du 9 Janvier 2007.

Nous gardons sa place à la M.U.S.E jusqu'aux vacances de Février au cas où sa prise en charge à la clinique ne se poursuivrait pas (il y a une période « d'essai »).

Aux dernières nouvelles, Paul a éprouvé sérieusement ce nouveau cadre mais il commence à aller mieux…

B. Les séances de musicothérapie

De la mi-septembre à la mi-décembre 2006, Paul a participé à 7 séances de musicothérapie, sans aucune absence. Je vais décrire tout d'abord l'évolution de Paul sur le temps de relaxation puis son lien au groupe et enfin l'utilisation qu'il fait du son et de la musique.

1. Le corps et la musique, enveloppe et détente

Les séquences de détente sous induction musicale sont d'emblée bien investies par Paul. Dès la première séance, il respecte et applique scrupuleusement les consignes. Malgré une certaine agitation avant la séance (il renifle de façon incessante, soupire, manifeste de l'inquiétude), il parvient à se détendre rapidement dans le cadre proposé de relaxation. Il prend le temps de respirer tranquillement, en fermant les yeux et en écoutant la musique. Il évoque ensuite son sentiment de fatigue, ce qui sera récurrent.

Nous repérons rapidement que Paul a besoin d'un espace physique bien défini pour pouvoir se centrer sur lui : que l'adulte soit proche (ma collègue ou moi s'assoit à côté) et que ses pairs soient plutôt à distance. Il dit qu'il a besoin de cette « bulle » pour pouvoir se détendre. Une fois que cette délimitation est posée, nous constatons alors qu'il est en effet capable de prendre en compte son espace intérieur, y trouvant des appuis et cela a un effet apaisant. Il s'autorise à bailler, sourit souvent en se relevant. Il verbalise un état de mieux être quasiment à chaque fois.

Il manifeste quand même des moments où il ne peut pas se faire oublier trop longtemps et fait du bruit (un son, un mot), rappelant aux autres sa présence.

Globalement, il nous étonne par sa capacité à prendre ce temps pour lui, pour se faire du bien. Sur une semaine où la séance n'a pas lieu (je suis en formation), Paul évoque à mes collègues sa frustration de ne pas avoir fait de relaxation.

Après ce temps de détente, il évoque régulièrement ses troubles du sommeil, son corps courbaturé, sa fatigue. Une fois, il a particulièrement du mal à sortir de cet état de relâche corporelle et dit : « en fait, j'aimerais mourir dans la fatigue éternelle ».

Une autre fois, il met en scène une posture que prenait son grand-père pour se détendre. Il évoquera ensuite, en rentrant de la séance, son attachement à ses grands-parents.

Il donne à voir et à penser que la relaxation lui permet d'être à l'écoute de ses ressentis, de ses émotions.

Paul et la question de sa place dans le groupe

Le groupe est constitué de trois garçons et d'une fille. Rapidement, on observe que Paul cherche l'alliance avec Raoul, un autre garçon du groupe. Il s'installe à côté de lui, s'arrange pour partager des moments d'excitation (par le rire, le jeu), joue essentiellement avec lui

pendant le temps de communication sonore non verbale et se met quelquefois en situation de compétition avec lui, comme dans une joute musicale. A l'inverse, Paul rejette très franchement Erwan, l'autre garçon du groupe. Par exemple, s'il est en décalage dans le rythme, il en tient responsable Erwan. Il ne le regarde quasiment jamais et le peu de fois où son regard se pose sur lui, c'est avec une dimension accusatrice. Même physiquement, il est arrivé que nous devions intervenir pour garantir l'espace personnel d'Erwan car Paul l'envahit, ne le respecte pas : il met ses pieds à côté de la tête d'Erwan sans que cela ne le gêne ou se relève en lui marchant dessus. Enfin, auprès de Julie, c'est une attitude de séduction que Paul déploie. Il la regarde beaucoup, cherche sa présence physique et est sensible à ce qu'elle exprime. Il peut par exemple changer d'avis, se raviser en fonction de ce qu'elle dit ou même accepter ses critiques. Elle lui dira en effet une fois qu'il utilise les instruments pour faire du bruit.

Après la Toussaint, le groupe se modifie : Raoul part, Alan arrive. Paul reste à distance d'Alan. Il n'a plus personne avec qui faire alliance et recherche alors encore d'avantage la présence avec Julie, jusqu'à ce que ce rapproché devienne insupportable pour chacun d'eux. Il multiplie les attitudes de prestance auprès d'elle, se vante, la provoque, dans un jeu de séduction où les mots sont crus et violents. Ces comportements, partagés par les deux adolescents, s'observent aussi dans d'autres espaces qu'en musicothérapie.

A la sixième séance, Paul ne sait plus comment gérer ce qu'il induit : Julie répond à ses requêtes de manière excessive. Paul, sur le trajet qui mène à l'atelier, vient près de moi et me dit qu'il la trouve « trop bizarre ». Je lui demande de la laisser tranquille et nous leur imposons de ne pas se mettre à côté l'un de l'autre pendant la séance. Je suis assise à côté de Paul et ma collègue à côté de Julie. Malgré la distance physique imposée, ils restent hypervigilants l'un à l'autre. Pendant le temps de relaxation, Paul ouvre plusieurs fois les yeux pour la regarder et au moment de la verbalisation, il exprime qu'une personne du groupe le gêne. Julie est mal et s'oppose un peu au cadre. Paul ne supporte pas cette attitude, l'interpelle verbalement en lui disant qu'elle fait n'importe quoi dans le groupe. Nous demandons à Paul de nous laisser gérer les choses auprès de Julie. Celle-ci, excédée, se jette physiquement sur Paul en lui disant (je cite !) : « tu n'as qu'à aller baiser ta minette de 17 ans ». Nous devons séparer Paul et Julie de force, ils se battent violemment. Ma collègue sort avec Julie à l'extérieur. Je reste dans la salle avec Paul, qui s'effondre en pleurant, et les deux autres garçons qui sont, tout comme moi, sidérés.

Une fois que Paul est calmé, je propose malgré tout de continuer la séance. Il est trop tôt pour verbaliser quoi que ce soit, par contre Paul exprime au niveau sonore, dans un cadre d'improvisation, des crachats, des jets, du vomi. Face à ce trop plein, à ce débordement sonore, Erwan est en difficulté, inhibé et, à ma grande surprise, Paul se montre pour la première fois attentif, soutenant avec lui, lui donnant même des idées.

Julie ne reviendra pas à l'atelier de musicothérapie, ni à la MUSE. Ce passage à l'acte, associé à d'autres comportements, vient signer pour elle un arrêt de prise en charge dans notre unité. Cet incident marque l'histoire de ce groupe à la fois dans une expression violente et dans un effet de soulagement. En effet, l'arrêt de la participation de Julie à l'atelier amène une autre dynamique dans le groupe et modifie notamment le comportement de Paul par une réelle attention et une écoute aux autres jusqu'alors quasi impossible. Ceci se vérifie sur les deux séances suivantes : Paul sera ensuite hospitalisé au SHIP et ne reviendra pas sur le groupe.

Le son et la musique : « ça sert à se faire entendre »

Sur le temps d'improvisation sonore non verbale, Paul se précipite sur les instruments dès la première séance : il explore les plus gros et les plus sonores, n'hésitant pas à en utiliser deux à la fois. Il joue fort et envahit tout l'espace sonore, en affichant un grand sourire de satisfaction. Il ne recherche pas à entrer en communication avec les autres. Après l'écoute de

l'enregistrement, il dit : « j'ai l'impression de mener les autres par mon tempo ». Ce dernier est d'ailleurs changeant et rapide, concordant avec une instabilité corporelle.

A la deuxième séance, Paul n'est pas bien (il le verbalise en arrivant) et il se montre en grande difficulté pour se concentrer, être à l'écoute et s'ajuster aux autres. Il ne parvient pas à se caler sur un rythme, est toujours en décalage. Après le jeu, il exprime son mécontentement car il n'a pas pu prendre le « plus grand tambourin », utilisé par un autre et trouve que le groupe a mal joué.

A la séance suivante, on observe toujours la même constante ; Paul joue très fort avec les instruments et choisit aussi ceux qu'on entend le plus (tambourin, derbouka, chékéré…). Il est plutôt à l'aise rythmiquement et a une expression riche et variée.

Cette fois-ci, il alterne entre des moments de jeu seul, où il a une attitude de prestance, et d'autres où il parvient à jouer avec Raoul, avec lequel il recherche exclusivement le contact (il ne regarde ni n'écoute les autres). Par contre, quand il joue seul, il attire le regard des autres, faisant un vrai « show » à lui tout seul. Il en tire une satisfaction personnelle et exprime verbalement une fois encore qu'il a « mené le groupe avec son rythme ». Il n'a pas remarqué que sa voisine a reculé d'un mètre tellement son volume sonore l'a gênée et montre de l'étonnement quand le groupe lui renvoie cette réalité.

Il a amené deux CD pour l'écoute musicale. Un autre jeune ayant également apporté un CD, Paul accepte difficilement de différer d'une semaine l'écoute de sa musique.

A la quatrième séance, nous proposons un temps de relaxation, une écoute musicale et un bilan de cette période, précédant les vacances de la Toussaint. Paul n'a pas oublié que c'est aujourd'hui qu'on écoute sa musique, il a donc ramené ses deux CD. Il dit que ses parents écoutent beaucoup de musique et qu'il n'a « pas honte de dire qu'il en apprécie certaines, même si ce n'est pas à la mode ». Il « s'en fout de ce que pensent les autres ». Il nous faut donc choisir entre Paolo Conte et les Beatles : Paul est ravi que nous connaissions (nous = les adultes) et nous demande si nous aimons ce qu'il a amené. Il nous laisse le choix de l'album, lui, propose la chanson : « Révolution », des Beatles.

Concernant son bilan, Paul se montre très pertinent dans son analyse. Il dit bien apprécier le travail en musicothérapie et trouve qu'il commence à se détendre depuis la dernière séance. Dans la communication sonore, il dit qu'il n'est pas encore dans l'échange, plutôt dans la découverte des instruments et à l'écoute de lui-même. Il remarque aussi qu'il a du mal à s'arrêter de jouer et a besoin que les adultes lui redisent le cadre. Il estime que le groupe commence tout juste à se former. Il accepte la remarque de Julie qui lui renvoie qu'il fait beaucoup de bruit.

Le groupe se modifie après les vacances et je propose des jeux rythmiques. Chacun, tour à tour improvise un rythme court que les autres doivent reproduire. Paul déborde systématiquement en jouant plus vite, plus fort, en chantant. A aucun moment il ne peut jouer comme les autres, se fondre dans le groupe. Ce qui est intéressant, c'est que Paul peut ensuite préciser verbalement qu'il ne supporte pas que quelqu'un joue et qu'il doive l'écouter. Qui plus est, Alan (le nouveau) « a joué plus fort que [lui] et [il] ne s'entendait plus ». Il « subit le son des autres ».

La séance suivante est marquée par l'altercation entre Paul et Julie. Paul pleure à gros sanglots pendant un temps. Une fois apaisé, je propose tant bien que mal que la séance continue en introduisant des jeux vocaux : Paul s'en saisit pour produire des imitations sonores de crachats (tic qui l'envahit en ce moment), des rots, du vomi. Il se détend, rit et devant la perplexité des autres à entendre ce qu'il improvise, il les invite à « se lâcher », « ça fait du bien » dit-il. Il fait même des propositions sonores à Erwan qui est en panne d'idées. Il le soutient et l'encourage.

Ensuite, sur le temps d'improvisation sonore non verbale, Paul, pour la première fois, semble attentif aux autres et joue beaucoup moins fort que d'habitude. Il fait remarquer ensuite qu'Erwan a joué plus fort que lui « à un moment » mais sans évoquer de gêne. D'ailleurs, dans le jeu à ce moment-là, Paul n'a pas renchéri en volume et a accepté que quelqu'un recouvre son son.

Enfin, la semaine qui suit, Paul est tout à fait à l'écoute des autres dans l'improvisation sonore, prend plaisir à jouer et à communiquer. Il «ose » prendre les petites percussions et change beaucoup moins d'instruments. Il expérimente des nuances, passant du forte au pianissimo, dans un jeu de questions-réponses avec d'autres sons. Il verbalise quand même par la suite, comme pour se réassurer, qu'il « avait l'impression de mener le groupe » mais questionne le lien entre « jouer fort » et «se faire entendre ».

Après l'écoute musicale (c'est Alan qui a amené un CD), il rattache ce morceau (un « tube NRJ ») à une période dont il est nostalgique : « j'étais petit, j'étais en CM1 »…L'histoire s'arrêtera-là puisque ce sera la dernière séance de Paul avant son hospitalisation au SHIP.

C. Quelles questions, problématiques et solutions Paul nous laisse-t-il entendre à travers le sonore ?

De ces observations, constituant notre matériel clinique, je vais tenter de dégager les questions, problématiques et solutions posées, mises en jeu par Paul dans le travail en musicothérapie.

Tout d'abord, on observe que Paul, pour se détendre, a besoin d'une aire de protection, une véritable zone de sécurité entre lui et l'autre, sans laquelle il se sent insécurisé, envahi par l'extérieur. Il parvient à créer un espace où il tente de se mettre au repos, de se retrouver physiquement et psychiquement. Nous voyons-là que le soin que nous proposons a une vraie valeur d'entourage grâce au cadre instauré : l'espace physique (la pièce, les tapis individuels, l'emplacement de chacun), la présence des adultes, la voix du thérapeute et la musique sont des éléments organisateurs du processus thérapeutique. Les règles, les limites, l'ordre invariant des séquences et les rituels de ce cadre le sont tout autant.

Ces fonctions du cadre assurent un véritable *holding*, comme le définit Winnicott. Ce cadre thérapeutique offre, me semble-t-il, un bain sonore pour Paul, dans lequel le thérapeute filtre ce qui peut arriver de l'extérieur, faisant fonction de pare-excitation.

Garantir l'espace physique de Paul lui permet de ressentir, de retrouver des sensations par le corps et les sens, revivre des émotions agréables ou désagréables, lointaines, voire enfouies mais qui ressurgissent en termes de sensations corporelles ou d'images psychiques. Eprouver est un préalable essentiel à toute communication. Paul parvient, de ce fait, à reconnaître ces sensations comme les siennes, différentes de l'autre, processus de différenciation et d'individuation qui s'élabore d'ailleurs dans une mise en mots. C'est dans cette aire de soin que vient s'inscrire la réalité corporelle et psychique de Paul : reconnaissance d'un corps fatigué, douloureux, assailli par des mouvements pulsionnels qui le débordent et qui l'amène à évoquer son épuisement psychique. « J'aimerai mourir dans la fatigue éternelle », dit-il. On peut penser que Paul lutte contre des affects dépressifs et que sa souffrance lui donne des idées suicidaires.

Les observations cliniques dans le cadre de la relaxation nous indiquent que Paul investit son corps de façon plutôt constructive. Les mouvements entre le corps et la pensée sont fluides. Son image du corps est unifiée, il n'évoque d'ailleurs pas de sentiment de morcellement. D'allure extérieure, il se montre coquet, prend soin de lui physiquement et a le souci de plaire.

Par contre, nous relevons une fragilité du Moi-Peau qui peut être mise en lien avec une assise narcissique bouleversée par les remaniements psychiques de l'adolescence. Il a d'ailleurs recours la plupart du temps à un narcissisme primaire.

Autant l'étayage sur les adultes soignants est opérant, autant l'étayage sur le groupe est plus désorganisateur pour Paul. Nous constatons en effet qu'il est compliqué pour lui de créer des liens harmonieux avec le groupe. Des liens avec un autre dans le groupe sont possibles, dans un rapport d'exclusivité, mais pas dans la simultanéité lors des premières séances. Il se sent très vite menacé et menace à son tour : son sentiment de persécution est massif. Musicalement parlant, l'unisson lui est insupportable (cf. séquence de jeux rythmiques où il faut jouer ensemble) : la crainte d'être confondu dans le groupe, de disparaître de façon indifférenciée au niveau sonore témoigne d'angoisse d'effondrement psychique, à l'œuvre dès qu'il ne s'entend plus.

Le groupe ravive la question de la rivalité (cf. rivalités fraternelles), de la différenciation sexuelle (cf. présence de Julie qui le fait « flamber ») et intergénérationnelle (cf. relations enfant/adultes). Dans cette problématique de différenciation et de recherche identitaire, Paul est en proie à des failles narcissiques majeures, ce qui laisse émerger de façon débordante ses pulsions agressives et sexuelles. Le renoncement aux objets œdipiens constitue un passage difficile, une perte de repère importante pour Paul (il parle de son enfance avec nostalgie, amène la musique qu'écoutent ses parents) mais ce dernier ne parvient pas à déplacer ses centres d'intérêt vers l'extérieur, dans un aspect socialisant. Rappelons que cet adolescent se montre inadapté dans le cadre scolaire, est en conflit avec ses parents et ne crée pas de liens en particulier avec un ou deux bons copains. Ces difficultés de relations avec le groupe se rejouent dans l'espace de musicothérapie.

Paul, pendant les 5 premières séances ne cessera de jouer fort pour se faire entendre et tenter d'avoir une emprise sur le groupe. Il ne cesse de nous « casser les oreilles ». On peut poser l'hypothèse que l'intensité sonore que produit Paul constitue pour lui un contenant, comparable à une barrière protectrice, et un contenu. En effet, cette violence sonore assourdit le reste du groupe, réduit l'autre au silence et est peut-être un moyen pour faire taire ses propres voix internes.

Edith Lecourt propose une interprétation du fonctionnement du « faiseur de bruit ». « Il s'agit ainsi d'une transformation d'une tension interne en excitation sensorielle qui permet de jouir de cette concordance entre intérieur et extérieur, comme d'un écho exaltant qui renvoie à la toute puissance »[39]. Il s'agit bien de cette toute puissance que Paul nous montre à voir et à entendre et dont il a du mal à se séparer.

Paul a des qualités d'expression au niveau rythmique et mélodique, riches et variées qui témoignent d'une vitalité certaine, de créativité mais qui restent, dans un premier temps, difficilement opérantes dans le lien à l'autre, dans un processus de communication. Il s'exprime pour se faire entendre mais pour dire quoi et à qui ? Sur les premières séances, ses créations sonores lui servent de double, d'objets narcissiques, de supports projectifs.

Paul a à faire avec son moi polyphonique. C'est peut-être à cette écoute qu'il s'attache. Il dira d'ailleurs au bilan qu'il n'est pas encore dans l'échange avec les autres mais à l'écoute de lui-même. La voix de l'adolescent, qui mue, atteste en effet de la dualité enfant/adulte, en quête de résolution. C'est dans cette dialectique que Paul semble être pris.

Enfin, un changement s'opère pour Paul après cet affrontement physique violent avec Julie. Ses attitudes de prestance, poussées à l'extrême (il se vante de prouesses sexuelles), le mènent dans une impasse relationnelle avec cette jeune fille. C'est à partir de là qu'il lâche, en pleurant beaucoup, de la tristesse, des peurs, des angoisses. Le groupe est bienveillant et le cadre thérapeutique a résisté à la tempête. Cela a eu un effet sécurisant pour Paul qui prend alors appui sur les autres, ose les regarder, les écouter, jouer avec eux et dire un peu plus de lui. Sur ces deux dernières séances, Paul prend aussi le risque de faire silence. Il laisse un intervalle musical, un espace entre soi et l'autre, pour s'entendre.

39 Edith Lecourt, *Le sonore et la figurabilité*, op. cit., p. 77.

L’accord musical, harmonisé, signerait cette résolution des lignes de tension, métaphore d’une résolution des lignes de tension entre le ça, le moi et le surmoi.

Comme l’écrit A. Missenard, « Ce que le musicien joue, ce sont ses figures internes ».

Pour conclure, Paul a ensuite été hospitalisé rapidement, sans pouvoir dire au revoir au groupe. J’étais en accord avec cette décision de soins à temps plein mais j’aurai aimé que l’on puisse trouver une façon de clore le travail de groupe en musicothérapie avec Paul. Les idéaux de travail ne correspondent pas toujours aux contraintes de la réalité.

La médiation sonore a permis à Paul de mettre en scène les liens, tensions et questions entre son corps et sa pensée. Même si nous avons observé des avancées dans le travail de Paul, ces observations sont à replacer dans une prise en charge de courte durée. En termes d’organisation du vécu sonore de Paul, la constitution de son enveloppe sonore reste fragile, avec un aspect persécutif majeur. Cette expérience thérapeutique lui resservira très certainement, consciemment ou inconsciemment, dans d’autres espaces de soin.

Si le cadre l’avait permis, peut-être aurait-il été plus intéressant de commencer, pour ce jeune, par un travail individuel en musicothérapie avant d’envisager une thérapie de groupe.

Alan

A. Histoire d'Alan et de sa prise en charge

Alan est un adolescent qui va avoir 13 ans en juin 2007. Il est petit pour son âge, son visage est pâle, ses cheveux châtain, ses yeux sont bleus. Son expression de visage et son regard alternent souvent entre des expressions puériles et des étonnements (yeux écarquillés, visage stupéfait).

Alan redouble sa sixième, il a cependant un bon niveau scolaire.

Sur ses temps de loisirs, il pratique le judo et le piano.

1. Contexte familial

Alan vit avec ses deux parents à Nantes et a une demi-sœur, plus âgée, issue d'une première union du côté de Madame. Cette demi-sœur, âgée de 22 ans, vit à Paris et travaille dans la restauration. Alan la voit régulièrement pendant les vacances scolaires.

Monsieur occupe un poste d'informaticien et Madame travaille dans un laboratoire. De leur histoire respective, nous savons que Madame n'a pas connu son père et a eu peu de contacts avec sa mère. Elle a eu en effet un parcours d'enfant placée en institution. A quatorze ans, sa mère biologique, avec qui elle garde quelques liens, décède. Madame est très secrète à propos de son histoire et parallèlement, Alan en parle avec une forme de mystère. De son côté Monsieur est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants et garde des contacts très proches avec sa famille. Alan évoque quelquefois des visites et retrouvailles avec ses cousins et cousines.

Globalement, à travers les échanges que nous avons avec ces parents, nous constatons un manque de communication verbale entre les membres de la famille.

Les parents accompagnent leur fils dans ses diverses activités et rendez-vous mais sont assez fuyants dans le contact. Auprès de l'équipe de soin, Monsieur et Madame n'adressent pas de questions, ne livrent pas d'émotions ni d'inquiétudes particulières concernant le comportement de leur enfant. De son côté, Alan évoque peu sa vie familiale si ce n'est en disant qu'il ne parle pas de ses difficultés personnelles « pour ne pas déranger » ses parents.

2. Début des troubles

En 2004, lorsqu'Alan est scolarisé en CM1, ses parents font une première demande de prise en charge dans un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P) car ils constatent que leur fils manque de confiance en lui et désinvestit le scolaire. A cette époque, la psychiatre qui le rencontre note qu'Alan a besoin d'un étayage important. Un soutien psychopédagogique se met alors en place en place et le rééducateur qui assure le suivi observe dans le comportement d'Alan des bizarreries, des angoisses, des fous rires envahissants.

Pendant l'été 2005, Alan est en proie à des hallucinations auditives qui apparaissent brutalement et s'amplifient progressivement. Des céphalées et des douleurs abdominales sont associées aux hallucinations. Dans ce contexte, Alan est reçu aux urgences pédiatriques pour bénéficier d'examens neurologiques et d'un électroencéphalogramme qui s'avèrent normaux. Par ailleurs, différents traitements médicamenteux sont successivement proposés (Zoloft, Risperdal, Sertaline) mais sans effet significatif sur ces troubles.

En septembre, Alan entre en sixième et ses symptômes perdurent. Qui plus est, pour lutter contre ses envahissements, il développe des rituels qui inquiètent les élèves et les enseignants (par exemple, taper du pied dix fois ou faire un demi-tour).

Les parents sont appelés au collège très régulièrement pour venir chercher leur fils et face au constat d'une déscolarisation progressive, ils mettent en place des cours à domicile. Alan passe alors beaucoup de temps seul chez lui et verbalise peu ses difficultés psychiques.

A la fin de l'année 2005, la psychiatre référente d'Alan l'oriente vers une psychothérapie individuelle avec une psychologue, dans le même CMPP. A cette période, cette prise en charge laisse émerger l'existence de conflits familiaux entre Madame et sa fille. Cette dernière choisit d'arrêter ses études et part chercher du travail à Paris. Dans le contexte de cette séparation, Alan réagit en manifestant beaucoup d'insécurité et d'angoisse. Par ailleurs, il se montre assez figé. Les parents, de leur côté, minimisent les effets de ces conflits sur leur fils. Ils s'expriment globalement très peu pendant les entretiens.

En janvier 2006, les hallucinations auditives de ce jeune s'accompagnent de fortes angoisses et de passages à l'acte, qui se manifestent notamment dans le cadre scolaire. Alan se met en effet en danger puisqu'il s'automutile (grattage au sang des avant-bras, scarifications), se jette du haut des escaliers et fait une tentative de défenestration au collège. Alan relie ces comportements aux voix qu'il entend : elles lui donnent des ordres et s'il ne les exécute pas, elles le menacent de malheur pour lui-même ou sa famille (mort, maladies graves…).

Une hospitalisation à temps plein est proposée en pédopsychiatrie, au S.H.I.P.

3. Hospitalisation au S.H.I.P

Alan est accueilli un mois dans ce service, du 21 Février au 20 Mars 2006. Les objectifs de ce cette hospitalisation sont à la fois d'observer les difficultés psychiques d'Adrien, d'approfondir le bilan diagnostique, de tester l'efficacité d'une éventuelle aide chimiothérapique et les effets d'une reprise scolaire.

Dans son comportement, Alan oscille entre une adaptation qui lui permet de s'inscrire dans des activités de groupe et une discontinuité relationnelle qui le coupe des autres.

Il évoque ses hallucinations mais aussi des pensées obsédantes, associées à des moments d'angoisse, dont les contenus sont assez similaires (menaces de malheur sur lui-même ou sa famille).

Dans le service, Alan a aussi des attitudes qu'il ne peut expliquer : il sort, par exemple, se cacher à l'extérieur du service, tout en restant proche du bâtiment. Dans l'après-coup, il ne peut justifier ces agissements et se déclare un peu perdu.

Les entretiens avec ses parents révèlent des « farces bizarres » également au domicile, comme couper l'électricité à heure fixe.

La reprise de la scolarité met en évidence la présence toujours importante d'angoisses, en lien avec la fréquentation du collège. Par contre, Alan affirme ne plus avoir d'hallucinations auditives.

Un traitement à visée anxiolytique, par Tercian, est mis en place, ayant une efficacité les premiers jours mais semblant s'estomper ensuite. Par ailleurs, des tests projectifs (TAT et RORSCHACH) sont réalisés par la psychologue. Les résultats ne permettent pas de mettre en exergue de fonctionnement psychopathologique particulier. Par contre, lors des entretiens, on note des attitudes de stupeur où le mot et sa signification semblent se disjoindre.

En conclusion, l'hospitalisation ne permet pas d'avancer vers une élucidation des troubles psychiques d'Alan, ni de réduire de façon significative ses symptômes inquiétants.

Alan termine tant bien que mal son année de sixième et un redoublement est proposé pour la rentrée suivante. En septembre, Alan est pris dans les mêmes difficultés : angoisses, idées fixes envahissantes, menaces de suicide au collège. L'infirmière scolaire alerte à nouveau le C.M.P.P à propos de la situation de ce jeune. La psychiatre qui suit Alan fait alors une demande de prise en charge à la M.U.S.E.

4. Prise en charge à la M.U.S.E

En novembre 2006, quand Alan arrive dans notre unité, il est alors âgé de douze ans et demi. Il est accueilli sur quatre demi-journées et participe aux ateliers conte, interactif, sport

et musicothérapie. En parallèle, il bénéficie de quatre ateliers pédagogiques. Le reste du temps, il va au collège.

Sur la première période de prise en charge (entre la Toussaint et Décembre), nous notons qu'Alan a le souci d'être conforme au cadre, aux consignes. Il veut faire plaisir et est surtout préoccupé par la performance, dans un aspect scolaire. Il demande d'ailleurs souvent s'il a « bien fait » ou quelle note il va avoir. Avec l'enseignante, il se montre motivé et intéressé par ce qu'elle lui propose. Il est exigeant avec lui-même mais a besoin d'encouragements car manque de confiance en lui. Il a un bon niveau en français et mathématique, voire excellent en calcul mental. Il réclame d'ailleurs souvent des exercices de calculs pour lesquels il donne les résultats à une rapidité fulgurante.

Alan demande régulièrement : « Jusqu'à quand je reste à la M.U.S.E ? ».

Du côté des ateliers thérapeutiques, nous observons qu'Alan ne semble pas saisir le sens des soins : il demande toujours s'il a bien répondu et a beaucoup de difficulté à donner une position subjective. D'ailleurs, ses capacités de verbalisation et d'analyse sur ses ressentis sont minimes. Son comportement laisse apparaître des bizarreries : rires immotivés, monologues, avec fuite des idées, envahissement par les chiffres, les dates (date d'un événement à la minute près, dates des marées, de la prochaine éclipse, etc.). Il a difficilement accès au sens figuré des mots. Des montées d'angoisse apparaissent par ailleurs surtout sur les temps de pause, les repas et les goûters.

A la M.U.S.E, nous faisons donc le constat d'observations assez discordantes entre le scolaire et le thérapeutique. Au collège, les symptômes d'Alan ne sont plus criants, ce qui rassure l'équipe enseignante.

Sur la deuxième période de prise en charge (entre les vacances de Noël et Pâques), Alan nous inquiète de plus en plus par ce qu'il manifeste : angoisses de mort, confusion entre la réalité et l'imaginaire, discours incohérent, propos délirants, déséquilibre moteur (brusquerie, maladresse)…Il est très désorganisé psychiquement et se sent vite menacé dès que nous lui renvoyons nos inquiétudes. Souvent, il ne se reconnaît pas dans ce que nous lui adressons. Il nous regarde étonné, fronce les sourcils ou bien est pris de fous rires qui viennent rompre l'échange. Alan n'a pas d'esprit critique par rapport à ses troubles.

Dans le cadre des apprentissages, il reste étonnamment adapté face à un exercice scolaire.

A cette période, nous organisons une concertation avec la psychiatre et la psychologue du C.M.P.P. Nous avons beaucoup de questions autour de la structure psychique d'Alan. Le psychiatre de la M.U.S.E pose l'hypothèse d'un syndrome d'Asperger et pense que ce diagnostique nécessite un bilan génétique. Il propose de rencontrer les parents, avec Alan, pour évoquer cette question. Toute l'équipe fait le constat que les parents sont peu contenants avec leur fils, dégageant une certaine froideur émotionnelle.

Précisons ici ce qu'est le syndrome d'Asperger. Il s'agit d'une pathologie relativement nouvelle dans sa définition et sa connaissance et qui n'a officiellement été reconnue comme entité à part entière qu'assez récemment. Le syndrome d'Asperger a été en effet individualisé dans le DSM IV en 1993. Des origines génétiques seraient mises en cause dans cette maladie. Elle est décrite comme un trouble envahissant du développement qui fait partie de l'extrémité « haute » du continuum autistique. Les principales perturbations des sujets atteints d'autisme dit de « haut niveau » touchent la vie sociale, la compréhension et la communication. Il n'y a par ailleurs pas de retard dans le développement du langage ni dans le développement cognitif de la personne. A l'adolescence et à l'âge adulte, le trouble peut s'accompagner d'épisodes psychotiques.

Lorsque la famille d'Alan est reçue par le psychiatre en Mars pour aborder la question du diagnostic, les parents ne posent pas de questions à propos de la maladie citée, Alan non plus. Monsieur dit juste qu'ils connaîtront peut-être enfin ce dont souffre leur fils. Début Avril, la consultation chez le généticien a lieu et, aux dires des parents, il n'y aurait pas d'origine

génétique aux troubles d'Alan. Monsieur et Madame ne questionnent pas davantage ce qui se passe pour leur enfant. Par contre Alan semble soulagé de ce « résultat » car il associe maladie génétique avec maladie dégénérative, entraînant la mort.

Nous retrouvons Alan après les vacances de Pâques pour la troisième période de prise en charge, qui s'étend jusqu'à fin juin. Nous diminuons son temps d'accueil d'une demi-journée, d'une part parce qu'il le demande et d'autre part pour qu'il puisse récupérer des cours au collège. Il semble un peu moins désorganisé, moins envahi par ses fous rires. Il dit ne plus être angoissé le dimanche soir avant de reprendre les cours le lundi. Par contre, il nous confie ajuster son traitement (Tercian) selon son état : il peut ainsi prendre des fortes doses (jusqu'à cinquante gouttes) ou suspendre les prises. Nous le signalons aux parents qui n'ont rien remarqué.

Alan ne demande plus jusqu'à quand il va rester à la M.U.S.E, il a pris ses repères dans le cadre institutionnel que nous proposons. Peut-être commence-t-il à trouver du sens aux soins dont il bénéficie ?

Regardons maintenant de plus près ce qui se passe pour Alan dans le travail thérapeutique.

B. Les séances de musicothérapie

De novembre 2006 à mai 2007, Alan a participé à 17 séances de musicothérapie. Dans le déroulement des séances, on distingue une première période de novembre à février et une seconde qui se déroule jusqu'à aujourd'hui. La première période est caractérisée par des difficultés majeures d'expression et de communication pour Alan, nous faisant poser la question de la pertinence de la médiation sonore, au vu de ses troubles. La deuxième période dévoile des processus de changement à l'œuvre au niveau psychique chez Alan, qui se sont révélées à travers le sonore, dans le temps et la répétition des séances.

1. La détente sous induction musicale : l'expression d'un corps morcelé

Dès les premières séances, nous sommes frappées, ma collègue et moi-même, par l'agitation motrice qu'Alan présente pendant le temps de détente sous induction musicale. Il ne cesse de bouger, prend des postures surprenantes et garde les yeux grands ouverts, comme « accrochés » à ceux de l'adulte. Nous notons également une hyperlaxité ligamentaire, ce qui fait qu'il a souvent les jambes écartées contre le sol, position qui nous évoque celle du bébé sur la table de change. Alan peut juste dire qu'il n'apprécie pas trop ce temps-là ou sinon dit « ça va », même s'il donne à voir le contraire. Quand les autres le questionnent sur ses « drôles de positions » il ne peut rien en dire et son discours devient confus, incohérent. Nous pensons qu'Alan n'a pas conscience de ce qui se passe pour lui corporellement et que le temps de relaxation lui fait vivre des angoisses de morcellement. Nous réalisons que le cadre thérapeutique proposé ne lui convient peut-être pas, ce qui est problématique puisque le reste du groupe se saisit pleinement de ce temps.

Nous aménageons alors pour lui le travail en lui proposant des appuis extérieurs afin qu'il se sente davantage contenu. Nous l'invitons en effet à rester assis, avec un appui dos contre le mur et lui laissons la possibilité d'accrocher son regard à celui du thérapeute. Nous nous rapprochons aussi physiquement de lui dans les moments de grande agitation, et enfin nous ajoutons le geste à la parole pour nommer les parties du corps. Nous mettons en place un véritable travail de *holding*, sachant que les conditions de sécurité permettent la construction du sentiment d'unité.

Malgré tout, sur cette séquence de travail, la musique utilisée sous forme réceptive ne semble pas avoir une fonction contenante pour Alan. Elle révèle, en ce début de prise en charge, l'expression d'un corps morcelé chez ce jeune.

Nous réalisons également que pour chaque consigne donnée au groupe, Alan ne réagit pas. Nous devons nous adresser à lui individuellement, en le nommant.

Dans des exercices de jeux vocaux, Alan a toujours l'air étonné quand un son sort de sa bouche ; il y colle d'ailleurs souvent sa main conjointement, comme pour vérifier que c'est bien par là que le son sort de lui. Nous l'accompagnons dans ses vérifications pour matérialiser la trajectoire du son. Il peut aussi vouloir produire un son tout en fermant la bouche, ce qui crée chez lui de l'étonnement. A ces moments-là, il est parfois pris de fous rires. A ce propos, Edith Lecourt évoque la bouche comme une « cavité sonore primitive ». Elle emprunte l'expression de « cavité primitive » à R. Spitz qui, en 1959, désignait ainsi la cavité orale, l'expérience de l'intérieur de la bouche dans le rapport au sein. Cet auteur la considérait comme le premier organisateur de perceptions, le premier lieu d'exploration, de jeu, associé aux différents sens (toucher, odorat, goût, etc.). La bouche serait le premier contenant physique, propre au corps de l'enfant.

Alan est toujours très attentif à ce qu'on lui dit et exprime souvent de la surprise dans ce travail d'exploration du corps. Sur les exercices d'étirements et de respiration, il exécute les gestes en miroir, face à l'adulte, sans donner l'impression qu'il se les approprie réellement. Son souci est de « faire comme » mais ressent-il ce qui se passe dans son corps ? Par exemple, il m'est arrivé d'être face à lui et de lever les bras en inspirant : il affirme faire pareil alors que rien ne passe corporellement pour lui. Il faut alors en passer par le toucher pour lui faire lever les bras et lui faire expérimenter concrètement la différence du mouvement.

Jusqu'à début février 2007, le temps de détente sous induction musicale se déroule toujours pour Alan dans l'agitation. Nous réfléchissons alors à la pertinence de continuer le travail en musicothérapie, du fait de l'aspect intrusif du sonore dans le temps de relaxation. Personnellement, je me demande si Alan ne risque pas d'être à nouveau en proie avec des hallucinations acoustico-verbales, ces dernières pouvant trouver leurs origines dans une sensation angoissante d'intrusion, voire d'effraction, concernant plus particulièrement les parties non visibles du corps (le dedans).

Le travail sur les autres ateliers thérapeutiques (conte, interactif et sport) est également complexe. Nous décidons en équipe de poursuivre tout de même les prises en charge engagées, et en musicothérapie, nous choisissons de modifier le cadre de la relaxation après les vacances d'hiver. Nous faisons l'hypothèse qu'un travail de détente debout, incluant des mouvements corporels lents, sera plus approprié pour Alan, puisque la position au sol génère chez lui de l'angoisse.

2. La discontinuité du cadre : effet créateur de nouveaux contextes psychiques

A la rentrée des congés de février, nous proposons donc au groupe un changement dans la forme de la relaxation et offrons un moment de détente debout, avec déplacements et mouvements lents, toujours avec un support musical. A notre grande surprise, Alan exprime ensuite qu'il préférait ce que nous faisions avant et tout le groupe s'accorde à demander la continuation d'un temps de relaxation au sol. Le changement que nous avons introduit dans le cadre permet une discontinuité, créant l'émergence d'un nouveau point de vue pour Alan. Il peut en effet réclamer un contenu qui, dans la répétition, a pris place et fonction de contenant pour lui-même. Nous réalisons que cette demande est la trace d'une intériorisation psychique. Cela se confirme à la séance suivante où nous proposons un temps de relaxation au sol, répondant au souhait du groupe, et observons Alan se poser physiquement, sans agitation, pour la première fois depuis le début de la prise en charge. Il exprime même ensuite qu'il a

trouvé ça trop court et qu'il commençait juste à se détendre ! Il nous donne à penser qu'il peut commencer à sentir son corps, à percevoir l'ébauche de limites de temps et d'espace et à construire une aire de différenciation, d'individuation.

Le sonore commence-t-il à constituer une aire transitionnelle ?

A la séance suivante, je le vois exercer des inspirations et expirations seul, sans prendre d'appui visuel sur moi. Cela produit d'ailleurs un bâillement chez lui : il en a l'air tout surpris. Toutes ces expériences sont nouvelles dans le cadre de la musicothérapie.

S'agit-il d'une découverte progressive du Moi-Peau ?

Dans les séances qui suivent et jusqu'à aujourd'hui, Alan est souvent agité en début de relaxation puis parvient à se poser et à se détendre. De lui-même, quand il a besoin d'appui, soit il cherche mon regard, soit il s'adosse au mur. Il commence à pouvoir fermer les yeux, quelques brefs instants.

Alan ne dit jamais rien par contre des musiques entendues ou de ce qu'il ressent, la mise en mots est impossible, ou, en tout cas, n'a pas d'effet de communication interactive. Les quelques fois où nous l'avons encouragé à exprimer verbalement ses ressentis, il tient un discours incohérent, commence des phrases sans les finir ou se perd dans des calculs qui n'ont de sens que pour lui. Par exemple, nous lui avons demandé une fois de se situer sur une échelle de 0 à 10 pour nous dire comment il allait, pensant que ce système chiffré l'aiderait à se positionner ; il nous a regardé perplexe, ne comprenant pas ce que lui demandions et malgré nos multiples tentatives pour reformuler la consigne, il s'est lancé dans des calculs à voix haute pour trouver la réponse. « Cent-vingt-cinq divisé par cinq », etc. De même, si nous essayons d'entamer une discussion sur ce qu'il joue au piano (il prend des cours), il peut juste nous donner le nombre de leçons qu'il a prises.

Voilà où en est Alan aujourd'hui, dans les séquences de détente sous induction musicale. Nous constatons que la musique, utilisée en réceptivité, est à travailler avec précaution auprès d'adolescents psychotiques. Le monde sonore peut en effet constituer un univers se rapprochant de trop près des sensations énigmatiques à l'œuvre dans la psychose. On pourrait rapprocher cela de « l'inquiétante étrangeté » dont Freud s'est servi pour parler, à l'adolescence, d'un objet (le moi), qui serait à la fois dedans et dehors, inconnu et familier, absent et présent. Dans cette prise en charge, nous avions du temps pour travailler et la répétition des séances, associée à une discontinuité dans le cadre, a eu un effet opérant d'un point de vue psychique pour Alan. Nous allons regarder maintenant ce qui se passe pour lui dans les séquences d'improvisation sonore non verbales.

3. Observations en musicothérapie active : la muraille sonore

Dès la première séance, Alan est à l'aise avec les instruments. Il cherche à tous les manipuler, produit des rythmes rapides et des sons forts. Il utilise souvent la derbouka, avec laquelle il prend beaucoup de plaisir dans le jeu. Avec les percussions à peau, il prend naturellement une mailloche, évite plutôt de frapper avec les mains. Il a des gestes brusques et des mouvements précipités : il jette les instruments au lieu de les poser, ne peut s'empêcher de commencer à jouer dès que les instruments sont à disposition et a du mal à s'arrêter en fin de temps imparti. Son visage est détendu quand il joue et ne manifeste aucune agitation motrice. Il a cependant régulièrement des fous rires, mais qui sont relativement brefs. Il est difficile de repérer ce qui les déclenche mais il me semble qu'ils arrivent lorsque Alan reçoit une excitation qu'il ne sait pas comment traduire, un message qu'il ne comprend pas. Qui plus est, on peut supposer qu'il n'identifie pas d'où s'origine cette excitation : à l'intérieur ou à l'extérieur de lui ? Ce rire semble venir combler un trou, une béance, dans un mouvement pulsionnel sans objet réel.

Dans le déroulement des séances, sur les temps d'improvisation sonore non verbale, nous observons aussi deux périodes distinctes, identiques à celles précitées (novembre-février et février-mai).

Dans un premier temps, Alan joue seul, comme s'il s'enfermait avec le son qu'il produit. Nous notons par exemple à la suite d'une séance : « Alan produit des sons qui l'enveloppent mais qui lui font perdre le contact avec le groupe. Vite dans sa bulle ». Son expression reste individuelle et Alan ne manifeste pas d'intention de communication avec les autres. Il semble, à ce moment-là, utiliser sa musique pour lutter contre l'envahissement sonore venant du groupe. La musique a alors une fonction de masque, d'autodéfense.

Alan déploie beaucoup d'énergie dans son jeu, il est très actif physiquement et donne l'impression qu'il peut contrôler cette isolation sensorielle. Selon Roland Gori (1978), les « murailles sonores » du psychotique construisent une fausse relation, protégeant le moi d'une communication trop dangereuse. Nous constatons que pour Alan, ce masquage est une forme de lutte, sur le domaine musical, pour tenter de maintenir la maîtrise d'un espace et d'une identité sonores menacés.

Sur cette première période, Alan joue aussi régulièrement très fort en écho avec Joan, un autre jeune du groupe. Cet échange est un jeu de miroir sonore, mais dans une non communication à l'autre. Dans sa définition physique, acoustique, l'écho est destruction : voix ou sons altérés, déplacés, tronqués, affaiblis, morcelés, chosifiés. L'adolescent psychotique fait usage de l'écho dans une tentative de maîtrise de l'angoisse mais il produit en réalité une réponse automatique qui rompt toute relation. Cette mise en jeu lui donne-t-elle l'illusion d'être en lien avec l'autre ? Précisons que Joan est également psychotique et utilise aussi, à certains moments, la musique comme « muraille sonore ».

Edith Lecourt évoque l'écho comme un repliement de l'intervalle sonore du Soi sur lui-même[40]. Cette notion « recouvre (…) les relations de l'identité sonore individuelle [explicitée précédemment dans notre partie théorique] avec l'environnement [sonore] actuel. Il se situe, dans la relation à l'objet, sur plusieurs axes : intérieur/extérieur, subjectif/objectif, proche/lointain »[41]. C'est bien dans une dimension relationnelle que peut se concevoir un intervalle sonore du Soi. Pour Alan, nous constatons que ce dernier est pris dans des processus de clivage, sous-tendus par des angoisses paranoïdes. Ces défaillances menacent la construction de l'identité sonore.

Comment aider Alan à sortir de ces clivages ?

4. Vers un jeu musical ?

Nous allons voir que, dans un deuxième temps (chronologiquement, après février), des changements s'opèrent dans les temps d'improvisation. Alan commence toujours ces séquences en maintenant sa « muraille sonore », comme s'il ressentait ce besoin impérieux d'expérimenter, au niveau sonore, une mise en ordre d'un chaos intérieur. Puis, petit à petit, il parvient à écouter ce qui se joue autour de lui en adoptant une attitude d'écoute. Il regarde davantage les autres et introduit de brefs temps de silence. Nous remarquons qu'il développe alors des sons en lien avec son environnement. Ce lien passe soit par le rythme ou le choix d'instruments : il va prendre par exemple le xylophone qu'un autre vient de poser. Nous notons qu'Alan semble faire des efforts pour communiquer et qu'il est plus présent psychiquement aux autres. Il pourra verbaliser une seule fois en février qu'il a partagé un rythme commun au groupe. Il dira à cette même séance que le temps de jeu était trop court. En avril, Alan produira des bruits de bouche, dans une improvisation où un autre adolescent a introduit des percussions corporelles.

---

40 Lecourt Edith, *L'expérience musicale, résonances psychanalytiques*, *op. cit.*, p. 42.

41 Edith Lecourt, *Le sonore et la figurabilité*, *op. cit.*, p. 31.

Face aux positions de repli observées dans un premier temps, le jeu musical semble offrir à Alan la possibilité de passer de la répétition aux variations. Il s'autorise des rebonds, des nuances, des enrichissements musicaux plutôt que des fermetures.

Alan peut aussi se reconnaître dans les temps de réécoute. L'enregistrement des improvisations confronte Alan à sa propre production sonore au sein du groupe. Cette expérience constitue une trace sonore personnelle transposée à l'extérieur du corps, un objet entre soi et l'autre. Manifestement Alan différencie bien d'où s'originent les sons mais la production sonore du groupe est-elle perçue par lui comme une juxtaposition d'objets sonores partiels ou comme une première unité sonore groupale? Il est difficile d'apporter des éléments de réponse à cette question car Alan ne peut toujours mettre de mots sur ce qu'il ressent ni sur ce qu'il perçoit du groupe.

Le travail autour de la création d'une aire transitionnelle, en musicothérapie, est à poursuivre.

Alan ne peut visiblement pas accéder, au jour d'aujourd'hui, de la résonance à la « raisonnance ». Le clivage corps-esprit est envahissant et les ressentis restent non figurables dans le verbal. Même si le travail en musicothérapie permet à Alan d'intégrer partiellement son schéma corporel et d'identifier des limites entre le dedans et le dehors, les difficultés d'organisation du vécu sonore sont massives. A travers l'observation clinique et l'analyse de cette situation, nous avons pu mettre en évidence chez Alan les défaillances du Moi-Peau, un vécu du corps morcelé et une difficulté à se constituer une enveloppe sonore. Dans ces conditions, l'accès à une structuration et à une création en groupe n'est pas réalisable.

Pour ce jeune adolescent, la prise en charge en musicothérapie est à maintenir. Le jeu musical, utilisé dans un cadre thérapeutique, peut offrir à Alan la possibilité de retrouver des moments de sécurité, de détente, d'apaisement dans la relation à l'autre. L'inscription du soin dans le temps prend tout son sens, autant pour le thérapeute que pour le patient. On peut d'ailleurs poser l'hypothèse qu'Alan a pu s'inscrire pleinement dans la thérapie quand il a cessé de s'interroger jusqu'à quand il allait rester à la M.U.S.E. et quand il a compris que le groupe de musicothérapie serait le même jusqu'en juin.

Dans ce contexte psychopathologique, on peut se demander comment Alan va pouvoir intégrer son corps sexué et se construire une identité en lien avec l'extérieur, le champ social. La route pour résoudre l'énigme entre le corps et la pensée ne fait que commencer pour cet adolescent.

En guise de conclusion, je pense que pour étayer une approche thérapeutique auprès d'adolescents en souffrance, il s'agit tout d'abord de prendre en compte ce qui les « travaille » en eux-mêmes. Nous avons évoqué à ce propos leur corps sexué, accompagné de la distanciation des parents, et la question du remaniement identitaire. Ensuite, face à la diversité des tableaux cliniques et des évolutions symptomatiques observés à l'adolescence, il est tout à fait nécessaire de s'appuyer sur des connaissances solides en psychopathologie pour mesurer avec justesse ce qui se joue pour chaque sujet.

Entre deux parents, entre deux âges, entre amour et haine, et souvent entre tout ou rien, l'adolescent évolue dans des paradoxes et des situations allant de l'inconfort au chaos. A la même enseigne que ces « entre-deux », le corps et l'esprit peuvent se trouver en déliaison, dans un rapport particulièrement énigmatique pour l'adolescent. Qui plus est, ces liens peuvent se distordre sous l'influence de troubles psychiques. Dans le cadre de prises en charge thérapeutiques, la dimension musicale constitue alors une véritable aire transitionnelle. Nous avons pu mettre en évidence, en effet, que le sonore, de par sa structure, permet de travailler les articulations du physique au psychisme. La musicothérapie favorise le tissage d'une peau individuelle, corporelle et psychique, dans le contexte vécu de l'enveloppe sonore. Cette peau peut alors vibrer, se tendre, se relâcher et entendre.

Pour clore cette réflexion sur la prise en charge d'adolescents en musicothérapie, j'évoquerai la mue pubertaire comme une image du vécu adolescent. Cette voix qui se transforme et déraille quelques fois, est à entendre du côté d'un changement identitaire. Cette mue atteste d'une dualité dans laquelle la voix oscille quelques temps entre les sonorités aigües de l'enfance et les graves de l'âge adulte. Dans ces bouleversements sonores, l'adolescent peut avoir besoin d'être accompagné pour se réapproprier sa voix, la redécouvrir. Tel un travail de deuil, la perte de la voix peut entraîner une réelle souffrance. De même, cette transformation sonore, surgissant de soi, peut créer chez l'adolescent un sentiment d'étrangeté puisque sa voix lui échappe, le met mal à l'aise et le surprend.

La recherche adolescente de la voix témoigne de l'impuissance et de l'impossibilité à retrouver ce qui a été irrémédiablement perdu. Cette quête correspond en fait à une recherche de stabilité sonore. Rechercherions-nous à nous accorder, dans un mouvement fusionnel, avec des gammes sonores déjà connues ? On peut penser que l'expression musicale en est un prolongement, dont il est possible de trouver les traces dans le travail de musicothérapie.