



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

L'EXPLORATION DE LA VOIX EN PSYCHOMOTRICITE :

UN CHEMIN VERS SOI ET VERS LES AUTRES

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

par

CLAMEN Eve

Juin 2015

N° 1258

Directeur du Département Psychomotricité

Eric PIREYRE

ORGANIGRAMME

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de maïeu-
tique - Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques

Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation

Directeur **Pr. MATILLON Yves**

U.F.R d'Odontologie

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et Spor-
tives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yan-
nick**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

Crier

Le panaris est une souffrance atroce. Mais ce qui me faisait souffrir le plus, c'était que je ne pouvais crier. Car j'étais à l'hôtel. La nuit venait de tomber et ma chambre était prise entre deux autres où l'on dormait.

Alors, je me mis à sortir de mon crâne des grosses caisses, des cuivres, et un instrument qui résonnait plus que des orgues. Et profitant de la force prodigieuse que me donnait la fièvre, j'en fis un orchestre assourdissant. Tout tremblait de vibrations.

Alors, enfin assuré que dans ce tumulte ma voix ne serait pas entendue, je me mis à hurler, à hurler pendant des heures, et parvins à me soulager petit à petit.

Henri Michaux

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I – QU’EST-CE-QUE LA VOIX ?	5
1 La voix, une spécificité humaine	5
2 Aspects corporels de la voix	6
a – La voix est une onde	6
b – La voix est liée à d’autres paramètres corporels	7
<i>Voix et souffle</i>	7
<i>Voix et modalités sensorielles</i>	8
<i>Voix et geste</i>	8
3 Genèse et développement de la voix	9
a – A l’origine : in utero et dans les premiers temps de la vie	9
b – De la voix perçue à la mise en place du langage	9
<i>Dans de bonnes conditions de développement</i>	9
<i>« Pour faire de la voix, il faut de la voix »</i>	10
<i>L’importance du rythme</i>	11
<i>L’espace mère-bébé et la place du père</i>	11
c – Voix et identification : à chacun sa voix	12
4 Les fonctions de la voix	14
II – ANAIS OU LES TRIBULATIONS DE LA VOIX	16
1 Le cadre d’observation et de travail	16
2 Problématique	17
3 Rencontre avec Anaïs	18
4 Anamnèse d’Anaïs	19
5 La voix aigüe qui transperce	21
6 Respirer pour se sentir exister	24
7 « Hé-ho ! » ... « ho-hé ! »	27
8 Silence des mots, silence des gestes	32

III – DU VECU DE LA VOIX A UN TRAVAIL EN PSYCHOMOTRICITE

1	Que serait une médiation « voix » ?	40
	a – Ce qu’est une médiation	40
	b – Et la voix dans tout ça ?	42
	c – Ce que peut apporter un travail avec la voix	43
	d – Plaisir, jeu et créativité	45
	e – Richesses d’un travail en groupe	46
	f – Travailler avec la voix en milieu psychiatrique	49
2	Mise en perspective : quelles propositions pour un travail en psychomotricité avec la voix ?	52
	a – Quel dispositif ?	52
	b – Quels principes de construction ?	53
	<i>Viser la simplicité</i>	53
	<i>Installer la répétition</i>	53
	<i>Assurer une continuité</i>	53
	<i>Prendre le temps de l’ouverture : de l’individuel à la création commune</i>	
	<i>Rechercher la capacité des patients à jouer</i>	55
	c – Quel contenu ?	56
	<i>L’incontournable travail de fond</i>	56
	<i>Faire avec ce qui se présente</i>	57
	<i>Le cri</i>	
	<i>Le silence</i>	
	<i>L’élocution</i>	
	<i>Explorer d’autres pistes</i>	60
3	Mon positionnement de thérapeute	60
	a – La dynamique de groupe	60
	b – Comment être disponible pour chacun ?	61
	c – Accueillir les « débordements »	61
	CONCLUSION	63
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65

INTRODUCTION

De ma place de stagiaire, au cours de ces trois années d'études, j'ai parfois senti intuitivement qu'un élément sonore qui serait amené par le (ou la) psychomotricien(ne) ou le patient pourrait enrichir le travail en cours. Lorsqu'il a été possible de mettre en oeuvre cette suggestion, le patient me paraissait, à la suite de ce moment d'expression vocale, dans un plus grand confort corporel et psychique, qui favorisait sa relation au thérapeute.

Qu'une mise en voix apporte un mieux-être à la personne, mais aussi qu'une prise de conscience corporelle favorise l'émission vocale : ce sont ces allers-retours entre le corps et la voix qui ont d'abord orienté ma problématique pour ce mémoire. J'ai en effet souhaité explorer pourquoi et comment la voix peut être un moyen de sentir et vivre son corps et par quel processus elle peut aider à l'expression de soi.

En cherchant des éléments théoriques sur cette question, je me suis aperçue que les apports sont nombreux et variés ; ils émanent principalement de psychologues, musicothérapeutes, orthophonistes ou phoniâtres ... mais on trouve peu d'écrits de psychomotriciens. Les éléments que je retiens de cette recherche, issus des divers champs professionnels, feront l'objet du premier chapitre de ce mémoire, consacré à la théorie.

La question restait entière pour moi : comment aborder le sujet de la voix, dès lors qu'on considère qu'elle engage la personnalité toute entière ?

Dans le cadre de mon stage en service de psychiatrie, le démarrage d'un groupe de thérapie psychomotrice a été l'occasion d'expérimenter un travail avec la voix. Ce groupe rassemble cinq adultes souffrant de diverses pathologies psychiatriques. J'y ai observé plus particulièrement Anaïs, qui montre des symptômes anxio-dépressifs, et son vécu individuel au sein de l'ensemble.

Cette démarche m'a permis d'approcher concrètement et d'analyser non seulement ce que la voix peut mettre en jeu corporellement et sur le plan des affects, mais aussi ce qu'elle convoque chez soi et chez les autres et comment elle favorise ou non la rencontre. L'élaboration clinique de mes observations et des éprouvés qu'Anaïs a relatés fera l'objet du second chapitre de ce mémoire.

L'ensemble de ces expériences m'a amenée à m'interroger sur le caractère thérapeutique de cet « outil voix » et la façon de l'intégrer à la pratique psychomotrice. Comment mettre en place un dispositif qui s'appuie sur la voix pour guider le patient vers une plus grande conscience corporelle ? Comment approcher la dimension d'affirmation de soi-même qu'elle peut également soutenir ? Les réponses que j'ai trouvées à travers la clinique au cours de ces séances de groupe et dans les écrits théoriques feront l'objet du troisième chapitre, qui présente les conditions d'un tel dispositif ; j'y propose également un contenu de travail possible.

Je dégagerai ensuite les ouvertures que la voix me permet d'envisager pour ma propre pratique.

I – QU’EST-CE-QUE LA VOIX ?

1. La voix, une spécificité humaine

L’ensemble des animaux émettent des sons mais selon certains auteurs, seul l’Homme serait en mesure d’introduire d’importantes modulations dans ses productions sonores. Ces inflexions sont telles, qu’elles permettent à l’être humain de « faire entendre ses mouvements psychiques dans toutes leurs nuances »¹.

La voix dont l’Homme bénéficie aujourd’hui aurait évolué et se serait enrichie avec les millénaires. A. Fertier souligne que sur le plan phylogénétique, la voix humaine a tenu différentes fonctions qui se sont organisées au fil de l’évolution de l’espèce et ont d’abord permis sa survie, qu’il s’agisse d’affirmer sa présence en se signalant, de lancer un signal d’alerte face au danger, de marquer son territoire, d’appeler le gibier destiné à le nourrir ou de localiser un éventuel partenaire sexuel. Sur le plan social, la voix a aussi aidé l’humain à s’identifier à un groupe, l’a ouvert au contact et à la communication. De façon plus contemporaine, la voix a aussi accompagné la prise ou le maintien du pouvoir et le développement des activités ludiques, et d’ordre esthétique ou religieux.

Selon le même auteur, c’est en se verticalisant que l’Homme a acquis le langage articulé. Devenant bipède, il a redressé sa tête et libéré sa main, puis profité d’une double évolution anatomique : d’une part son larynx est descendu, permettant la modulation des sons produits, d’autre part sa mâchoire ne s’est pas développée autant que celle des autres primates. Ce dernier phénomène a permis, par le positionnement de la cavité buccale à la verticale de la boîte crânienne, de conserver à la langue un volume important, lui donnant son rôle fondamental dans la voix parlée. Dans le même temps, le développement conséquent de l’encéphale a favorisé une évolution neurologique dans le sens du stockage des connaissances et de leur transmission.

Aujourd’hui, la définition de la voix concerne exclusivement l’être humain. Le Petit Larousse la décrit comme l’ensemble des sons émis, qu’il s’agisse de parole ou de chant.

¹ CABREJO-PARRA E., 1994, p. 189

La phonétique² approfondit la notion, en définissant la voix comme l'ensemble des traits paralinguistiques qui sous-tendent la parole et servent en particulier l'expression des émotions. Parmi ces caractéristiques, le timbre permet d'identifier un individu.

La voix concerne de multiples spécialités, des sciences physiques ou humaines aux domaines artistique ou corporel. Compte-tenu du large champ conceptuel qu'elle ouvre, l'étude de la voix est un thème délicat à cerner. Pour ma part, c'est au plus près du corps que je souhaite l'explorer.

2. Aspects corporels de la voix

a. La voix est une onde

Pour les physiciens, la voix est un son et donc avant tout une onde. Cette onde sonore se transmet dans différents milieux, dont les tissus humains et l'os en particulier.

J. Abitbol précise que la voix, qu'elle soit émise ou reçue, se propage dans l'ensemble de notre corps. On peut distinguer deux canaux de propagation de l'onde sonore.

. Elle se transmet d'une part par le système vibratoire : lorsqu'on émet un son, la bouche, la gorge, les cordes vocales sont impliquées, mais des sensations sont repérables dans d'autres zones du corps, par exemple à l'émission de « voix de tête » ou de « voix de poitrine ».

A la réception, les récepteurs somesthésiques de pression, répartis dans l'ensemble du corps (sur et dans le corps), réagissent spécifiquement aux différentes fréquences.

. Elle est aussi transmise par le système auditif, qui reçoit principalement la bande de fréquences de la voix parlée et ses nuances d'intensité. C'est grâce à ce canal que tout sujet peut contrôler les divers paramètres de sa voix.

Distinguer finement ces deux systèmes qui cohabitent chez l'individu présente un intérêt pour A. Fertier. Les modalités différentes pour accéder au plaisir du sonore trouvent des applications, en musicothérapie par exemple. Ainsi, la transmission somesthésique du son

² *Dictionnaire de phonétique cité par G. Konopczynski, (cf références électroniques)*

peut engager à un « corps-à-corps direct au sonore », alors que le système auditif permet une plus grande distanciation, par une écoute strictement auditive³.

b. La voix est liée à d'autres paramètres corporels

Beaucoup d'éléments corporels sont intriqués avec l'émission vocale. R. Prat a écrit : « La parole ne peut être conçue qu'incarnée, la voix représentant le corps du verbe »⁴. Et I. Cuvillier : « La parole ne peut exister que s'il y a du souffle, de la respiration »⁵. Ne souhaitant pas traiter dans ce mémoire la question de la parole, pour aborder la voix je m'appuie néanmoins sur des auteurs qui ont exploré cette dimension langagière. En particulier, ces citations illustrent tout à fait le lien entre la voix et le corps.

. Voix et souffle

Le souffle est un phénomène vital qui nourrit chacune de nos cellules et auquel notre corps participe en entier. La respiration est la circulation du souffle ; elle engage le corps dans un mouvement global et rythmé, qui conditionne la détente corporelle, mais aussi l'équilibre et la stabilité, en procurant un ancrage à la posture. Elle participe aussi à la conscience de l'unité d'être.

C'est l'expiration qui définit la puissance et la hauteur de la voix. La souplesse et la mobilité de l'appareil respiratoire pulmonaire ont donc une influence sur la qualité de l'émission sonore, mais la musculature est aussi en jeu, dans la zone abdominale en particulier. On perçoit ainsi combien la voix peut être affectée par un contrôle défaillant de la pression d'air à l'expiration : dans les cas de forçage, d'une mauvaise posture ou d'une lésion, d'états de stress, d'un système respiratoire déficitaire, etc.

. Voix et modalités sensorielles

Le lien entre la voix et le toucher est direct : R. Prat souligne que les premières émissions sonores du bébé, tant son souffle que ses cris, ont pour effet d'amener les mains de sa mère sur lui.

Par la suite, ce qu'Edith Lecourt nomme la « cavité sonore », c'est-à-dire l'ensemble formé par la cavité buccale, le larynx et le pharynx, ainsi que la fonction auditive de l'oreille, est

³ FERTIER A., 1995, p. 202.

⁴ PRAT R., 2013, p. 33-34.

⁵ CUVILLIER I., 2007, p. 122.

pour le nourrisson un lieu d'expériences sensorielles où l'association toucher-audition est fondamentale. En effet, l'exploration tactile de sa bouche lui permet de découvrir de multiples sensations et perceptions sonores : la résonance différente entre le plein et le vide, des percussions dures (sur le palais ou contre les dents) ou molles (par la langue ou sur les lèvres), etc.

Pour les adeptes de la « Psychophonie », le son émis est en lien avec tous les sens de l'individu. Cette pratique consiste à travailler sa voix en utilisant les différents étages de vibrations du corps humain, tant à la réception qu'à l'émission sonore. Chez celui qui aspire à « poser sa voix » en pratiquant la psychophonie, l'ouïe et le tact sont utiles pour recevoir le son, et le goût et l'odorat pour recréer le son. Le cinquième sens, la vue, servirait selon M.-L. Aucher l'étape de prise de conscience entre ces deux fonctions de réception et d'émission.

. Voix et geste

« La voix sert à la parole, mais elle accompagne aussi le geste »⁶. Hormis le tout début ou la toute fin de vie, quand n'existent que des éléments vocaux non articulés, le geste et la voix sont liés.

J. Abitbol postule que dès les premiers stades de développement, le mouvement qui accompagne l'expression vocale s'expliquerait par la grande proximité dans le cortex entre les deux aires concernées : « la voix s'installe, ce langage est intimement lié à la main, dont la projection cérébrale est très proche de l'aire du langage »⁷.

Golse a émis des hypothèses quant aux mouvements des bébés lorsqu'ils sont en situation de « dialogue », dont une suggère que ces gestes des mains auraient valeur de récit en parallèle du récit vocal ou verbal, et témoigneraient de l'aspect plurimodal du langage.

Dans la vie courante, on mesure combien les deux sont imbriqués, lorsqu'en échangeant avec quelqu'un qui a quelque chose à cacher, on peut percevoir un manque de concordance entre ses gestes et sa voix.

⁶ CUVILLIER I., 2007, p. 122.

⁷ ABITBOL J., 2005, p. 77.

3. Genèse et développement de la voix

a. A l'origine : in utero et dans les premiers temps de vie

Tôt dans le ventre de sa mère, le fœtus perçoit un grand nombre de sons. Il évolue dans un bruit de fond quasi-permanent, lié à l'activité physiologique du corps maternel qui produit des sons réguliers (les battements cardiaque et aortique) ou irréguliers (le fonctionnement digestif et intestinal, la voix de la mère transmise par les tissus). A ce flot sonore interne s'ajoutent selon un rythme plus aléatoire des sons externes qui parviennent au fœtus en traversant le corps de la mère et le liquide amniotique : la voix de la mère « par dehors », les voix des personnes de l'entourage et les bruits de la vie quotidienne.

Dans l'ensemble de ces sons, la voix maternelle a des « contours identifiables »⁸. Elle est perçue par le corps du fœtus dès le cinquième mois de grossesse et ceci par un double canal de propagation : les voies internes, notamment les os, et les voies aériennes. Elle se distingue bien du bruit de fond car sa mélodie s'élève au-dessus du rythme des émissions sonores corporelles.

S'il reçoit les consonnes de manière confuse, le fœtus discerne bien les voyelles, qui sont portées par la prosodie de sa mère. Il perçoit ainsi le débit, les inflexions, les modulations de la voix de sa mère, qui lui deviennent familiers ; un tout premier lien peut se créer entre eux par ce canal. Ce phénomène expliquerait la capacité du nourrisson à repérer dès la naissance la voix de sa mère par son timbre.

b. De la voix perçue à la mise en place du langage

La naissance marque pour le nouveau-né une perte des repères de sa vie intra-utérine, mais la voix maternelle reste pour lui « du connu ». Il y retrouve des perceptions déjà éprouvées, ce qui lui permet un premier attachement dans le registre vocal, en s'agrippant à la musique des mots prononcés par sa mère.

. Dans de bonnes conditions de développement

Au cours du premier mois de vie, les sons émis par le bébé sont d'abord des cris, pleurs ou vagissements, produits de façon involontaire comme autant de décharges motrices.

⁸ GREEN A., 2005, p. 11.

Ensuite viendront les gazouillis et progressivement, grâce à l'investissement de sa bouche par l'enfant, les vocalises et modulations volontaires.

Entre 4 et 6 mois apparaîtront les rires et cris de joie, puis des variations dans les sons déjà acquis : intonations, intensité, durée, etc.

Dès 6 mois, sa maturation neurologique offrira au bébé la possibilité d'un début d'imitation. Cette ouverture lui permettra de reproduire divers bruits et les sons de la langue maternelle, en trouvant des points d'appui dans sa bouche pour prononcer toutes les lettres. Il produira alors des voyelles ouvertes, puis des sons semi-consonantiques. C'est la période du babillage : l'imitation et les découvertes fortuites lui serviront de base pour des jeux vocaux qui n'ont pas obligatoirement valeur de communication, mais sont produits par le nourrisson pour son propre plaisir.

En explorant toute la gamme des possibles, l'enfant parviendra à prononcer de véritables consonnes autour de 9 mois.

Dans les mois qui suivent, et jusqu'au premier mot, la progression de l'enfant se fait grâce à la boucle audio-phonatoire : le bébé cherche un plaisir sensoriel à éprouver les sons produits dans sa bouche et à les entendre, ce qui engendre par la répétition une production vocale de mieux en mieux contrôlée.

. « Pour faire de la voix, il faut de la voix »⁹

L'enfant n'évolue évidemment pas seul dans l'exploration décrite ci-dessus. Il n'émet de vocalises que si l'environnement l'y a préparé par un « bain sonore »¹⁰ adéquat. E. Cabrejo-Parra insiste sur l'importance de l'environnement familial : lorsque ses parents reprennent ses émissions sonores à leur compte et les enrichissent, le nourrisson capte un signe de reconnaissance de son activité, voire de son existence. Encouragé vocalement par les personnes de son entourage, notamment sa mère, l'enfant profite alors de toutes les significations véhiculées par la prosodie des phrases qu'il reçoit. Portées par la mélodie vocale, ces proto-conversations entre le bébé et sa mère ouvrent à un véritable langage, qui soutient le partage des émotions. Ces échanges sont une base de de l'accordage affectif de D. Stern.

Pour B. Golse, le nourrisson a besoin d'une part d'éprouver qu'il est touché par le langage de l'autre, principalement de sa mère, d'autre part de ressentir profondément que celle-ci

⁹ GREEN A., 2005, p. 11.

¹⁰ CASTAREDE M.-F., 2005, p. 28.

est affectée en retour par ses propres émissions vocales. Cette considération permet d'envisager toutes les difficultés que l'on peut rencontrer chez un bébé qui évolue dans un contexte où la mère est empêchée de répondre à la sollicitation vocale de son enfant dans le registre émotionnel, par exemple dans les cas de dépression maternelle.

Lorsque l'interaction se met en place d'une façon correcte, la mère adopte inconsciemment une façon de parler adaptée, le « motherese » ou « baby-talk » anglo-saxon, « mamananais » en français, manière de parler qui se modifiera au fur et à mesure que l'enfant grandit. Ce mode de communication aux caractéristiques de musicalité et de prosodie spécifiques s'appuie entre autres sur un langage simplifié, des mimiques exagérées et des répétitions.

F. Muratori précise que l'enfant a une attirance naturelle pour ce type de communication, qui focalise son attention vers le visage de l'adulte. On constate donc que ce « mamananais » ne se cantonne pas au registre vocal puisqu'il implique des mimiques faciales et amène la mère, sur un geste de l'enfant, à produire une vocalise en analogie avec ce geste, en l'accentuant. C'est alors le début de l'association entre son et geste.

. L'importance du rythme

Dans cet accordage affectif mère-bébé par le canal de la voix, le rythme est en jeu tant sur le plan vocal que gestuel et de la mimique. Même si la mère offre une réponse à son enfant en faisant appel à d'autres modalités sensorielles, le tout reste cohérent pour lui car soutenu par un rythme harmonieux. La voix, au cœur de la communication, se liera alors grâce à ce rythme maternel aux autres attitudes corporelles : posture, geste, mimique, etc..

Trevarthen et Gratier indiquent que le jeune humain a ainsi la capacité de percevoir l'organisation dans le temps de l'expression maternelle, et d'en générer une pour lui-même dans le même registre. C'est de cette façon qu'il s'adapterait aux façons d'être, de ressentir et de s'exprimer imprégnées par la culture maternelle.

. L'espace mère-bébé et la place du père

Grâce à la dynamique vocale interactive décrite ci-dessus, un espace s'ouvre entre la mère et son bébé. Selon B. Golse, la voix maternelle se situe à l'interface entre dedans et dehors, dans l'entre-deux entre la mère et le bébé.

Pour M.-F. Castarède, dans l'espace commun qui s'établit, c'est la mère qui instaure les bases d'une compréhension mutuelle. L'enfant écoute puis répond à la musicalité de la voix maternelle. Au fur et à mesure des échanges de messages vocaux avec elle, l'enfant pourra différencier les sons agréables de ceux qui lui sont désagréables et ainsi repérer puis exprimer des sentiments et affects de plus en plus nuancés. Ce partage d'expériences fonde l'espace intersubjectif, porteur d'apprentissages pré-langagiers, dans lesquels l'enfant entre par la dimension affective : l'auteur illustre l'impact fondamental qu'a la voix maternelle sur les sensations et les émotions du nourrisson en écrivant que la voix de sa mère est « un véritable opéra »¹¹ pour le bébé.

Toutefois, si c'est la prosodie maternelle qui permet l'émergence de compétences langagières, c'est bien la voix paternelle qui encourage et soutient cette progression. En effet, la voix et les affects sont liés à la relation avec la mère, mais parole et mot se rapportent à la relation au père.

Le père, extérieur à la dyade, instaure la notion de distance et empêche la symbiose et la confusion. Pour l'enfant, sa voix serait associée à l'expérience de la séparation d'avec sa mère. Le père porte ainsi la fonction d'introduire l'enfant dans l'univers abstrait et symbolique de la langue, lui permettant d'être compris par l'ensemble de ses pairs, et non uniquement par sa mère.

c. Voix et identification : à chacun sa voix

Tous les nourrissons ont une aptitude innée à exprimer par la voix les émotions fondamentales qui les traversent. Par la suite, aux prises avec des états émotionnels plus complexes, l'enfant diversifie ses expressions vocales. G. Cornut souligne ainsi que de nombreuses habitudes vocales remontent pour chacun d'entre nous aux premières années de notre vie.

Les caractéristiques vocales d'un sujet sont intimement liées à sa morphologie. Mais ce qui fait l'unicité de la voix de chaque être humain serait, selon E. Cabrejo-Parra, la façon spécifique qu'il a de combiner la prosodie et le rythme de sa langue avec ses propres modulations vocales, définissant ainsi son propre style.

¹¹ CASTAREDE M.-F., 2005, p. 28.

Ainsi, pour qualifier une voix, on parle de sa tonalité (hauteur de la voix), de son intensité, et de ses aspects temporels qui définissent le rythme de parole. S'y ajoute le timbre, qui permet de distinguer les voix entre elles comme autant d'instruments de musique différents.

Que peut-on identifier de la personne à travers les paramètres de sa voix ? Bien que des confusions soient possibles, certains auteurs considèrent comme réalisable de reconnaître à travers une voix entendue :

- . le sexe et l'âge de la personne qui s'exprime,
- . son origine géographique : par la diversité anatomique des appareils phonatoires, qui confère des modes d'articulation et des accents différents,
- . son état de santé physique : y transparaîtraient la fatigue, les troubles neurologiques, des atteintes de la sphère ORL, etc.
- . son niveau socio-culturel, voire sa profession, grâce à « des standards mélodiques, des éléments stéréotypés, des utilisations spécifiques de rythme ou de l'intensité »¹²,
- . ainsi que l'intention du sujet, particulièrement lorsque celui-ci est tendu.

On identifierait en revanche plus difficilement à travers sa voix l'aspect physique de la personne qui parle, ou son profil de personnalité : plutôt dominant, confiant en lui-même, timide, autoritaire, etc. Certains chercheurs s'y sont toutefois essayés, dont Ivan Fonagy, pour lequel « les caractéristiques fondamentales de la voix pourraient correspondre à celles de la personnalité, chaque paramètre acoustique pouvant être interprété dans le sens de sa signification profonde »¹³ : une forte intensité vocale signifierait un désir de domination ou de s'affirmer, par exemple.

Malgré ces divergences entre auteurs, on peut mesurer combien la voix est un élément qui se positionne dans l'intersubjectivité, à la fois reflet des émotions et de la subjectivité de celui qui l'émet, mais aussi sujette à l'interprétation de celui qui la reçoit.

¹² KONOPCZYNSKY G., 2005, p. 39-40

¹³ Ivan Fonagy cité par CORNUT G., 2009, p. 54-56.

4. Les fonctions de la voix

Aujourd'hui, la voix n'a plus la charge primordiale de contribuer à la survie de l'espèce ; alors, quelles pourraient en être les fonctions ? Guy Cornut, médecin phoniatre et chef de cœur, nous propose une classification des rôles de la voix en trois volets :

. Nous avons vu précédemment que la voix est avant tout un élément corporel, vibratoire et sensoriel. Sur ce plan, elle constitue une fonction neuromusculaire complexe qui met en jeu le corps dans sa totalité et peut soutenir le sentiment d'unité et de continuité d'être. Cela est étayé par Edith Lecourt, enseignante en psychologie et musicothérapeute, qui attribue à la voix une fonction d'individuation.

. Si l'on envisage le sujet dans son environnement, sa voix porte un message sonore projeté dans l'espace avec l'intention d'avoir un impact sur l'auditeur. Il s'agit là de la dimension relationnelle et sociale de la voix, en ce qu'elle ouvre un espace d'échanges, transitionnel. C. Trevarthen et M. Gratier soulignent que la vocalisation humaine se construit autour d'un besoin de raconter une histoire ; c'est d'ailleurs ce qui conduirait le bébé vers l'univers de la signification.

La voix peut alors prendre les attributs d'un outil d'affirmation de soi. En fonction de l'effet attendu sur l'interlocuteur, la « projection vocale » est différente et pourrait traduire en partie le niveau de détermination de l'émetteur.

. Enfin, la voix est une énergie vitale qui trouve sa source dans un « élan intérieur lié aux émotions fondamentales »¹⁴. Les états affectifs et les émotions interviennent à chaque instant dans la phonation pour moduler tonalité, timbre et intensité de la voix. Cet aspect signe la fonction d'expression de nos émotions que porte la voix.

C'est aussi sous cet angle que le sujet existe et prend toute sa place, sa voix matérialisant un désir, qu'elle jaillisse sous forme de soupir, de cri, de chant ou de parole.

Jusqu'ici, cette classification concerne la voix émise par un sujet. Mais il me semble que la voix reçue, perçue, trouve aussi sa place dans ce troisième volet. C'est dans cette fonction d'expression des émotions que l'on peut situer l'importance de la voix qui accompagne les premiers instants de vie d'un sujet. « Les premières inscriptions de la voix humaine dans la

¹⁴ CORNUT G., 2009, p. 111

psyché constituent une puissante réserve intérieure pour le sujet »¹⁵. Dans de bonnes conditions de développement, il s'agit pour l'enfant de la voix qui calme, qui le soulage, l'accompagne ou le rassure, qui lui apporte lumière ou tendresse, qui signifie au sujet qu'il existe et qu'il est aimé.

¹⁵ *CABREJO-PARRA, 1994 p. 193*

II – ANAIS OU LES TRIBULATIONS DE LA VOIX

1. Le cadre d'observation et de travail

Le service « Sociothérapie-Ergothérapie » du Centre Hospitalier Spécialisé où j'ai été reçue comme stagiaire n'héberge pas de patients, mais il accueille pour différentes activités des personnes souffrant de diverses pathologies psychiatriques.

Dans ce cadre, la psychomotricienne propose en premier lieu des prises en charge individuelles mais la demande est telle, qu'elle a dû limiter à 12 le nombre de séances individuelles. Pour prolonger la prise en charge des patients qui le souhaitent et pour lesquels une nécessité de travail corporel est avérée, la psychomotricienne constitue des groupes en s'associant avec des collègues (ergothérapeute, art-thérapeute, conseillère familiale, etc.). Pour elle, l'objectif est principalement d'aider les patients à lutter contre la solitude ; le travail en médiation corporelle permet cette entrée.

Lorsque j'arrive en stage à l'automne, un groupe intitulé « corps et écriture » existe depuis quelques mois. Mené par la psychomotricienne et une ergothérapeute formée à la conduite d'ateliers d'écriture, il se réunit tous les quinze jours. Il dure 2 heures, la première étant consacrée à du travail corporel, la seconde, dans une autre pièce, à la réalisation d'un écrit individuel à partir de techniques d'écriture proposées à tous.

Ce groupe « vivote » car les participants ne sont ni assez nombreux ni suffisamment présents pour permettre des échanges fructueux autour du travail réalisé ensemble. Faute de parvenir à étoffer ce groupe avec de nouveaux patients, les thérapeutes ont suspendu son fonctionnement.

Il me semble que cette expérience est intéressante sur le plan institutionnel et clinique à deux niveaux :

. les demandes de patients ne manquent pas pour prolonger un travail en psychomotricité, une fois les 12 séances individuelles écoulées. Toutefois, certains patients ont essuyé un refus de leur médecin psychiatre quant à une indication pour un groupe pratiquant l'écriture, les médecins craignant que ce travail imaginaire n'augmente la tendance de ces personnes au délire. Ce positionnement médical est à prendre en compte

dans le montage d'un nouveau dispositif et à garder en tête dans le travail qui est engagé avec ce type de patients.

. d'autre part, la mise en place d'un groupe peut être chaotique : après la suspension du premier groupe, les patients ont dû obtenir une nouvelle prescription, s'organiser pour être libre à de nouveaux horaires, etc. Cela a été la toile de fond de la mise en place de mon travail d'observation clinique. Le délai de mise en place de ce nouveau groupe, du projet à sa véritable mise en route, a été de plus de deux mois.

Trois patientes issues de l'ensemble « corps et écriture » constituaient un noyau de départ suffisant pour démarrer un nouveau groupe. La psychomotricienne a donc étoffé cette cellule de base et, sur ma proposition, elle a accepté que les expériences de production sonore vocale y tiennent un rôle important. Nous avons alors finalisé ensemble le nouveau dispositif : un groupe de thérapie psychomotrice co-animé par nous deux, proposé à une fréquence d'une séance d'une heure et demie toutes les deux semaines, où la voix est utilisée comme un canal privilégié (mais pas unique) d'accès au corps.

Pour ce groupe fermé de 5 participants, l'idée initiale était d'explorer les résonances corporelles, le souffle et la respiration, l'investissement de l'espace sonore, l'émission mais aussi la réception du son, l'accompagnement ou le soutien du geste, la posture nécessaire (verticalité, équilibration, détente musculaire), etc.

Mon souhait était de voir jusqu'où il serait possible d'accompagner ces patients : jusqu'à une expression, une mise en mouvement du corps qui permette un échange et une émergence d'émotions dans la relation, voire la découverte d'une dimension créatrice liée au plaisir de « sonoriser » ?

2. Problématique

Dans mon cursus personnel, j'ai le sentiment qu'explorer ma voix m'a permis de prendre de l'assurance. Ce cheminement m'a procuré beaucoup de joie et de surprises. Les trois années d'études de psychomotricité m'ont permis d'approfondir cette première découverte et m'ont donné envie de chercher comment je pourrais m'appuyer sur la voix dans la pratique.

En transposant ce vécu dans le cadre d'un stage en service de psychiatrie pour adultes, je me suis interrogée sur ce que je pouvais faire expérimenter et de quelle façon, pour mettre la voix en jeu chez ces personnes psychiquement fragiles qui ont toutes des difficultés à être en lien avec elles-mêmes, chacune à sa façon.

Ce qui m'intéresse particulièrement est de **creuser pourquoi et comment la voix peut être un moyen de sentir et de vivre son corps, et comment elle peut soutenir l'expression de soi**, par exemple lorsqu'elle provoque davantage d'initiative motrice, voire de l'audace de la part des patients. Cette recherche s'inscrit dans le contexte des médiations thérapeutiques corporelles avec tout ce qu'elles peuvent apporter, grâce à l'engagement du corps, à l'expression et la créativité, c'est-à-dire à ce qui nous rend singulier et nous fait exister.

Je vais analyser dans ce chapitre les expériences traversées par Anaïs, rencontrée dans le groupe « corps et écriture » et que j'ai surtout accompagnée au sein du nouveau groupe constitué suite au redémarrage. Je n'ai côtoyé Anaïs que dans un cadre groupal ; je prendrai donc aussi en compte les effets du groupe dans mon analyse clinique, même si le groupe en tant que tel n'est pas mon sujet central. J'aurai ainsi recours à des vignettes cliniques (intégrées en italique dans le texte) pour illustrer comment le travail proposé est reçu et vécu chez l'un ou l'autre des quatre autres participants.

3. Rencontre avec Anaïs :

Ma première rencontre avec elle a lieu peu de temps avant la suspension du groupe « corps et écriture » ; j'ai partagé les deux dernières séances de ce dispositif.

Anaïs a bénéficié d'une douzaine de séances de psychomotricité en prise en charge individuelle, puis a participé à différents groupes durant trois ans. Elle est donc très à l'aise lorsqu'elle arrive ; elle connaît bien la psychomotricienne, les autres participantes, le lieu et le dispositif. Elle est plus à l'aise que moi, qui suis en début de stage et ai à faire connaissance avec tous les patients et l'ergothérapeute qui co-anime le groupe.

Anaïs est âgée de 44 ans. C'est une femme de taille moyenne avec un peu d'embonpoint et un visage avenant et souriant. Elle est accueillante avec moi, comme si elle sentait ma réserve. Elle se montre d'emblée plus volubile que les autres participants, s'exprimant avec une voix forte et posée. Dans sa marche et dans les exercices, elle signifie par des mimiques ou des soupirs des douleurs corporelles dont elle ne parle pas vraiment, même lorsqu'on l'interroge.

L'altérité semble difficile pour elle : lorsqu'elle est d'accord avec ce qui est dit, elle adhère entièrement en soutenant verbalement et corporellement l'interlocuteur ; en revanche, elle se fâche rapidement dès que l'un ou l'autre n'est pas de son avis. Elle fait souvent mention de sa « souffrance » lors des travaux d'écriture. Il s'agit là de souffrance psychique, qu'elle dit ne pas pouvoir livrer dans un groupe comme celui que nous constituons.

Deux impressions me resteront après cette première rencontre : d'une part, je suis frappée par la façon dont le mal-être psychique qu'Anaïs évoque s'exprime dans son corps, de façon variée et chronique. D'autre part, je suis surprise par la capacité qu'a Anaïs à se livrer à un travail puis se rétracter d'un coup, en exprimant un rejet pour le groupe, voire une méfiance vis-à-vis des soignants.

4. Anamnèse d'Anaïs

Toutes les informations qui suivent sont issues du dossier psychiatrique d'Anaïs.

Anaïs, née en janvier 1970, est la troisième enfant d'une fratrie de 4. Ses parents, séparés, et ses trois frères habitent la région mais elle n'a plus de contacts avec eux.

Anaïs a eu deux filles de deux pères différents. Sa fille aînée, née en 1992, a grandi en famille d'accueil depuis l'âge de 6 ans. En conflit avec sa mère, elle a demandé un suivi éducatif dans le cadre du dispositif « protection jeune majeur ». La seconde fille d'Anaïs, née en 1998, vit en famille d'accueil et refuse de voir sa mère.

Anaïs a été hospitalisée à trois reprises dans l'année qui a suivi la naissance de sa seconde fille, puis quelques jours au cours des années suivantes, pour dépression récurrente.

Elle est amenée aux urgences psychiatriques de bon matin en décembre 2011 : elle a appelé les pompiers, réveillée par sa couverture chauffante qui a pris feu. Anaïs déclare

avoir avalé des médicaments la veille au soir pour « dormir et ne pas me réveiller ». Elle évoque dans le premier entretien avec le psychiatre son incapacité à s'occuper de ses filles, qu'elle met sur le compte de la maltraitance dont elle a été l'objet enfant. Dans son discours, le rapport à ses filles est au premier plan, mais Anaïs se pose en victime : elle aurait commis sur ses enfants des actes qui ont été interprétés comme de la maltraitance. Elle rit de sa prise de médicaments (6 comprimés de Lexomil) et n'exprime ni demande, ni plainte particulière. Elle est juste en attente d'écoute et d'attention, et refuse d'être hospitalisée. Un suivi en Hôpital de Jour lui sera alors proposé ; il durera 15 mois.

Anaïs vit seule ; elle est au chômage. Suivie en CMP et à l'Hôpital de Jour, elle bénéficie de différents soins, dont la psychomotricité. Elle participe à un groupe de parole sur l'inceste, qui semble important pour elle.

Au printemps 2014, un an après la fin de sa prise en charge à l'Hôpital de Jour, Anaïs est à nouveau hospitalisée pour des épisodes d'angoisse avec pulsions auto-agressives. Elle se plaint de sentiment de solitude, de souffrir de façon permanente et de manquer « d'ancrage pour se raccrocher ». Elle a la conviction d'être réduite au silence et ne se sent pas comprise ; elle voudrait que ses accusations envers son père soient entendues.

Au cours de l'automne, Anaïs passe par des fluctuations thymiques et anxieuses, mais elle semble plus en capacité de s'appuyer sur les soignants et montre moins d'effondrements. Elle parle de prendre un tournant, ne sait pas vers quoi, mais souhaite « tourner la page ». Elle reste néanmoins, aux dires des soignants, dans une vulnérabilité narcissique telle, qu'elle a besoin d'un adulte de référence dont la présence serait nécessaire de façon quasi-permanente, comme dans un vécu de petit enfant.

Anaïs est prise en charge en psychomotricité en novembre 2012. Le psychiatre ayant diagnostiqué un syndrome anxio-dépressif, il oriente Anaïs en psychomotricité pour l'aider à se réapproprier ses sensations corporelles et se remobiliser physiquement. En effet, le médecin a constaté que le mouvement physique diminue l'angoisse d'Anaïs et améliore son sommeil. Anaïs, elle, se plaint de dormir beaucoup mais d'être quand-même fatiguée et toujours tendue.

A la suite des 12 séances de prise en charge individuelle, Anaïs intègre un groupe thérapeutique de psychomotricité. A nouveau, les attentes médicales vis-à-vis de ce soin

sont qu'Anaïs puisse se remobiliser physiquement et se réapproprier ses sensations corporelles, mais aussi élargir ses capacités de création, maintenir ses capacités intellectuelles et cognitives, ainsi que développer le lien social.

Pour ma part, je dirais que le travail avec la voix pourrait être engagé chez Anaïs dans plusieurs directions : pour améliorer ses ressentis et son lien à son corps ; pour sentir et développer ses propres appuis internes ; pour créer un espace d'échanges avec les autres ; pour faciliter l'expression de ses émotions, voire contribuer à extérioriser ce qui la fait souffrir, en utilisant toute la palette possible de sons.

Il n'était évidemment pas envisageable d'aller aussi loin dans le cadre et le délai dont je disposais au cours de ce stage. Je vais m'employer néanmoins à décrire et analyser comment ce travail a pu faire écho chez Anaïs dans un temps concentré de quelques séances.

5. La voix aigüe qui transperce

Cette séance est notre première approche du travail sonore à plusieurs. Chacun est invité à prendre conscience de ses sensations corporelles de l'instant, puis nous produisons ensemble des sons de différentes hauteurs en tentant de déceler les vibrations correspondantes dans le ventre, la gorge ou la tête.

Lorsque les sons émis explorent les notes aigües, Anaïs paraît incommodée par ce qu'elle entend, au point de se boucher les oreilles en grimaçant et de sortir du cercle. Je m'interroge sur l'opportunité d'arrêter le travail tellement Anaïs semble en difficulté mais la psychomotricienne laisse le groupe poursuivre les vocalisations. Alors, je maintiens ma production sonore en vérifiant régulièrement l'attitude d'Anaïs.

Au moment de la verbalisation, elle dit : « les sons, c'est une façon de jouer avec le corps, sauf dans les aigus parce que ça ressemble aux cris ».

Anaïs explique alors que les sons aigus sont pour elle difficiles tant à recevoir qu'à émettre. Elle les assimile à des cris de douleur ; ils la renvoient à son expérience de petite fille. Elle fait aussi le lien avec sa vie actuelle : « j'ai essayé de sortir un son de tête et ça s'est relié à quelque chose de très violent, que je limite aux moments où il y a du trop-plein

et que je suis seule à la maison. A chaque fois que j'ai essayé, ce qui était à sortir ne sortait pas. Ca ne vide pas, ça ne décharge pas, la souffrance reste ». Elle rajoute : « je crois que je contiens, et que contenir m'aide à contenir encore ».

Dans ce temps de séance consacré à explorer les sons pour soi-même, Myriam se prête tranquillement à ce qui est proposé. Souffrant d'une psychose diagnostiquée il y a 10 ans, cette femme de 53 ans bénéficie d'un suivi au long cours pour des épisodes délirants récurrents. Myriam dira en fin de séance se sentir très calme et, à propos des exercices, précisera seulement : « j'ai fait la voix de tête, mais je ne sens pas les vibrations ».

Nous avons tous une sensibilité et un seuil de tolérance différents aux sons aigus, qu'ils soient émis ou reçus. Physiquement, ces tonalités produisent des vibrations dans la tête, ce qui peut incommoder certains. Ceci est particulièrement vrai lorsque ces notes aiguës ne sont pas enracinées, ancrées dans un souffle appuyé sur le bassin ou plus généralement dans les appuis corporels du sujet. Alors ces sonorités sont coupées du corps et cette réalité vibratoire et anatomique est source d'inconfort, voire plus, chez celui qui reçoit le son. On peut supposer qu'Anaïs est sujette à cette difficulté physique à recevoir.

Mais compte-tenu de son histoire et du lien qu'elle fait d'elle-même entre les notes aiguës et les cris, on peut également faire l'hypothèse que les sons perçus renvoient Anaïs à des souvenirs sonores violents, qui peuvent remonter à ses premiers temps de vie. Didier Anzieu écrit que l'espace sonore est le premier espace psychique. Il peut s'agir de situations très anciennes dans lesquelles l'ambiance sonore faisait effraction chez Anaïs. Le son projeté par les autres aurait alors été intrusif pour elle d'une part par son intensité, d'autre part du fait de sa difficulté en tant que jeune enfant à se protéger elle-même de cette intrusion. Il pourrait s'agir également des sons qu'Anaïs a elle-même produits lorsqu'elle était bébé et qui, non contenus parce que non reçus et transformés par l'environnement, seraient devenus effrayants pour elle. Ils reviendraient alors se signifier sous la forme d'angoisses archaïques qui la submergeraient.

Disputes, réprimandes, colère, adressées à elle ou à d'autres personnes de son entourage, cris non contenus, ... quelle accumulation de situations de ce type, constituant son « vécu sonore », aurait pu mettre à mal sa construction d'une « enveloppe sonore »¹⁶ sécurisée ?

¹⁶ LECOURT E., in D. ANZIEU, 2013, p. 226 et 235.

L'enveloppe sonore, notion adossée au concept de « Moi-peau » de Didier Anzieu, émerge de l'élaboration mentale du vécu sonore. Elle se caractérise par sa souplesse, sa continuité et sa contenance. Au fil de ses expériences de vie, le bébé diversifie ses productions vocales, reçoit et perçoit d'autres natures de sonorités et de silence. En fonction des conditions qui ont présidé à sa construction, cette enveloppe peut ainsi former une véritable protection contre les effractions sonores ou au contraire se révéler défaillante, laissant le sujet sans défense face à certaines sonorités. Si les cris ont pris trop de place dans ce temps du développement de l'enfant, comme j'en fais l'hypothèse pour Anaïs, alors la question de la fragilité de son enveloppe sonore se pose.

A ce jour, ces traces mnésiques s'actualisent dans l'empêchement d'Anaïs à émettre elle-même des sons forts : n'ayant perçu les sons intenses que comme des agressions, comment pourrait-elle prendre le risque de projeter des cris, sans craindre que ses propres émissions ne soient destructrices, tant vis-à-vis des autres que d'elle-même ?

Ceci expliquerait le soin et la volonté qu'elle met à endiguer encore et toujours les cris qu'elle dit pourtant sentir à l'intérieur d'elle-même. Elle s'attache à contenir et explique bien que les productions vocales des autres participants, autant que les siennes, la transpercent et pourraient la déstructurer.

La retenue d'Anaïs m'est nettement apparue physiquement : elle me semblait presque palpable par son intensité et le recrutement tonique qu'elle lui imposait. J'ai perçu Anaïs comme « remplie de cris » ou d'une énergie qui semblait déborder, mais qu'elle n'était pas en mesure de transformer. Peut-être qu'au contraire contenir ses cris signifierait chez Anaïs une tentative de consolider son enveloppe sonore si mise à mal ?

E. Cabrejo-Parra écrit : « par l'intermédiaire d'une voix criée, le sujet peut aller au-delà des mots et rendre audible l'indicible »¹⁷. Ce que j'ai perçu serait-il en lien avec des cris rentrés, enfouis, secrets ? Les vécus d'inceste, dont Anaïs ne fait mention que de façon très épisodique et édulcorée (mais dont on trouve trace dans les dossiers), peuvent avoir généré chez elle des sentiments d'impuissance et de honte. Cela expliquerait alors combien le cri et la production sonore aigüe sont devenus inaccessibles pour elle, en tous cas en présence

¹⁷ CABREJO-PARRA E., 1994, p. 189.

d'un autre. Anaïs peut crier seule, lorsqu'elle se sent à la limite de la contenance qu'elle peut offrir à sa douleur. Mais alors, où est l'autre qui pourrait recevoir cette souffrance ?

Le cri peut être une simple décharge motrice, sans sens particulier et dont la seule fonction pour l'enfant est de libérer ses tensions. Mais cette manifestation vocale est aussi et surtout la première façon qu'a le nourrisson de capter l'attention de l'autre, de le toucher. Dans leurs écrits, tant E. Cabrejo-Parra qu'E. Lecourt et G. Cornut indiquent que le cri constitue quasiment la seule activité vocale du bébé dans ses premières semaines de vie. Il traduit une certaine souffrance et fait partie des réactions motrices de l'enfant à des problèmes d'ordre végétatif (la faim, la douleur).

C'est néanmoins cette manifestation sonore de forte intensité qui donne le pouvoir à l'enfant de se faire entendre, d'une certaine façon à égalité avec l'adulte, et qui permet d'engager les prémices d'un échange avec un autre être humain : « Le cri, dès le début, est investi d'un pouvoir d'agir sur l'autre »¹⁸.

De « l'autre », justement, il est bien question dans les signes pathologiques qu'Anaïs présente : la question de l'altérité y est centrale et cette patiente met à l'épreuve le lien de façon permanente. Chez l'enfant, exprimer sa colère ou sa douleur sans risquer d'hypothéquer sa relation à l'autre et les liens existants est quelque chose d'essentiel. On peut faire l'hypothèse qu'Anaïs n'a pas pu éprouver cette solidité du lien quand elle était enfant et que, de ce fait, c'est ce qui se rejoue pour elle aujourd'hui. Ce cri et ces sonorités aigües, qu'elle ne peut ni produire ni recevoir dans le cadre de la séance et qu'elle ne peut envisager émettre que seule, risqueraient-ils de faire écran entre elle et l'autre, mettant à mal la relation ?

6. Respirer pour se sentir exister

Pour mieux se connaître au sein du groupe, nous proposons d'échanger autour d'images. Chacun choisit et présente une photo trouvée dans un magazine, qui puisse symboliser ses attentes vis-à-vis du groupe. C'est l'occasion pour les cinq patients d'ouvrir leur espace personnel aux autres comme ils le souhaitent.

¹⁸ POIRIER P., 2008, p. 284

Charles, nouveau participant du groupe, garde la tête baissée vers le sol et nous jette des coups d'oeil à travers le rideau de ses cheveux qu'il porte longs. Cet homme d'une quarantaine d'années est hospitalisé au long cours pour schizophrénie. Souffrant de trouble de l'identité de genre (ou « dysphorie de genre »), Charles a une histoire corporelle douloureuse. De sa situation présente se dégage un tableau de grande solitude intellectuelle, sociale et relationnelle. Lorsqu'il prend la parole, il démarre sa présentation de lui-même avec un débit de parole extrêmement rapide, d'une voix haut perchée à la limite du chuchotement. Sa voix me fait l'effet d'une parodie, comme un adulte qui imiterait un enfant ; elle reste fixée sur une note haute sans évoluer en nuances.

J'ai le sentiment que cet exercice de verbalisation génère une tension intense chez Charles et le met très mal à l'aise. Ses manifestations corporelles paraissent encore augmentées par les questions qui lui sont posées. Je le trouve difficile à suivre ; il me faut faire un effort pour continuer à l'écouter, d'autant plus qu'il ne regarde aucun d'entre nous et paraît en apnée. Je me sens de plus en plus tendue dans cet exercice d'écoute, lorsqu'Anaïs intervient en lançant à Charles : « respire, tu me coupes le souffle quand tu parles ! ».

Quand vient son tour, Anaïs dit attendre du groupe d'y trouver « une respiration, un souffle, parce que les gens me disent que je ne respire plus quand j'ai des grosses émotions, mais je ne m'en rends pas compte ».

Elle vient chercher dans ces séances « un bon coup de vent dans la tête pour m'ouvrir d'autres horizons, prendre conscience de moi d'une autre façon ».

Elle constate qu'elle fonctionne trop dans le psychisme et que son corps se rappelle à elle, « pas toujours dans la douleur, mais aussi dans la sensation de fatigue ».

Et elle conclut en s'appuyant sur l'image qu'elle a découpée, qui représente un ensemble d'éoliennes dans la campagne : « il faut que je mobilise le vent dans mon corps, que je me force à me mettre dans le mouvement. »

Le souffle est la manifestation vitale du fonctionnement du système respiratoire. Cette respiration, lorsqu'elle est souple et ample sans forçage, favorise les ressentis intérieurs et, par le mouvement continu qui s'installe, aide au sentiment de continuité et d'unification du volume corporel.

C'est probablement une des attentes d'Anaïs vis-à-vis des séances de groupe. Elle est adressée en psychomotricité pour retrouver des sensations corporelles et elle signifie bien

ce besoin. Les exercices qui lui sont proposés au cours de ces séances sont autant d'occasions de reprendre contact avec son corps dont elle est vraiment coupée mais qui se rappelle à elle par la douleur et la fatigue.

La respiration donne aussi un ancrage à la posture. S'il circule correctement, le souffle aide à l'accordage des flux sensoriels. A. Bullinger décrit comment, chez le bébé, contenir l'air dans ses poumons lui offre un ancrage « pneumatique » au cours de ses tentatives de redressement. Dans des conditions normales de développement, le déploiement et l'équilibration musculaires de l'avant et l'arrière du torse permettent au nourrisson qui verticalise son buste d'abandonner progressivement cet appui thoracique et de libérer ainsi sa respiration. Chez certains enfants, cet appui sur les poumons pleins restera une base d'organisation psychomotrice, pouvant être à l'origine de troubles de la régulation tonique. Une fois adulte, le recours à ce fonctionnement ancien survient dans des moments où l'émotion est trop forte : « le blocage des inspirs joue le rôle d'une carapace protectrice »¹⁹. C'est bien ce qu'Anaïs relate : sa difficulté à garder une circulation d'air continue lorsqu'elle est aux prises avec des émotions qui la submergent.

Il me semble qu'on peut faire le lien avec ce que D. Anzieu développe dans le chapitre du « Moi-Peau » consacré aux troubles des distinctions sensori-motrices de base. Au cours de l'allaitement, le bébé bénéficie d'une relation tactile avec sa mère. Ce contact continu au cours de la tétée et répété dans le temps stimule le système respiratoire. Il favorise ainsi la régularité et l'amplitude de l'échange d'air avec le milieu physique qu'à ce stade de développement (de la naissance à l'âge de quelques semaines), l'appareil respiratoire ne peut établir et maintenir seul. Le bébé atteint ainsi « la détente d'une régulation régulière retrouvée ». Cette détente est mise à l'épreuve chez chacun de nous à bien des occasions de notre vie, mais elle est probablement plus précaire encore chez les patients souffrant de maladies psychiques. Dans l'histoire d'Anaïs, où la place d'enfant autant que celle de mère ont été douloureuses, ce lien à la respiration me paraît très significatif.

L'air que le souffle véhicule est aussi le support de la voix. Cela donne toute son importance à la respiration : elle fait le lien entre l'intérieur du corps et l'extérieur. En dedans, le souffle aide à trouver ses propres ancrages et sa posture. Cette colonne d'air, qui

¹⁹ POIRIER P., 2008, p. 280

rassemble au niveau du corps, fait vivre quelque chose « à l'intérieur » et peut permettre de lutter contre les angoisses archaïques ou contribuer à se sentir vivant.

En dehors, la respiration concourt à positionner le sujet dans sa manière d'être en relation avec le monde extérieur. C'est ce que m'évoquent les attentes d'Anaïs vis-à-vis du groupe : dans ce souffle nouveau qu'elle aspire à trouver en séance, j'entends un besoin de ré-interroger sa place, son espace personnel et sa distance à l'autre. Dans cette période de la vie du groupe, Anaïs traversait un épisode délicat : elle engageait des démarches administratives et juridiques pour revoir sa fille cadette. Comment alors ne pas entendre le « mouvement » qu'elle souhaite installer chez elle comme une métaphore de sa recherche d'un nouveau positionnement dans sa vie de femme et de mère ?

Lorsque Charles prend la parole avec ce débit rapide et sans souffle qui le caractérise, on peut s'interroger sur ce que cela fait vivre à Anaïs : sidération qui lui coupe la respiration, empathie vis-à-vis de cet homme qui semble en difficulté, besoin de rassurer ce participant qui remplit tant l'espace sonore de mots ?

Je repère dans ce que Charles exprime des éléments qu'Anaïs pourrait facilement s'approprier : « je souhaiterais que le groupe ne soit pas une somme d'individus positionnés les uns à côté des autres, mais qu'il se passe quelque chose entre eux ». Mais dans le même temps, la difficulté de Charles à s'exprimer de façon audible et l'ensemble de son comportement non verbal s'opposent à la clarté d'Anaïs. Celle-ci le vit dans un malaise physique qu'elle lui signifie. Au-delà des mots qui sont échangés, j'ai l'impression que ce temps de séance est un moment d'expérience de dialogue tonique entre Charles et Anaïs. L'ajustement qui s'opère lorsqu'Anaïs interpelle Charles pour lui demander de respirer permet de réguler l'échange entre eux. Tout se passe comme si une respiration partagée avait alors permis d'ouvrir une possibilité de relation entre eux deux. Probablement, d'autres participants que moi ont aussi pu bénéficier de cette diminution soudaine de la tension.

7. « Hé-ho ! » ... « ho-hé ! »

Quelques minutes de détente et de respiration assis pour se recentrer sur soi-même : Anaïs a posé la main sur son flanc droit et elle palpe cette zone en enfonçant son pouce dans son

ventre. Visiblement elle souffre, mais elle n'en dit rien et semble tout de même concentrée sur sa relaxation.

Après ces instants de retour vers soi, nous nous positionnons debout en cercle pour nous dire bonjour mutuellement : chacun à son tour fait un geste d'une main en direction du groupe en énonçant son prénom. L'ensemble répond en disant le prénom, accompagné d'un mouvement des deux mains dirigé vers le participant qui s'est nommé.

Anaïs démarre ; souriante, elle lance son prénom au groupe. Son visage s'éclaire encore plus lorsque le groupe lui renvoie son prénom.

Plusieurs exercices combinant rythme, son et mouvement sont ensuite proposés. Nous terminons en nous partageant en deux sous-groupes qui doivent s'interpeller par des gestes et des sons qui se répondent, à l'initiative d'un leader « tournant » qui n'est pas désigné à l'avance.

Avec Charles et Fabien, nous formons un trio qui prend place face à celui d'Anaïs, Myriam et la psychomotricienne. Nous lançons et répondons alternativement à des « ho-hé » scandés, chantés, exprimés sur différentes tonalités et intensités.

Je remarque qu'Anaïs prend son tour sans qu'on ait à le lui signifier. Son visage est radieux. Son corps, en position d'ouverture, bouge librement et de façon très fluide ; elle engage largement ses bras dans le mouvement dansé. Je ne trouve plus trace chez elle de la douleur qui semblait si présente quelques minutes plus tôt. Elle jauge le groupe qui lui fait face, sourit et lance des « ho-hé » variés et sonores qui alimentent le jeu. Elle projette le son vers nous en nous regardant franchement.

Lorsqu'elle n'est pas à l'initiative du mouvement, elle fixe son regard au sol et se concentre quelques secondes, le temps d'intégrer la nouvelle proposition qui lui est faite. J'ai l'impression dans ces moments qu'elle s'appuie sur la continuité du son, sur l'ambiance sonore et le mouvement général du groupe. Je la sens très à l'aise ; elle paraît prendre du plaisir dans cette activité. Dans cette atmosphère ludique, elle va jusqu'à tutoyer la psychomotricienne et moi-même, puis se reprend.

Charles, le visage caché derrière ses cheveux, suit le mouvement avec une certaine inhibition. Je sens Fabien plus réceptif à l'exercice. Un peu lassée d'être toujours à l'initiative de nouvelles propositions au sein de notre trio, je l'incite à « prendre la main ». Fabien finit par s'engager et le fait de façon efficace, en proposant sa propre version du

« ho-hé » et en y joignant des gestes nouveaux. Fabien est un homme de 35 ans un peu corpulent ; très prolix, il parle d'une voix d'intensité adaptée et relativement posée. Il souffre de schizophrénie depuis une quinzaine d'année et est bien conscient des troubles qu'entraîne sa pathologie. Son discours est souvent confus. Fabien s'appuie en permanence sur le regard de son interlocuteur et va souvent chercher une réassurance auprès des autres participants dans l'échange. Il est bien présent dans le groupe, mais me semble comme suspendu, dans l'attente de quelque chose qui pourrait venir de l'extérieur l'aider à se définir lui-même.

En fin de séance, Fabien dira qu'il a apprécié ce travail. Pourtant il a jugé difficile de se lancer des sons d'un trio à l'autre, car il n'avait « jamais fait des exercices comme ça » et il avait « peur d'aller dans le lâcher-prise tout seul ».

Au cours du temps de verbalisation, j'imaginai qu'Anaïs relaterait l'expérience du jeu, dans lequel elle avait montré tant d'aisance. C'est au contraire l'échange de « bonjours » qu'elle souligne comme un moment majeur pour elle. Elle se propose de réitérer ce geste pour elle-même tous les matins : « et si je me disais bonjour ? Comme si la tête disait bonjour au corps ... ».

Dans ce « bonjour » organisé au sein du groupe, que nous avons désormais instauré comme un rituel pour démarrer la séance, chacun émet et reçoit à son tour. Cela donne à chaque participant le temps de se présenter, d'exister aux yeux des autres. J'ai pu mesurer au fil des séances que cette répétition permet aux patients les plus en difficulté de prendre progressivement leur place dans le groupe. A la troisième fois que nous déroulions le rituel, Charles a levé la tête pour énoncer son prénom, et sourit en recevant le retour du groupe.

Deux points complémentaires méritent d'être développés au sujet de ce cérémonial.

Tout d'abord, il s'agit au cours de ce moment d'émettre soi-même un son, porté par sa propre voix. On reçoit alors un retour groupal qui « accuse réception » du son émis. Ce mouvement d'échanges est à mon sens à relier à celui du tout jeune enfant qui se trouve encouragé et porté par les retours de ses parents sur ses propres sonorisations. Le monde extérieur signifie ainsi à l'enfant qu'il est vivant, qu'il existe bien. Il me semble que c'est un message de cette nature qui s'échange au sein du groupe. Je note aussi une grande bien-

veillance des patients entre eux, qui se mesure dans l'amplitude des gestes de retour et la qualité du regard porté sur celui qui vient de se présenter.

J.-M. Vivès décrit trois étapes pour que la voix se développe chez le tout petit, grâce à l'interaction avec son environnement maternel : être entendu (par le cri, l'expression d'un appel), entendre (quand l'autre apparaît et répond au cri de détresse), et se faire entendre (lorsque « le sujet-en-devenir se fait voix, allant quêter l'oreille de l'Autre pour en obtenir une réponse »²⁰). L'auteur rajoute que dans ce processus, l'enfant en devenir ne peut utiliser sa voix comme sujet que s'il suppose que l'autre peut recevoir ses productions. C'est toute la question de l'adresse qui se pose là et qui se joue dans le rituel d'accueil au sein du groupe : tous sont prêts à accueillir la présentation de chacun, et chacun en se nommant s'adresse à des personnes connues, identifiées.

Par ailleurs, je voudrais souligner combien le mot prononcé n'est pas anodin : il s'agit de son propre prénom. Le retour du groupe donne ainsi une dimension supplémentaire au fait d'avoir été entendu : il signifie qu'il a reconnu le patient, qui non seulement existe mais est individué. Je fais l'hypothèse que ce renvoi du prénom par le groupe contribue à étancher une certaine soif de reconnaissance chez Anaïs.

Chez la personne dépressive, la vulnérabilité narcissique constitutive crée un besoin d'être aimé, soutenu, reconnu, qui est sous-jacent et s'exprime de façon récurrente. Le rituel que nous avons instauré favorise un étayage narcissique chez Anaïs, d'autant plus qu'il est conduit de façon groupale. I. Cuvillier parle de « réconciliation avec soi-même » pour ce type d'exercices qui font appel au prénom²¹.

Le choix de ne pas instituer d'ordre de passage au sein du groupe pour dire bonjour aux autres donne de la souplesse au tout, offrant à chacun une liberté dans un cadre sécurisant. En effet, chacun intervient quand il le souhaite, avec la certitude qu'il y a au cours de ce rituel un moment et une place pour lui, puisque nous ne mettrons pas fin à l'exercice tant que tous ne se seront pas présentés. Mais chaque personne peut aussi vivre la surprise en découvrant les mouvements et l'intonation choisis par l'autre pour se nommer lui-même.

Dans ce processus qui combine continuité et surprise, il me semble que chacun peut gagner en sécurité intérieure, en investissant le temps d'attente comme un temps où il existe lui-même entièrement et est reconnu, voire attendu par les autres. Je fais le parallèle avec le

²⁰ VIVES J.-M., 2013, p. 44

²¹ CUVILLIER I., 2007, p. 119.

concept décrit par D. Marcelli : grâce à un fond de continuité rassurante (les « macro-rythmes », temps réguliers et prévisibles durant lesquels sa mère lui prodigue des soins), le bébé peut supporter l'introduction de variations inattendues (les « micro-rythmes », épisodes non prévisibles de jeu avec sa mère).

On peut penser que cette combinaison de rythmes, qui sous-tend ce rituel au sein du groupe, ouvre la porte pour certains patients, dont Anaïs, à un plaisir partagé.

Dans le jeu des trios qui se répondent, Anaïs a pu s'exprimer et s'accorder aux autres, dans l'instant même de l'expression. Ces éléments sont selon E. Lecourt source d'un « plaisir musical » que l'on trouve habituellement dans les séquences d'improvisation musicale en groupe. Dans ces échanges, Anaïs a engagé son être tout entier et sa production vocale lui a offert l'occasion d'« une expression, une mise en mouvement du corps et une émergence d'émotions dans la relation ; c'est la découverte d'une dimension créatrice liée au plaisir de jouer »²².

Cette expérience sonore a probablement constitué pour elle un support ludique, essentiel en ce qu'il lui a permis d'établir une relation avec les autres, ouvrant un espace potentiel de découverte et de créativité. Pour I. Julian et O. Avron, cet espace d'écoute, « qui réunifie l'homme récepteur et l'homme émetteur, va devenir lieu d'innovation »²³.

Alors, tout ce qui survient peut être accueilli. Les mêmes auteurs, ayant mené des groupes d'expression vocale auprès de patients souffrant de psychose, constatent : « Quel que soit le matériel utilisé dans la création sonore des patients du groupe et quelle que soit la qualité de la trame sonore groupale, ce qui est important c'est qu'ils puissent mettre à l'extérieur, projeter l'énergie qui est considérée habituellement comme pathologique au niveau individuel »²⁴.

Cette expérimentation ne donne pas matière à Anaïs pour élaborer une meilleure compréhension de l'origine de sa douleur psychique. Mais, par la création gestuelle et vocale qu'elle lui permet, par le ressenti d'une ouverture de la relation aux autres, cette expérience peut contribuer à renforcer son narcissisme.

²² CUVILLIER I., 2007, p. 125.

²³ JULIAN I., AVRON O., 2010, p. 95

²⁴ JULIAN I., AVRON O., 2010, p. 99

8. Silence des mots, silence des gestes

La psychomotricienne a dû s'absenter ; j'anime seule cette séance. Alors que les autres participants arrivent en bonne forme physique et semblent contents d'être là, Anaïs apparaît très tendue. Elle reste emmitouflée dans ses vêtements épais et son écharpe malgré la température élevée de la pièce ; son visage signifie sa fatigue. Son centre de gravité déporté vers la droite, elle marche doucement et difficilement ; l'ensemble de son corps semble douloureux. Malgré mon interrogation, elle ne précise pas ce qui la fait souffrir.

Après quelques instants passés au sol à porter une attention particulière à la respiration, je propose un travail de détente du dos. Grâce à des mouvements doux, puis portés par les vibrations d'un son que chacun émet pour lui-même, les patients toujours allongés sont invités à approfondir leur ressenti.

Je leur propose ensuite de se mettre debout et, en s'appuyant sur le son qu'ils ont créé, de chercher dans cette position d'éventuelles nouvelles sensations corporelles. J'introduis un élément supplémentaire en leur demandant de transformer progressivement leur son « mmmh » en « mmm-aaah » puis en « moi » sur des rythmes et intensités variés, afin de les amener à explorer leurs ressentis bouche ouverte.

Lorsque chacun semble s'être approprié ce nouveau son, j'instaure un jeu : la moitié du groupe émet le mot « moi » sur un son continu, l'autre garde un « moi » scandé. Puis chacun individuellement tiendra son « moi » rythmé et, en se déplaçant dans la pièce, se confrontera au « moi » des autres au gré des rencontres.

Pendant le temps de travail au sol, je sens Anaïs mal à l'aise. Elle tente de caler son dos et garde finalement un genou replié. Les sourcils froncés, elle n'émet aucun son malgré la consigne, mais paraît respirer régulièrement.

Elle se relève avec difficulté, peinant à trouver des appuis au sol pour se repousser. Une fois debout, Anaïs ne s'engage pas dans le jeu. Elle reste sur place les yeux fermés, ce qui décourage probablement les autres d'aller « la chercher » avec leur « moi ».

En m'approchant d'elle je suis prise d'un doute, me demandant si son attitude, au-delà du retrait bien visible, pourrait signifier aussi une attente, un appel à l'autre. Cette hésitation se traduit dans mes mouvements : après avoir indiqué ma présence à l'aide de plusieurs « moi » bien sonores dans sa direction, je me rapproche encore et j'émet des sons très

doux et de faible intensité, comme si je souhaitais qu'elle seule puisse m'entendre. Je repère qu'elle perçoit les sonorités, mais indéniablement elle ne souhaite pas ouvrir les yeux, ni participer à l'échange que je tente d'instaurer. Par son état tonique, elle me donne le sentiment qu'elle cherche à résister à un courant qui pourrait l'emporter.

Pendant ce temps, dans le groupe, le jeu se déroule. Chacun s'adapte à sa manière à cette expérience nouvelle pour tous : Fabien ferme les yeux et se balance doucement avant de se lancer ; Florence²⁵ est déjà dans le déplacement, elle cherche des yeux un partenaire ; Myriam, souriante, se prête entièrement au jeu en soutenant le regard de son interlocuteur. Tous sauf Anaïs exprimeront qu'ils ont trouvé amusant ce moment de la séance, même si Fabien et Florence s'accorderont à dire que cela a été surprenant et difficile au début de s'octroyer tant de place à eux-mêmes en répétant « moi » pendant de longs instants.

Pour Anaïs, le vécu est tout autre. Elle se déclare encore plus fatiguée qu'en début de séance ; respirer ne l'a pas aidée « complètement » et elle a été incapable de produire des sons en position allongée. Elle s'en est trouvée contrariée, a essayé et persévéré, jusqu'à sentir qu'une émotion venait, forte, comme un trop-plein, et dont elle a eu peur qu'elle ne devienne un cri.

Anaïs dit être parvenue à « sortir quelque chose » quand elle était debout, mais elle a trouvé plus facile de tenir le « moi » sur un son continu que de le rythmer. Elle se déclare « incapable aujourd'hui de donner du personnel, tout est compliqué, contenu, accumulé, mélangé ... la tristesse comme la colère. »

Je lui demande si elle était à bout de souffle pendant l'exercice ; elle répond « non, j'étais à bout de son ». Avoir à articuler le mot « moi » l'a également mise en difficulté, générant des auto-questionnements qui sont récurrents chez elle : « qui suis-je ? », « où est ma vraie place ? ».

Nous entamons alors une discussion sur la signification des mots. Dans mes consignes, je n'avais pas indiqué le mot « moi » comme relatif à « je ». Je l'avais proposé de façon phonétique, pour la sonorité du « a » qu'il permet : il vibre en arrière dans la gorge, à la différence d'un « a » normal qui vibre en avant dans la bouche. J'avais fait expérimenter

²⁵ Florence a 48 ans ; elle souffre de schizophrénie et n'a pas une grande conscience de ses troubles. Ayant montré il y a quelques années un comportement désorganisé, elle regagne actuellement un peu d'autonomie et projette de quitter le logement de ses parents pour un appartement à elle.

au groupe ces nuances, sans présumer de la représentation que chaque patient se ferait de ce mot. Et pourtant ...

Chacun s'est en fait approprié ce « moi » à sa façon : Fabien et Florence comme un « moi, je » d'abord gênant, puis qu'ils ont pris plaisir à laisser envahir la pièce et à confronter aux autres. Myriam, qui semblait si à son aise dans ce jeu, explique, elle, que dès le début elle s'est imaginée qu'il s'agissait des « mois » de l'année.

En toute fin de séance, Anaïs précise qu'elle n'est vraiment pas en forme, que cela dure depuis le matin et qu'elle s'est forcée à venir. Comme je la remercie au nom de tous d'être là, elle formule clairement que le groupe compte pour elle. Elle partira ensuite rapidement, après avoir salué tout le monde.

Rétrospectivement, cette scène m'a amenée à réfléchir à la portée de ce que nous proposons parfois aux patients et sur la contenance du groupe.

J'avais construit la séance en me fondant sur une continuité entre les exercices : produire un son pour soi et s'efforcer de le sentir dans son corps devaient à mon sens permettre de faciliter l'expression de ce son en direction des autres. Anaïs n'aurait-elle pas pu mettre à profit ce début de séance, consacré à se recentrer sur soi ? Il m'a semblé en tous cas qu'elle était toujours aussi souffrante physiquement et psychiquement après ce temps de détente.

Je me suis alors interrogée sur la teneur des exercices proposés dans ce moment. En me fondant sur les écrits de différents auteurs et des échanges avec des professionnels, j'ai fait un lien avec l'engagement du dos dans le travail.

Le dos est sur le plan symbolique rempli de significations : charpente de l'être humain, il est l'endroit du corps le plus adapté au portage de lourdes charges. Situé à l'arrière de notre corps, il serait lié à notre passé, à nos ancêtres. La psychosomatique souligne que toute notre histoire y est inscrite, sans que nous y ayons accès, ce qui peut laisser place à la somatisation. Le dos peut ainsi devenir le lieu du refus, du refoulé, de ce que nous ne voulons pas voir. Peut s'installer alors une « cuirasse dorsale »²⁶ dans laquelle nos peurs anciennes se sont incrustées. Avec cette grille de lecture de la symbolique du corps, on peut alors prévoir qu'un travail approfondi sur le dos dans l'objectif d'y libérer des tensions risque de perturber le patient.

²⁶ patrick-adrien-yoga.blogspot.fr

Une professionnelle utilisant la voix en thérapie m'a précisé avoir constaté que « travailler » cette zone amène à perdre la voix parfois, car le dos nous ramène à notre propre histoire. On peut constater des accrochages au passé qui ne lâchent pas ; parfois, nous avons aussi du mal à nous projeter.

Dans le temps de détente que j'ai proposé, les participants ont eu l'occasion d'approcher ou d'approfondir les ressentis de leur dos, dont ils ont peu conscience habituellement. Le son produit a encore amplifié l'éventualité pour eux d'y découvrir de nouvelles sensations, diversement reçues.

Une hypothèse que je pourrais faire est qu'Anaïs, déjà souffrante en arrivant, a rencontré d'emblée cette difficulté : suspendue entre son passé difficile et un avenir incertain, elle s'est trouvée contrainte d'adopter une position figée, pour limiter le risque d'accroître encore sa douleur et ses doutes.

(Vignette clinique tirée d'une autre situation de stage). Nora, 16 ans, arrive très diminuée par le traitement qu'elle a reçu : les yeux à moitié fermés, elle tremble fortement. Nora est hospitalisée dans l'Unité qui reçoit les adolescents en période de crise au sein du Centre Hospitalier Spécialisé, pour anxiété intense. Elle y a des conduites auto agressives : scarifications répétées, restriction alimentaire avec vomissements, demandes d'être entravée. En séance, elle propose de chanter à trois, avec la psychomotricienne et moi. Malgré son envie et une « mise en souffle » dynamique, Nora a du mal à émettre des sons. Soutenue par nos productions, elle diversifie petit-à-petit les notes qu'elle chante et les voyelles qui servent de support. Je lui propose alors d'appuyer son dos au mur et me positionne à côté d'elle. Nous parviendrons ainsi à augmenter l'intensité sonore de nos notes. Soudain, Nora propose de chanter pour nous : elle déambule alors dans la pièce, entamant seule, sans accompagnement et jusqu'au bout une chanson qu'elle a elle-même composée avec une amie.

Cette prise de conscience du dos, favorisée par un appui physique, m'évoque le contact tactile du dos chez le bébé, que G. Haag souligne comme un élément fondamental pour « retrouver la sensation-sentiment de sécurité dans toutes les circonstances de brusque changement de l'environnement »²⁷.

²⁷ HAAG G., 1988, p. 2.

De ces deux instants cliniques différents, tirés de deux cadres distincts, je peux conclure que pour Nora ce contact-appui s'est avéré porteur au moment où je le lui ai proposé. Anaïs a au contraire pu s'en trouver entravée, ou simplement n'y a puisé aucun étayage pour le reste de la séance. Nora est restée debout pour bénéficier de l'appui-dos, alors qu'Anaïs était étendue au sol. En tenant compte d'éléments de son passé (l'inceste en particulier), je peux faire l'hypothèse que cette position allongée est limitante voire angoissante pour Anaïs et que, dans cette posture, émettre un son est impossible pour elle. Ce constat m'amène à une réflexion sur la progression des exercices au cours de la séance que j'ai menée. Peut-être aurait-il fallu que je prenne le temps d'amener les patients à installer de bons appuis debout (en insistant sur la verticalité et le souffle) pour leur permettre de « tenir », avant d'engager un travail sur le dos qui risquait de les « ramener en arrière » ?

Nous n'avons finalement pas entendu Anaïs au cours du premier exercice de cette séance. Aucun son n'était possible pour elle. Pourtant, elle a signifié avoir respiré sans difficulté. Pas de son, mais du souffle ... comment l'expliquer ?

Pour Guy Cornut, la phase expiratoire prime dans la phonation : grâce aux muscles expirateurs (muscles abdominaux et intercostaux), la pression d'air s'élève en amont de la glotte, suffisamment pour franchir l'obstacle que représente « l'affrontement des cordes vocales entre elles »²⁸. En dessous d'une certaine pression, on n'a que du souffle, au-dessus, on obtient un son. Lorsqu'on « projette » sa voix, l'expiration est donc très active.

A travers le blocage de la fonction vocale, on repère ainsi une véritable barrière matérielle, corporelle. Le langage courant met en relief cette incapacité physique à sonoriser : on parle de « voix blanche », de « rester bouche bée » ou « rester coi », d'une « voix étranglée d'émotion », etc.

Mais cet obstacle au son peut aussi être le signe d'une souffrance profonde. David Le Breton écrit à ce sujet : « La mutité traduit l'impossibilité physique de parler, le mutisme son impossibilité psychique »²⁹. Il me semble qu'Anaïs, « à bout de son », témoignerait ainsi d'une douleur qui ne peut pas être exprimée par des mots et qui ne se signifie qu'en

²⁸ CORNUT G., 2009, p. 10.

²⁹ LE BRETON D., 2011, p. 129.

« creux », par un vide de voix. Ce serait alors la seule façon que son corps aurait trouvé pour canaliser la forte émotion qui le traverse.

Pour autant, dans ce type de situations, le manque de voix ne s'accompagne pas nécessairement d'une respiration coupée, comme cela peut être le cas lorsque le sujet est en état de sidération. La capacité d'Anaïs à conserver une respiration correcte dans un tel moment interroge la différence entre souffle et son.

J'ai décrit plus haut comment le souffle fait vivre son intérieur au sujet. Cette respiration peut être fluide et ample, ou produite à minima et parfois imperceptible à l'extérieur.

Au contraire, le son s'appuie sur la voix pour faire le pont avec l'extérieur : émettre un son, et d'autant plus dans un exercice qui ne fait pas appel au langage, c'est d'une part oser être entendu par l'autre, mais aussi prendre le risque de rencontrer sa propre « étrangeté », par le biais de sa voix dont on ne sait pas à l'avance ce qu'elle sera. L'inhibition inhérente aux pathologies dépressives rend parfois difficile au sujet d'exister pour les autres. Produire un son était probablement pour Anaïs ce jour-là simplement impossible, compte-tenu de la place prise par la douleur dans son corps et son psychisme.

Anaïs est donc restée silencieuse. Immobile, les yeux fermés, elle me paraissait contenir une émotion très forte. David Le Breton écrit : « Le silence est un sentiment, une modalité du sens, et non une mesure de la sonorité ambiante. Il renvoie à l'attitude de l'homme face à son environnement »³⁰. Pour illustrer la scène que j'ai décrite, je trouve très significatif de considérer ainsi le silence, sous l'angle de ce qu'il nous permet de contacter dans le registre du sens, et non uniquement de la sensation.

Pour aller au-delà de cette citation, je vais explorer ce que ce silence m'a fait vivre. Malgré mes tentatives de créer un lien, Anaïs est restée à l'écart du groupe, dans une mise à distance des autres que j'ai interprétée comme une défense. En s'excluant, j'ai senti qu'elle nous excluait aussi. Je me suis demandé de quoi était fait ce silence dense et énigmatique car Anaïs ne donnait aucune piste pour le décrypter. J'ai à nouveau recours à David Le Breton pour analyser cette question : « en laissant la place à toutes les possibilités, [le silence] installe l'homme dans l'indécision ou le malentendu si les circonstances ne permettent pas de tirer une conclusion sans équivoque »³¹.

³⁰ LE BRETON D., 1997, p. 22.

³¹ LE BRETON D., 1997, p. 77.

J.-Y. Le Fourn, qui a exploré la nature du silence chez les adolescents, en a distingué trois grandes formes. La première consiste à se taire de manière active, par choix, dans une liberté que l'on s'accorde. La deuxième concerne aussi un silence choisi : il s'agit de tout ce que l'on décide de ne pas dire aux interlocuteurs du moment mais que l'on pourra exprimer à d'autres, ou que quelqu'un dira à notre place. La troisième forme est d'une nature différente : il s'agit du silence « subi », faute de mots pour dire. C'est « le silence de la pulsion ; la voix du corps »³².

En l'occurrence, au moment de la verbalisation, Anaïs n'a pas pu éclairer ce qui lui était arrivé pendant le jeu. Compte tenu de l'évolution de sa pathologie, elle n'est pas encore en mesure de repérer et d'élaborer ce qui la tourmente. Faute de pouvoir se dire chez elle par des mots et par la pensée, la souffrance se dit alors corporellement, comme dans le troisième type de silence décrit par J.-Y. Le Fourn. La douleur récurrente s'exprime pour Anaïs de diverses façons ; ce jour-là, elle a bloqué sa voix.

D'abord ennuyée de voir qu'Anaïs ne pouvait se donner aucune souplesse dans cette position figée, j'ai ensuite été désemparée de sentir mon impuissance à lui procurer un semblant de réconfort. Dans l'idéal, j'aurais aimé qu'elle puisse ouvrir les yeux suite à mes sollicitations et profiter de la dynamique en cours en s'appuyant sur le reste du groupe. Mais en se coupant de la perception visuelle de ce qui se jouait autour d'elle, Anaïs a rompu le dernier « pont d'échanges »³³, lien qui peut habituellement continuer à persister même sans la voix, à condition de pouvoir combiner regard et silence.

J'ai alors ressenti la solitude dans laquelle Anaïs se trouvait enfermée. Ma préoccupation en tant qu'animatrice du groupe était que son silence ne se transforme pas en isolement. Cela était pourtant le cas et cette situation m'a fait violence ; c'est probablement ce qui explique ma contrariété en début de jeu.

Après mes sollicitations, le choix d'Anaïs d'en rester là m'a fait découvrir qu'elle était quand-même présente dans ce silence. J'ai trouvé dans les écrits de J. Kazmierczak un écho à ce sentiment. Finalement, en restant silencieuse, Anaïs s'engage à sa façon ; c'est sa manière à elle de manifester qu'elle est présente à cet instant et dans ce lieu. Ceci

³² LE FOURN J.-Y., 2013, p. 61.

³³ DEFIOILLES-PELTIER V., 2013, p. 196.

éclairerait qu'elle ait fait l'effort de venir malgré son mal-être, et les remerciements qu'elle adresse au groupe en fin de séance.

De ce fait, je suis amenée à considérer qu'il n'y a pas de parallèle général à faire entre parole et présence d'une part, silence et absence d'autre part.

Cette expérience individuelle d'Anaïs m'a donné l'idée, puis l'envie et même le besoin (peut-être pour me rassurer ?) d'explorer le silence.

A la séance suivante, nous avons ainsi expérimenté la possibilité de vivre et ressentir le silence en groupe, tout en accueillant la spécificité de chacun ; les éprouvés se sont avérés très forts. Je ne relaterai pas ici les détails de cette séance, mais elle a été l'occasion pour moi de découvrir que le silence peut aussi être vécu très tranquillement

Ces quatre séances forment une mosaïque qui révèle des facettes d'Anaïs, de ses capacités et difficultés à mobiliser son corps dans le sens d'une émission sonore, mais aussi de son envie d'exister, pour elle et aux yeux des autres.

J'ai pu approcher dans l'élaboration clinique de ces séances un certain nombre d'éléments qui éclairent ma problématique de départ.

Dans le chapitre suivant, je vais proposer ma réflexion sur un dispositif thérapeutique utilisant la voix, en me basant sur des éclairages apportés par d'autres moments cliniques.

IV- DU VÉCU DE LA VOIX A UN TRAVAIL EN PSYCHOMOTRICITE

J'ai exposé dans le second chapitre de ce mémoire les conditions dans lesquelles le groupe s'est mis en place. Dans ce cadre et compte-tenu du dispositif, je n'ai pas pu m'appuyer sur une observation clinique qui m'aurait permis de déceler une évolution chez Anaïs.

D'une part, la clinique en psychiatrie adulte permet rarement de constater des évolutions significatives chez les patients dans un temps aussi court que quelques mois.

D'autre part, avec la psychomotricienne, nous avons pris le parti de proposer des séances d'exploration corporelle qui intègre le travail avec la voix, mais sans construire de véritable trame de progression autour de la production sonore. A ce stade de la vie du groupe, le fil directeur que nous avons suivi était surtout au service de la mise en place d'une dynamique de groupe, afin que celui-ci puisse fournir à chacun les conditions requises pour un travail thérapeutique.

Aujourd'hui, au regard de ce vécu de co-animatrice, je me prête au jeu de définir comment, dans un autre cadre, je pourrais tirer parti de cette expérience.

Je livrerai mes propositions dans le dernier volet de ce chapitre. Auparavant, je vais présenter quelques notions théoriques qu'il me semble nécessaire d'aborder pour étayer ma réflexion. J'y ajouterai des illustrations cliniques (intégrées en italique dans le texte).

1. Que serait une médiation « voix » ?

a. Ce qu'est une médiation

Selon R. Roussillon, ce qui fait souffrance chez le sujet, ce sont les parties de son histoire et de ses expériences qu'il n'a pas pu s'approprier correctement. N'ayant pas été en mesure de les symboliser, le sujet n'a pas intégré ces événements dans sa vie psychique de façon à les rendre utilisables pour son propre développement.

La théorie du soin psychique qui en découle suppose que ces expériences non élaborées par le sujet ont laissé des traces, véritable matière première sur laquelle le thérapeute peut s'appuyer pour « faire rejouer symboliquement, et en se l'appropriant, l'expérience

subjective en souffrance dans la psyché »³⁴. L'objectif final du soin serait, dans l'idéal, que la personne se mette progressivement à élaborer par elle-même en présence du thérapeute, puis qu'elle soit en capacité de le faire seule.

Dans ce travail thérapeutique, le soignant s'offre au patient comme un « espace de projection » de ce que celui-ci a à mettre hors de lui. Cette relation soignant-soigné met en lien direct deux psychismes et, pour les approches corporelles, deux corps.

Introduire une médiation consiste à interposer un élément entre les deux protagonistes, comme un intermédiaire relationnel. Un tel dispositif permet de « détourner le processus évacuateur en direction d'un objet-médiateur »³⁵. Cet objet-chose, qui peut également être une technique, devient alors le réceptacle de la matière première psychique du patient ; il permet d'en faire exprimer certains aspects qui ne pourraient pas trouver leur place dans la relation directe avec le thérapeute. Reste alors à ce dernier à accompagner la mise en forme de ce que le patient a déposé dans l'objet médiateur.

Dans le Service qui m'a reçue en stage, les médiations proposées aux patients sont l'écriture, le dessin et la peinture, le jeu théâtral, le modelage de terre, les collages et toutes les techniques corporelles de la psychomotricité.

Si tout objet peut devenir médiateur, il faut néanmoins qu'il dispose de cinq qualités pour participer en plein à la relation, pour devenir un « médium malléable », au sens de M. Milner. Il lui faut être indestructible, d'une extrême sensibilité à toute variation dans son utilisation, indéfiniment transformable, disponible d'une façon inconditionnelle et doté d'un pouvoir d'animation (c'est-à-dire qu'on puisse le rendre « vivant »).

Les matériaux proposés en psychomotricité ne présentent pas tous l'ensemble de ces qualités, mais beaucoup en ont suffisamment pour se situer dans le champ de la médiation.

Il est important à mon sens de souligner ici que l'objet choisi par le thérapeute n'est pas médiateur simplement parce qu'il a été proposé au patient. Pour devenir objet médiateur, ce matériau (ou cette technique) doit être investi par le patient, différencié de lui, il doit

³⁴ ROUSSILLON R., 2011, p. 25

³⁵ ROUSSILLON R., 2011, p. 29

faire du lien et s'inscrire dans un processus de création, ce qui peut nécessiter du temps. De ce fait, au cours du cheminement thérapeutique, l'objet peut se limiter à n'être au départ que le moyen pour le soignant de repérer où en est son patient et ce que convoque chez lui le contact avec cet objet ou cette technique.

Ceci est souligné par plusieurs auteurs, qui s'accordent à penser que l'objet n'est pas thérapeutique en lui-même, mais que ce sont « le cadre et le dispositif qui permettent cet aspect thérapeutique »³⁶. En effet, B. Chouvier écrit : « l'objet a pour fonction essentielle de favoriser et de faciliter l'ouverture à l'intersubjectivité »³⁷. Ce qui serait opérant dans le recours à une médiation serait donc la place privilégiée de l'objet dans la relation transférentielle : son rôle d'objet transitionnel.

Enfin, le dispositif ne peut être thérapeutique que si le temps passé avec l'objet s'accompagne ou est suivi d'une mise en mots de ce que le patient a vécu (dans le meilleur des cas) ou d'une signification par le thérapeute de ce qu'il a repéré chez le soigné.

b. Et la voix dans tout ça ?

Il peut sembler paradoxal de faire entrer la matière sonore dans le champ des objets médiateurs. Le son ne présente pas les qualités de « médium malléable », entre autres parce qu'il fait appel à une modalité sensorielle sans limite, à plusieurs titres. E. Lecourt détaille cette question : le son est intrusion car il peut franchir nos barrières physiques et des obstacles matériels (les murs par exemple) sans que nous puissions nous préserver de l'envahissement. Mais le son nous échappe aussi ; nos bruits corporels, par exemple, sont hors contrôle. Enfin, le son est instantané, il disparaît dès qu'il est produit.

Il me semble alors qu'on peut envisager les choses autrement, en considérant la voix non pas comme un ensemble de sonorités produites, mais comme une modalité corporelle à part entière, qui peut constituer une médiation corporelle spécifique.

Le recours aux techniques du corps pour médiation consiste à prendre en compte le langage du corps et de l'acte du patient et à engager à travers ce matériau un travail « en

³⁶ BRUN A., 2011, p. 11

³⁷ CHOUVIER B., 2011, p. 41

deçà des processus de symbolisation secondaires vectorisés par les mots »³⁸. Dans le cas des patients psychotiques ou souffrant de troubles narcissiques-identitaires notamment, A. Brun souligne l'intérêt d'un tel processus, qui consiste à rendre possible le passage des vécus perceptif et sensori-moteur d'expériences primitives vers le registre du figurable. Il s'agit pour le patient d'y transcrire des éprouvés qu'il n'a pas encore reconnus.

Dans le dossier médical d'Anaïs, il est plusieurs fois fait mention de cauchemars, dans lesquels elle se trouve bloquée, empêchée de bouger et d'agir, tétanisée. Elle en dit : « l'émotion est trop présente chez moi et le corps ne peut pas réagir ».

E. Allouch insiste sur l'intérêt des médiations corporelles dans l'accompagnement de patients souffrant de troubles des assises narcissiques : chez eux particulièrement, les troubles de la corporéité et les vécus oniriques font apparaître un manque de traces mnésiques invalidant le processus de représentation et de symbolisation. Il s'avère alors pertinent d'avoir recours à des techniques corporelles comme « vecteurs riches en représentations-choses, [...] qui peuvent offrir à ces sujets des greffes identificatoires »³⁹.

Dans l'ouvrage collectif dirigé par A. Brun consacré aux médiations thérapeutiques, P. Attigui, qui traite du jeu théâtral, écrit : « l'air, le souffle et le geste sont de véritables matières à transformer ; ils se révèlent et s'inscrivent dans une véritable concrétude à articuler, rendant visible l'impensable »⁴⁰.

Il me semble que, sous l'angle de son lien au corps, la voix peut constituer une véritable technique médiatrice. Les quelques séances que j'ai relatées dans le chapitre précédent illustrent cet aspect des choses.

c. Ce que peut apporter un travail avec la voix

Différents auteurs citent les bienfaits sur le plan physique d'un travail fondé sur la voix : prise de conscience de son corps, détente profonde, plaisir, développement des capacités respiratoires et des ressources énergétiques, harmonisation de l'état général, etc.

³⁸ BRUN A., 2011, p.9

³⁹ ALLOUCH E., 2011, p. 94

⁴⁰ ATTIGUI P., 2011, p. 107

En dehors de toute pratique qui consisterait à acquérir une technique vocale, dans laquelle une notion de performance ou d'esthétique pourrait être recherchée, les effets d'un travail de sonorisation se font sentir aussi sur le plan psychologique. I. Cuvillier, musicothérapeute auprès de patients atteints de traumatismes crâniens, livre sa conclusion d'un travail de plusieurs années : travailler sa voix est pour le patient « avant tout livrer une partie de son intérieur à l'extérieur, au bénéfice d'un bien-être, d'un mieux-être »⁴¹. En musicothérapie, différentes constatations sont faites chez les patients qui explorent leur voix : accroissement de la confiance en soi, meilleur contrôle de ses états émotionnels, écoute et acceptation de l'autre, sociabilité, atténuation voire disparition de l'anxiété, développement de la créativité.

Les quatre séances que j'ai décrites dans le chapitre précédent ne composent pas un processus évolutif, mais plutôt des moments cliniques qui illustrent le vécu des patients au cours des expériences qui leur étaient proposées. Monter dans les aigus, respirer ou se sentir à bout de souffle, s'exprimer en jouant, se confronter à l'autre avec son propre son, subir le silence : autant d'expérimentations qui leur ont permis d'aller à la rencontre de différentes facettes d'eux-mêmes.

Je fais le lien avec la définition que donne le Petit Larousse du mot « vibration », que nous avons souvent utilisé en séance pour guider les patients dans leur prise de conscience corporelle. Il s'agit en physique d'une oscillation. Cela m'évoque la fonction intermédiaire de la voix entre intérieur et extérieur, le balancement qui peut s'opérer grâce à un travail corporel entre intériorisation et extériorisation. C'est ce mouvement qui nous rend vivant et singulier.

Selon G. Cornut, les suites de la « découverte vocale » que les patients vivent peuvent se traduire dans une « prise de conscience profonde, exprimée ou non, qui peut être le point de départ d'une évolution intérieure », même si des résistances apparaissent parfois, car « modifier sa voix, c'est changer sa propre image de soi »⁴².

⁴¹ CUVILLIER I., 2007, p. 207

⁴² CORNUT G., 2009, p. 115.

d. Plaisir, jeu et créativité

Pour cette séance, nous proposons aux patients de lire à haute voix et sur des tons différents certains passages du poème d'Henri Michaux intitulé « Le grand combat », poésie bâtie sur un vocabulaire imaginaire qui évoque une bagarre. Chacun suggère ensuite des significations possibles pour certains mots, que nous interprétons corporellement. En fin de séance, Charles exprime : « on a joué ensemble avec les mots, ça m'a permis de sentir le groupe » et revient sur son enfance, pendant laquelle il dit avoir peu eu « la chance de pouvoir jouer ».

Un de nos objectifs en construisant ce dispositif groupal était que les participants y trouvent du plaisir et nous avons cherché au cours de chaque séance à dégager un temps ludique. Fondamentale dans le soin psychomoteur des enfants, l'activité de jeu n'est en revanche pas toujours aisée à introduire en séance auprès d'adolescents ou adultes. Pourtant, le travail du thérapeute consiste entre autres à aider le patient à trouver ou retrouver une capacité à jouer.

En jouant, l'enfant « éprouve du plaisir, en cela il renforce son narcissisme, transforme ses éprouvés, réaménage la réalité extérieure et sa réalité intérieure, cherche à maîtriser ses angoisses, exprime ses fantasmes et ses désirs »⁴³. Pour un patient, jouer dans le cadre sécurisé et bienveillant d'une séance de psychomotricité est l'occasion de « mettre à l'épreuve » sa confiance et son estime de soi, ses envies et frustrations, ses capacités et difficultés.

Pour Winnicott, le jeu reste la condition *sine qua non* de la créativité, tant pour l'adulte que pour l'enfant. Être créatif, c'est selon cet auteur utiliser sa personnalité toute entière ; il s'agit d'une attitude active et positive par rapport à la réalité extérieure. Elle s'oppose à la position de relative soumission, dans laquelle le sujet considère le monde comme ce à quoi il doit s'adapter et s'ajuster en permanence. Alors, le jeu, la création sont autant d'expressions de soi qui permettent de se sentir exister à ses propres yeux et vis-à-vis du monde extérieur.

La notion d'espace potentiel ou d'aire transitionnelle me semble bien illustrer ce qui peut

⁴³ POIRIER P., 2008, p. 273

se passer pour chaque patient du groupe. Cet espace correspond, dans la théorie de Winnicott, à l'endroit du jeu ; c'est l'aire de toutes les expériences satisfaisantes, fondées sur des sensations intenses qui donnent le sentiment d'être vivant. C'est aussi le lieu de la « communication significative », où les relations interpersonnelles sont riches, simples, stables et sous-tendues par des vécus partagés.

C'est, pour le nourrisson, une aire intermédiaire entre lui et sa mère. Chez l'enfant, tous les endroits où il peut jouer forment cet espace potentiel. Adulte, l'individu peut prolonger cette expérience dans sa vie quotidienne en développant sa capacité à créer, au sens le plus large du terme.

Les patients en psychiatrie sont bien en peine de générer cet espace de créativité pour eux-mêmes. Ce qui leur est proposé dans le cadre du groupe de psychomotricité leur fournit cette opportunité de jeu et de création, selon une fréquence et un lieu donnés.

Dans un dispositif de travail avec la voix, l'écoute de l'autre s'avère nécessaire, aidant à l'accordage et donnant sa place à chacun. Les propositions de vocalisation sont potentiellement sources de créativité et d'expression collective, favorisant la mise en confiance de chacun. Ces conditions remplies permettent alors de rendre le jeu possible ; cet aspect ludique s'avère essentiel à la mise en relation des participants entre eux et au développement des échanges.

e. Richesses d'un travail en groupe :

L'espace commun de créativité abordé ci-dessus ne peut toutefois pas se décider, ni être généré par la simple mise en œuvre d'un dispositif ; il doit se vivre, et le groupe offre cette potentialité.

R. Kaës souligne qu'un groupe n'est pas thérapeutique en soi : il ne suffit pas de regrouper des sujets dans le cadre d'une institution soignante pour qu'il y ait processus thérapeutique. En revanche toute formation groupale fournit un espace de médiation : « tout groupe peut être considéré comme le moyen et le lieu d'un travail psychique qui fabrique des médiations entre les espaces psychiques »⁴⁴.

Les travaux de certains psychanalystes (dont D. Anzieu et R. Kaës) menés sur le psychodrame ont abouti à une théorie très approfondie sur les groupes, dont je ne

⁴⁴ KAES R., 2011, p. 49

reprendrai ici que quelques éléments, pour lesquels j'ai pu faire un lien avec mon vécu en stage.

Le groupe est avant tout un contenant. C'est particulièrement vrai pour un groupe fermé, dans lequel les participants se connaissent et sont certains d'une fois sur l'autre de retrouver les mêmes partenaires. La contenance est par ailleurs assurée d'une part par le dispositif, d'autre part par la manière qu'a le thérapeute de prendre en charge l'animation de l'ensemble et de la faire évoluer.

Quelle que soit la nature du groupe, on peut dégager des phénomènes dynamiques généraux de sa constitution et de son évolution dans le temps. L'un des principaux à mon sens, même s'il paraît banal à première vue, est que le groupe se réunit pour quelque chose : c'est ce qui rassemble les participants. Il me semble que cette dimension est importante en milieu psychiatrique, où les patients ont parfois des difficultés à s'adapter, voire à s'approprier le cadre proposé. Je me suis aperçue en stage que signifier clairement et rappeler régulièrement l'objectif de ce regroupement (mener ensemble un travail corporel) rassurait certains patients.

Ceci permet de relier les participants autour d'une représentation commune du travail proposé au cours des séances, même si chacun en a aussi sa propre idée. J'ai justement pu repérer la diversité des représentations dont ce groupe faisait l'objet chez les patients. Anaïs a exprimé presque à chaque séance « on peut parler, ici, le groupe est bienveillant » ; Charles a signifié plusieurs fois que le groupe ne se décréait pas ; Myriam dit venir là pour apprendre à être plus sereine en randonnée quand le chemin est glissant, « à être moins dans l'émotion, quand on vit dans son corps d'avoir moins d'assurance » ; Fabien est toujours en attente de retrouver les activités qu'il a découvertes et investies au cours de sa prise en charge individuelle ; Florence voudrait « juste vivre tranquillement, et donc trouver une médiation pour transformer ce qui se passe parfois de violent et continuer à vivre »... On voit ainsi comment chacun peut investir différemment le groupal !

La théorie des groupes souligne que la situation de groupe représente toujours une menace pour l'individu, sous-tendue par des angoisses propres à chaque sujet (fusion ou anéantissement, abandon, séparation, castration, etc.) dont chacun se défend à sa façon. Selon les conceptions de W.R. Bion, résumées par D. Anzieu et J.-Y. Martin, l'ensemble

de ces mouvements individuels donne une couleur particulière à la vie affective du groupe, qui peut interférer de façon importante avec son « activité de travail » spécifique.

Pour ma part, en ce qui concerne les affects et vécus psychiques, j'ai pu ressentir comment la pluralité des transferts permise par cette dimension groupale (de chaque participant sur les deux animatrices, sur les autres sujets ou sur le groupe lui-même) a « allégé » ma relation avec chaque patient, par rapport à une prise en charge individuelle. C'est en particulier lors des temps de verbalisation que j'ai apprécié cette dimension : ce que chacun exprimait pouvait être repris par d'autres et faisait écho (ou non) de façon très variée au sein du groupe, apportant une richesse aux échanges que l'on n'aurait sans doute pas pu atteindre dans une relation duelle. De façon pragmatique, je peux dire également que l'éclairage « indirect » des autres participants m'a parfois aidée à saisir le sens de ce que certains disaient, le langage et l'expression de ces patients étant parfois relativement hermétiques.

Sur le plan plus précis du travail avec la voix, il me semble que l'intérêt particulier d'être en groupe est de pouvoir alterner les exercices, de façon à dissocier le vécu individuel de l'éprouvé groupal. Les improvisations vocales (autour de mots ou de sons) permettent par exemple à la fois de créer pour soi-même, mais imposent aussi de s'accorder avec les autres, en cherchant une harmonisation globale. « Ce que l'on va entendre dans l'improvisation, de quelque point de vue que l'on se place, c'est avant tout une trame énergétique en train de se créer à partir d'un processus associatif individuel en même temps que groupal. Une trame énergétique sur laquelle du code, du sens, vont pouvoir se chercher, se trouver, se déployer »⁴⁵ écrivent I. Julian et O. Avron.

Se rendre disponible à l'imprévisible de l'autre et s'exprimer dans une polyphonie constituent ainsi « une structure d'étayage essentielle au travail de la différence et de l'accordage »⁴⁶, si important je trouve pour les patients souffrant de troubles psychiatriques qui les déconnectent d'une certaine réalité et parfois de l'altérité.

Je reprends une phrase d'I. Julian et O. Avron, qui fait le lien entre les quelques notions que j'ai abordées précédemment (le groupe, le jeu, l'espace de création) et résume le tout :

⁴⁵ JULIAN I., AVRON O., 2010, p. 96

⁴⁶ LECOURT E., 2011, p. 127

« Une improvisation, c'est véritablement une création commune : ça peut aussi ne pas marcher, être chaotique, ne pas prendre, ne déboucher sur rien dans l'immédiat, etc. Mais arrive aussi la merveille de découvrir, y compris dans son propre jeu, des choses impossibles à imaginer tout seul. Tout en gardant son identité première, on s'enrichit des autres, par les autres, et l'on peut découvrir des lieux internes inconnus »⁴⁷.

f. Travailler avec la voix en milieu psychiatrique

Lorsqu'Anaïs évoque le lien qu'elle a fait entre les notes aigues et un cri, Florence dit : « J'ai entendu comment le son sortait de moi et des autres. Mais le cri, j'ai peur de le lancer. Pour moi, c'est l'hystérie et le moyen pour les femmes du 19^{ème} siècle de s'affirmer, comme dans « Camille Claudel », où Isabelle Adjani joue la folie. J'aurais peur de devenir folle, si je criais. »

En écho à cette vignette clinique, j'aimerais évoquer les réticences que j'ai entendues de la part de plusieurs soignants quant à l'utilisation des sons (et notamment des aigus) en thérapie auprès de patients hospitalisés en psychiatrie. Risques d'augmenter les délires, de voir les patients décompenser suite aux séances, de libérer chez eux une énergie non maîtrisée qui pourrait les mener au passage à l'acte sont notamment cités.

Après avoir échangé avec des professionnels rôdés à cette pratique auprès de divers publics de patients, j'ai trouvé également dans les écrits de quoi me rassurer. Ce que j'en ai retenu peut se résumer ainsi :

. il n'y a pas de voix sans incarnation. Autrement dit, si l'on veut vraiment fonder le travail sur la voix, il est impératif d'ancrer celle-ci corporellement. Quand le son est relié au corps par un approfondissement de la recherche d'appuis internes et d'une respiration correcte, alors le mental est moins susceptible de s'évader. I. Julian souligne par exemple que dans son travail avec les psychotiques, « transfert et contre-transfert ont commencé de diaphragme à diaphragme »⁴⁸.

. il est important d'offrir au patient le temps d'expérimenter et de s'approprier ses propres vécus. Un lien peut être fait avec le bébé qui explore tranquillement avec plaisir et

⁴⁷ JULIAN I., AVRON O., 2010, p. 97

⁴⁸ JULIAN I., AVRON O., 2010, p. 98

découvre par hasard, en tâtonnant, de nouvelles sensations sonores : c'est pour A. Fertier « le stade auto-érotique des nuances ». Expérimenter des sons, c'est développer des facettes de soi ou les calmer ; en tous cas c'est tenter de tout relier. Chez des sujets aussi coupés de leur corps que les patients souffrant de troubles psychiatriques, ce processus nécessite à la fois des durées suffisantes d'expérimentation et des répétitions d'exercices dans le temps. A cette condition, ce travail peut générer du plaisir et éviter d'être source d'inconfort, voire d'angoisses.

. être contenant s'impose au thérapeute, qui doit installer une certaine sécurité grâce à des exercices adaptés et progressifs. « Lorsque tout le corps est figé, clivé, c'est qu'il a des raisons cachées, peut-être explosives, de ne pas communiquer. Remettre cette trame en mouvement, [...] ça peut être dangereux et, à juste titre, faire très peur. [...] La voix met directement en lien avec le corps et donc avec ses clivages. [...] Dans le travail vocal, les difficultés de structuration psychique émergent beaucoup plus rapidement et, surtout, ont des conséquences directes sur le travail corporel »⁴⁹.

A la réflexion, je me suis aperçue que la séance de vocalisations libres qui a abouti à un besoin de crier chez Anaïs, aurait pu et dû être proposée de façon plus modulée.

Dans une approche thérapeutique en service de psychiatrie, il est néanmoins impératif d'être conscient de ce que l'on peut rencontrer chez les patients.

Grâce aux techniques corporelles, le psychomotricien s'emploie à déceler et accueillir les manifestations de « déliaison » que le patient donne à voir. E. Allouch insiste sur « l'angoisse à figures multiples » qui peut émerger chez le soigné lorsqu'il repère de tels signes sur lui-même. Le rôle du thérapeute est alors de « résister aux attaques directes et indirectes du patient et survivre à ses réactions de destruction »⁵⁰.

J'ai été frappée dans mes premiers temps de stage à l'Hôpital psychiatrique par la « bizarrerie » de certains patients. Dans l'expression corporelle ou la communication non verbale de ces personnes, il y a parfois un tel décalage avec les mots qu'elles utilisent, que cela peut en devenir troublant pour l'interlocuteur. C'est particulièrement le cas dans la schizophrénie et certaines psychoses. En lisant « *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau* » d'Oliver Sachs après quelques mois de stage, je me suis aperçue que les cas décrits

⁴⁹ JULIAN I., AVRON O., 2010, p. 99

⁵⁰ ALLOUCH E., 2011, p.97

dans ce livre ne me semblaient pas si incongrus. A force de côtoyer les patients, je me suis finalement habituée progressivement aux paradoxes de leur communication. En quelque sorte, je m'accorde désormais « une marge de compréhension » entre ce que je repère chez le patient et ce qu'il peut dire lui-même, en particulier de son vécu corporel.

Au sujet de la relation humaine et en faisant le parallèle entre la voix et l'opéra, R. Prat distingue trois modalités de communication, qu'elle juge indissociables et interdépendantes: « le livret » (l'histoire racontée), « la musique » (la prosodie) et « la mise en scène » (la mise en espace corporelle, la gestuelle et les mimiques)⁵¹. Pour ma part, j'ai souvent vu que ces trois niveaux étaient désorganisés entre eux chez certains patients du groupe. Restait alors à faire confiance aux dires du sujet et/ou à sa capacité à signifier ce qu'il vivait dans l'instant. Cela a pu s'exprimer par exemple dans sa manière de s'exclure ou au contraire de continuer à participer au travail groupal.

Sur le plan sonore aussi, des manifestations vocales qui semblent inappropriées peuvent apparaître. Je n'ai pas rencontré de comportements dans les extrêmes du sonore comme ce qui est décrit dans l'autisme par exemple (de l'inaudible ou de l'assourdissant), mais j'ai reçu à plusieurs reprises des borborygmes, des marmonnements, voire une « bouillie verbale ». Ce matériau me semble propice à un travail spécifique.

Enfin, on peut orienter le travail sur les besoins particuliers de certains patients ; je donnerai ici deux points spécifiques concernant la pathologie anxio-dépressive dont souffre Anaïs.

Chez le patient dépressif, en complément d'un travail de relaxation indiqué « pour faire face au ralentissement psychomoteur et plus généralement à l'investissement anesthésié du corps »⁵², des exercices sur la voix peuvent être proposés. Mêlant des approches du souffle, du son et de l'harmonie, ils peuvent mettre en jeu chez le patient le dialogue tonico-émotionnel et l'expressivité corporelle, avec pour finalité de développer une meilleure estime de soi.

Si l'angoisse est un bon axe d'indication pour la relaxation, le travail en psychomotricité peut également avoir pour objectif d'approfondir la question des limites et de l'enveloppe sonore chez le sujet anxieux : « l'être inquiet, l'anxieux [sont] particulièrement sensibles et

⁵¹ PRAT R., 2013, p. 35-36

⁵² ANDRE P, BENAVIDES T., GIROMINI F., 2012, p. 84

hypervigilants à ce qui, du sonore, risque de surgir »⁵³. Il s'agirait alors d'élargir la palette de vécus sonores pour que le sujet, à partir d'expériences supportables voire plaisantes, consolide sa propre enveloppe sonore psychique dans le sens d'une continuité et d'une sécurité plus importantes.

2. Mise en perspective : quelles propositions pour un travail en psychomotricité avec la voix ?

Forte de cette première expérience en stage, je pourrais imaginer transposer dans un autre cadre les conclusions que j'en ai tiré. Dans ce paragraphe je vais bâtir ce qui pourrait être une proposition de groupe thérapeutique dans un cadre professionnel. J'ai rencontré les pathologies psychiatriques, mais il me semble que beaucoup d'éléments restent valides pour d'autres publics. Dans certains cas particuliers la construction serait à affiner ou à décliner mais j'en resterai à des contenus relativement extrapolables.

a. Quel dispositif ?

Plusieurs options seraient envisageables.

Je pourrais concevoir un dispositif borné dans le temps, pour accompagner les patients pendant quelques semaines avant qu'ils n'engagent un autre travail qui prendrait le relais, en s'appuyant sur des acquis corporels nouveaux. C'est un cadre de découverte qui serait alors proposé, en individuel ou en groupe, et dans lequel la voix serait uniquement un « moyen » de contacter son corps par l'intermédiaire des vibrations, de regagner en sensations corporelles, d'approcher la notion d'intérieur-extérieur par la respiration, etc.

A l'inverse, un travail au long cours pourrait être proposé. Je l'imagine alors plutôt dans un dispositif groupal qui rassemblerait des patients pour lesquels la revalorisation narcissique par l'expression de soi est notamment à rechercher. Beaucoup d'indications concernent un tel travail, ce qui permettrait d'accueillir au sein d'un groupe des patients souffrant de troubles variés. La voix y serait alors développée en tant que matériau « source de vécu

⁵³ LECOURT E., 2005, p. 213

corporel », mais aussi comme moyen de s'exprimer, de se faire entendre des autres et de s'accorder avec eux.

D'autres éléments devraient entrer en compte dans la définition du dispositif (fréquence, lieu, durée, co-animation, etc.), que je ne traiterai pas ; je vais en revanche détailler le contenu de ce qui pourrait être proposé aux patients dans un tel dispositif, sur un temps long.

b. Quels principes de construction ?

. Viser la simplicité

A. Fertier, musicothérapeute, insiste sur la simplicité de ce qui doit être demandé dans un travail avec la voix. Mon objectif principal étant que les patients se laissent vivre le son, je m'approprie facilement cette idée. La finalité du travail n'est pas de faire chanter les patients, et toute expectative d'un résultat esthétique est exclue. L'attendu en revanche est que les patients puissent accéder à une certaine détente, ce qui est déjà un objectif ambitieux en soi parce qu'il impose à chacun de délaisser provisoirement activité intellectuelle et peur du jugement. Ainsi, plus les exercices proposés seront simples, mieux ils serviront notre but.

. Installer la répétition

Répéter une activité permet de progresser dans le temps, mais offre aussi le plaisir du retour : il s'agit ici de la question du socle qui permet la variation, comme on l'a vu avec le concept de D. Marcelli décrit plus haut.

Pour la matière sonore, qui disparaît dès qu'elle est émise, la répétition des exercices peut être rassurante et permettre « d'appivoiser » progressivement ce matériau. Alors le travail peut être conduit vers des sonorités moins agréables ou plus intrusives, expériences utiles, comme je l'ai déjà écrit, pour renforcer l'enveloppe sonore.

. Assurer une continuité

A la fin de chacune des premières séances, Charles exprime avoir vécu deux temps complètement différents, dont il n'a pas vu la cohérence globale et qui lui ont été difficiles à enchaîner : d'abord un temps « seul avec soi », puis un temps de groupe, avec la difficulté de s'accorder.

Fabien, lui, paraît toujours inquiet lorsque nous énonçons les consignes. Au moment de la verbalisation il dit à chaque séance : « j'ai bien aimé, mais ça n'a pas été évident, je n'avais jamais fait ces exercices-là ».

Ce besoin de continuité m'a interrogée à plusieurs titres : la continuité peut se vivre dans l'instant, mais aussi d'une séance à l'autre. Ce dernier point peut être en partie réglé par le recours à la répétition d'exercices et l'introduction de petites variations.

En revanche, la première continuité dont il est question, celle qui se vit au sein d'une même séance, est rapidement devenue un élément sur lequel je me suis appuyée pour construire mes contenus de séances. La psychomotricité a beaucoup à apporter ici : il s'agit de l'importance du retour à soi (temps individuel de détente ou de recherche de sensations) avant de « paraître au monde » (temps de présence aux autres, sous forme de jeux, d'échanges, etc.). C'est aussi la question de l'unification entre mouvement, voix et respiration qui se joue, pour oublier provisoirement la douleur, les préoccupations diverses... et pouvoir être présent aux autres. Cela souligne de nouveau l'importance de la sensation corporelle pour se sentir exister, pour être en continuité avec soi-même.

La continuité a aussi à voir avec la sécurité intérieure de chacun ; la remarque récurrente de Fabien l'illustre bien. Je me suis surprise à lui répondre que nous cherchons « en continu » à proposer au groupe des expériences nouvelles. Cela n'a peut-être pas totalement rassuré Fabien mais, en exprimant ainsi le fil directeur (et constant) de notre démarche de thérapeutes, j'ai positionné Fabien dans une place d'expérimentateur ... en continu !

Il me semble que ce besoin de sécurité nous met en tant que thérapeute au défi de trouver l'équilibre au cours de chaque séance entre répétition et nouveauté.

. Prendre le temps de l'ouverture : de l'individuel à la création commune

Oser se lancer, improviser avec sa voix, proposer de nouveaux sons au groupe, essayer de s'accorder au rythme de l'autre, c'est prendre des risques. Quand on y parvient, c'est qu'on est en mesure de maîtriser un tant soit peu sa « peur du vide » ... mais il s'agit de l'aboutissement de tout un processus.

Avant d'en arriver là, un travail dans la longueur doit être mené afin de trouver intérieurement l'assurance suffisante pour s'engager. Le travail proposé en séance doit donc respecter ces étapes : se recentrer sur soi-même avant d'aller vers l'extérieur. Trouver

sa place, c'est d'abord travailler sa place à l'intérieur de soi, autrement dit la présence à soi ; il s'agit d'un face-à-face avec soi-même qui fonde le fait d'habiter son corps. Les patients ont besoin de temps pour y parvenir et cela engage chez eux un travail de grande ampleur.

Cela n'exclut pas de programmer des jeux vocaux en groupe dès les premières séances. Mais alors, il me semble qu'il faut en rester à des choses simples, ou pouvoir compter sur certains participants qui ont plus de facilité à se lancer que les autres et donneront de l'élan au groupe dans ses premiers temps.

. Rechercher la capacité des patients à jouer

Cinquième séance : les participants expérimentent en binôme de se mouvoir l'un de façon ininterrompue, l'autre sur un rythme discontinu. Anaïs cherche à entrer en contact avec Charles en dansant, mais celui-ci ne lui offre aucune prise, ni gestuelle ni visuelle. Dans l'exercice suivant, les participants changent de partenaire ; ils doivent rester reliés entre eux par un tissu que chacun tient à une extrémité. Entre Fabien et Charles s'installe une vraie complicité pour trouver dans le mouvement les moyens de répondre à la consigne que j'ai ajoutée : le tissu doit rester détendu et ne peut pas toucher le sol. En fin de séance, Charles dira : « les foulards c'était ludique, tout le reste c'était du travail ».

J'ai dit plus haut combien les dimensions du plaisir, du jeu et de la créativité avaient leur place dans le processus thérapeutique. L'expérimentation sonore pratiquée en groupe offre une ouverture supplémentaire : s'exprimer simultanément sans attendre son « tour de parole », tenter de s'accorder dans l'instant même où le son est exprimé sont facteurs de plaisir et de jeu chaque fois renouvelés.

Mais il me semble que ce que cette vignette clinique souligne aussi, à travers les mots de Charles, c'est toute l'importance de la contrainte pour permettre que le jeu s'installe. Ceci n'est pas réservé à la pathologie : il me semble que tout un chacun est rendu plus créatif lorsqu'il est orienté dans une direction, avec des bornes clairement posées.

C'est un élément que j'ai découvert au fil des séances et que je trouve important à intégrer dans le travail auprès des patients.

c. Quel contenu ?

Deux points principaux m'ont guidée pour réfléchir à cette question.

En y prêtant attention, je me suis aperçue que j'ai plusieurs voix. Différentes personnes m'ont confirmé que c'était le cas pour elles aussi. En fonction de mon interlocuteur, du moment, de la posture que je dois adopter, de ma place vis-à-vis des autres, etc. mes voix peuvent se révéler très diverses. Nous avons des voix ; pour engager cet ensemble dans un travail, c'est leur socle qu'il faut façonner et renforcer.

David Le Breton cite un metteur en scène : « libérer la voix ce n'est pas travailler avec l'appareil vocal au sens où il faudrait fixer son attention sur un travail localisé ; au contraire il faut travailler comme si le corps chantait, comme si le corps parlait »⁵⁴.

J'ai illustré de plusieurs façons dans ce mémoire le fait que la voix est avant tout « corporelle ». Je trouve que les deux points ci-dessus soulignent encore ce point de vue et tracent deux lignes directrices pour un travail avec la voix en séance : asseoir les bases corporelles de la voix et apprendre à faire participer le corps entier à l'engagement vocal. Les propositions ci-dessous tiennent compte de ces deux axes de travail. Elles s'appuient sur mes observations cliniques, les écrits de différents auteurs (M.-L. Aucher, I. Cuvillier, A. Fertier) et les conseils de professionnels que j'ai rencontrés.

. L'incontournable travail de fond

Par « incontournable », j'entends l'ensemble des exercices qui permettent de poser les bases corporelles d'une émission vocale et auxquels il est utile de revenir régulièrement.

Il s'agit en premier lieu du travail du souffle qui procure la détente, favorise les sensations internes et la conscience de l'unité, et peut également contribuer à canaliser les émotions.

C'est un travail dans lequel il est envisageable d'introduire des vocalisations. Lorsqu'on y a recours, c'est alors un véritable « voyage physique dans le phénomène vocal »⁵⁵ que l'on propose ; il permet de prendre conscience de l'impact vibratoire de la voix dans tout le corps.

Vient en complément de l'approche respiratoire tout ce qu'il est possible de faire expérimenter autour des appuis, de l'axe corporel et de la posture, qui peut permettre

⁵⁴ LE BRETON D., 2011, p 251

⁵⁵ FERTIER A., 1995, p. 166

d'investir son corps comme source de sensations et de plaisir, grâce au mouvement et aux vibrations.

Ces exercices sont nécessaires à un travail avec la voix, mais ils n'ont rien de spécifique ; ils trouvent en fait leur place dans toute approche psychomotrice.

. « *Faire avec* » *ce qui se présente*

Le cri

J'ai été perturbée par la réaction d'Anaïs dans la séance où elle s'est sentie « intrusée » par les sons aigus. Pourtant la matière sonore de ce moment aurait pu prêter à un travail approfondi sur les extrêmes du son qui peuvent surgir en séance ; aborder ces manifestations serait même souhaitable, pour les rendre progressivement moins menaçantes pour les patients.

E. Lecourt souligne que la limite dedans / dehors est la problématique majeure de l'expérience du sonore. Comment alors contrôler ce son lorsqu'on l'a perçu comme inquiétant ?

Après recherche, je sais désormais que je pourrais explorer plusieurs pistes :

. profiter de la contenance du groupe pour recevoir un son qu'on demande aux participants de produire de plus en plus fort, jusqu'au cri ;

. choisir de sonoriser sur un mot concret, voire un prénom, pour donner à ce son crié une forme représentable, qui le différencie du cri instinctif lié à la peur ou la colère ;

. doter cette vocalisation d'une intention : s'appuyer sur un jeu ou un chant est un moyen de sortir de l'état brut du cri. Les chants guerriers, qui lient des sons chantés très fort à des mouvements vifs et cadencés, en sont un bon exemple.

Le silence

J'ai aussi été désarçonnée par le silence d'Anaïs au cours de la séance du « moi ». Pour aller plus loin et transformer cette expérience, nous avons proposé aux patients à la séance suivante de vivre le silence.

A partir des souvenirs d'une expérience agréable de silence, chaque participant essaie de retrouver les sensations, émotions et pensées associées à ce moment. Chacun est ensuite

invité à signifier corporellement ou de façon sonore ce qui lui vient au sujet de ce souvenir de silence.

Alors que les autres participants restent immobiles et silencieux ou s'essaient à faire des bruits avec différents objets, Anaïs déploie de grands tissus, qu'elle agence entre eux de façon à en faire un nid, un cocon en tissu « où on s'installe et où on est bien ». Cet objet contenant évoque pour elle les sons doux, à bas volume, légers, qui s'apparentent au silence. Le souvenir qui lui a inspiré cette matérialisation concrète est celui d'un moment de câlin avec son petit-fils où, sans parole, il s'est installé un silence « serein, positif, porteur ».

J'avais interprété le silence figé d'Anaïs comme un moment de « non-son » anxiogène, une impossibilité à rester seule avec elle-même ; elle a montré dans la séance suivante que le silence pouvait aussi générer chez elle des vécus plaisants, positifs, apaisants, voire réparateurs, qu'elle peut capitaliser.

De cette double expérience du silence d'Anaïs, j'ai tiré la conclusion qu'une manifestation inattendue en cours de séance, surtout lorsqu'elle paraît mettre le patient en difficulté, peut donner matière à un travail approfondi. Ici, cela a consisté à accorder du temps à Anaïs et à orienter sa recherche de ressentis vers un souvenir agréable.

Par ailleurs, le silence m'apparaît aujourd'hui comme un outil concret d'intervention. Il est à créer, à nourrir et à cultiver. Néanmoins, au stade où j'en suis de mon cursus, je le trouve encore difficile à vivre, je le crains parfois et ne me sens pas encore assez expérimentée pour le proposer en séance. J'ai encore à l'explorer sous toutes ses facettes : le silence des sons, mais aussi le silence des mouvements, des mots, des regards, etc. Pour moi, la question se poserait ainsi aujourd'hui : quand le corps ne peut plus bouger (comme pour Anaïs lors de cette séance), qu'est-ce qu'on peut bouger en soi qui fasse écho chez le sujet ? Comment le psychomotricien peut-il favoriser ce mouvement ? Et par quelle nature de présence ?

L'élocution

Les moments de verbalisation ont été l'occasion de recevoir des propos parfois très peu articulés, dits sur un ton monocorde ou projetés à grande vitesse. J'ai illustré cela dans la

partie clinique avec une prise de parole de Charles, mais il n'est pas seul dans le groupe à s'exprimer de façon parfois inintelligible.

Lorsque nous ne comprenions pas ce qui était exprimé, nous faisons répéter la personne, mais j'ai constaté que la seconde version n'était souvent pas plus accessible que la première. Cette faible qualité d'élocution est-elle à mettre sur le seul compte de la pathologie psychiatrique, ou sur les conscience et perception corporelles limitées de ces patients, qui brouilleraient à la fois leur émission sonore et leur contrôle phonatoire auditif ?

J'ai constaté pourtant que lors de la lecture de poèmes, le résultat obtenu était compréhensible. Cela a sans doute été favorisé par la consigne donnée par la psychomotricienne d'une « lecture très articulée et comme si on racontait cette histoire à quelqu'un », et par le fait ces mots imaginaires nécessitaient une concentration inhabituelle pour être lus à voix haute. Le fait de lire « pour les autres » n'est sans doute pas non plus étranger à la qualité retrouvée de prononciation.

J'ai trouvé là matière à un travail plus approfondi autour de la question de l'articulation qui, je pense, serait intéressante à creuser y compris hors du monde de la pathologie psychiatrique.

E. Lecourt éclaire le rapport qui existe entre le sens du toucher et l'audition dans le développement de la parole, sous l'angle de l'articulation et la prononciation. Les sons sont produits par le bébé à partir des expériences qu'il fait en explorant les contacts internes dans sa cavité buccale. Ces touchers peuvent être plus ou moins différenciés : ceci explique qu'on rencontre des personnes qui parlent « sans se toucher », comme s'ils avaient la bouche pleine et, à l'opposé, d'autres qui gardent un contact permanent et indifférencié, et de ce fait produisent une bouillie verbale⁵⁶.

Ce point de l'articulation, de la fluidité de la parole peut être travaillé en lien avec la fluidité des mouvements corporels. La détente de la langue au cours d'un moment de relaxation et la recherche de ressentis des appuyés dans la bouche peuvent aussi être un point d'entrée. Il peut également être abordé par l'émission d'onomatopées, auxquelles on peut rajouter l'expression faciale ou gestuelle d'une émotion ou demander au patient

⁵⁶ LECOURTE., 2013, p. 228.

d'amplifier son accentuation pour sortir d'un ton trop monocorde. Il me semble que l'important, pour ne pas limiter l'approche à un seul exercice de diction (qui n'est pas du ressort du psychomotricien), est de « mettre plus de corps » dans la prononciation du patient.

. Explorer d'autres pistes

Sans les avoir encore abordés en séance, j'ai repéré d'autres chemins corporels qui peuvent mener à l'exploration de la voix : écriture, jeux divers avec le corps et/ou le son, chants, mime, etc. J'en citerai un en particulier, qui me semble intéressant et simple à mettre en œuvre. Il s'agit de l'écoute, que ce soit l'écoute musicale, de la voix de l'autre ou encore du silence. Elle permet de faire fonctionner le système auditif, capital dans le contrôle audio-phonatoire de sa propre voix. Elle développe aussi « l'attention, la mémoire et le recours aux souvenirs et associations »⁵⁷.

3. Mon positionnement de thérapeute

a. La dynamique de groupe

À la fin des deux premières séances, bien qu'ayant été peu sollicitée pour co-animer, j'étais soulagée de voir l'heure de clôture arriver. Ce groupe qui était en train de se constituer me faisait vivre un écartèlement : je ne voyais pas nettement ce qui rassemblait ces personnes si différentes. J'avais repéré que les participants avaient des capacités diverses de vivre le groupe et que leur facilité à réaliser les exercices et jeux proposés était aussi très variable.

Puis lorsque j'ai eu à animer seule une séance, mon implication s'est modifiée. J'ai réfléchi à la construction d'une trame en intégrant les retours des séances précédentes et en cherchant à proposer des exercices abordables par tous. Cette expérience m'a permis de sentir qu'un groupe était en train de se former.

Dans les séances suivantes, une dynamique de groupe s'est mise en route, aujourd'hui encore fragile mais réelle. J'ai cité plus haut la diversité des attentes des participants et de

⁵⁷ CUVILLIER I., 2007, p. 206

leurs projections par rapport à ce travail collectif. Avec le recul, ces différences me semblent masquer des espérances finalement assez proches : être écouté et entendu, se confronter aux autres pour mieux s'identifier et se définir, se mettre dans le mouvement (physique mais aussi psychique) et surtout vivre des choses ensemble. Je crois que cette vie de groupe qui émerge se fonde en partie sur la continuité que nous avons progressivement installée avec la psychomotricienne.

b. Comment être disponible pour chacun ?

Je tire de cette expérience le principe que je dois me positionner comme « facilitatrice » du mouvement dans le groupe, mais aussi du mouvement chez chacun. J'ai trouvé cette double position difficile à tenir, d'autant plus qu'en tant qu'animatrice il me fallait aussi gérer le cadre (respecter les horaires, répartir les temps de parole, etc.) et rester dans l'observation de ce qui se passait dans la pièce.

Au cours des séances que j'ai menées seule, j'ai vécu des passages permanents d'une position à une autre : d'animatrice à observatrice, de gardienne du temps à participante au jeu, etc. En fin de séance, je n'avais qu'une vision floue et générale du déroulé de la séance.

Je ne me suis pas sentie disponible pour chacun à la hauteur où je l'aurais souhaité. J'en tire la conclusion évidente de l'intérêt d'être deux thérapeutes à co-animer un tel groupe, même si celui-ci n'est pas très important (5 patients), et de se « répartir les tâches ».

Par ailleurs, j'aurais aimé pouvoir approfondir certains vécus de séance : poursuivre les échanges pour creuser les affects qui ont émergé chez tel ou tel patient, reconduire une expérience pour aller plus loin, etc., mais le cadre ne l'a pas permis. La question de la temporalité du soin se pose là, d'autant plus que le groupe est en « création ». Dans l'idéal, je pense que le dispositif gagnerait à proposer des séances plus resserrées dans le temps, sur une fréquence hebdomadaire par exemple.

c. Accueillir les « débordements »

J'ai relaté certains de mes ressentis lors des séances que j'ai guidées : l'impuissance éprouvée face à la réaction d'un patient, le doute qui s'est installé par moments, l'agacement, etc.

Ces vécus m'ont fait réfléchir à d'autres « risques » : celui d'être débordée, de ne pas pouvoir faire face à une manifestation extrême d'un patient, mais aussi plus simplement de ne pas parvenir à installer un climat favorable à ce que chaque participant trouve une place dans le groupe, ou l'éventualité que la solitude de l'un d'entre eux se transforme en isolement. Il s'agit ici de mettre en œuvre la fonction contenante du thérapeute. Elle a consisté dans ce que j'ai vécu à ne pas exacerber ce qui a pu être vécu de façon un peu limite par un participant (le cri, le silence, la prise d'initiative dans un jeu), mais à le remanier pour le proposer autrement.

Il me semble aussi que je dois envisager mon positionnement de thérapeute comme l'accompagnement d'un groupe constitué de cinq patients, et non comme cinq prises en charge individuelles « simultanées ».

Par exemple lorsqu'Anaïs s'isole et reste silencieuse, plutôt que de réfléchir en termes de « qu'est-ce que je peux faire bouger chez elle ? », je pourrais considérer les signes de retrait qu'elle manifeste comme un apport au groupe, que celui-ci est en mesure d'accueillir. J'aurais alors à m'interroger sur « comment je peux amener le groupe à transformer (ou pas) la position d'Anaïs ? ».

Ce « pas de côté » me paraît une ouverture intéressante, qui pourrait m'aider à trouver une position pertinente de thérapeute en groupe : me préoccuper du fait que chacun y trouve une place, plutôt que répondre aux besoins spécifiques de chacun en délaissant momentanément le cadre groupal.

CONCLUSION

Mon envie de travailler avec la voix préexistait à ce stage en service de psychiatrie. Il s'agissait une idée générale qui m'est apparue au cours des deux premières années d'études en psychomotricité, pendant lesquelles j'ai peu exploré ce matériau sonore. Je ne m'en faisais pas une idée très précise, mais il était bien question pour moi d'émettre du son et d'en travailler les variations.

J'ai enrichi mes attentes en examinant cette question sous un angle psychomoteur ; elle est alors devenue la problématique centrale de ce mémoire : comment la voix peut-elle aider quelqu'un à se sentir vivre et le soutenir dans son expression de sujet ?

L'opportunité de bâtir un groupe et la rencontre avec Anaïs, pour laquelle le travail de la voix s'avère pertinent, ont donné un point de départ à cette exploration ; l'éclairage théorique et la réalité du stage ont guidé la suite. Je constate aujourd'hui que ce travail m'a menée sur des chemins inattendus par rapport à mon idée première.

A partir de l'élaboration clinique de quelques moments de vécu d'Anaïs mais aussi de ses partenaires du groupe, j'ai pu dégager deux points importants pour moi.

D'une part j'ai découvert concrètement combien la voix est « corporelle », et à quel point elle peut donner lieu à un vrai travail en psychomotricité, grâce à la richesse de ce qu'elle permet de proposer. C'est ce que j'espère avoir illustré dans ce mémoire.

D'autre part, j'ai beaucoup apprécié le travail d'exploration qui s'y rapporte et je garde l'idée d'en faire un outil pour ma pratique future.

Si cela avait été possible, j'aurais aimé prolonger et approfondir le travail avec la voix en le couplant à d'autres formes d'expérimentation corporelle. A travers les expériences d'Anaïs, j'ai appris de ce travail qu'il a beaucoup à apporter à des patients fragiles sur le plan identitaire. Je pourrais le transposer aujourd'hui dans des dispositifs thérapeutiques destinés à d'autres publics ; je pense en particulier aux personnes âgées et aux patients souffrant d'addictions, que j'ai rencontrés au cours de stages précédents.

La portée de la voix du thérapeute dans la relation de soin est aussi un aspect qu'il m'intéresserait d'explorer.

Néanmoins j'ai pu constater que la voix est un matériau fragile qu'il faut avoir bien visité pour soi-même avant de le proposer à d'autres. Si j'en ai approché quelques éléments, je mesure qu'il me reste beaucoup à découvrir. Je vois ce cheminement comme un processus complètement associé à l'approfondissement de ma pratique psychomotrice débutante.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres :

- ABITBOL J, *L'odyssée de la voix*, Paris, Editions Robert Laffont, 2005.
- ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France, 2012.
- ANZIEU D., (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 2011.
- ANZIEU D., MARTIN J.-Y., (1968), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, P.U.F., 2013.
- AUCHER M.-L., (1977), *L'homme sonore*, Paris, Ed. Hommes et Groupes, 2003.
- CORNUT G., (1983), *La voix*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009.
- CUVILLIER I., *Le pouvoir de la voix dans la réadaptation des traumatisés crâniens*, Parempuyre, Editions du Non Verbal, A.M.Bx, 2007.
- FERTIER A., *Le pouvoir des sons. Expériences et protocoles dans le quotidien et le pathologique*, Paris, Editions Ellébore, 1995.
- LE BRETON D., *Du silence*, Paris, Editions Métailié, 1997.
- LE BRETON D., *Eclats de voix. Une anthropologie des voix*, Paris, Editions Métailié, 2011.
- SACKS O., (1985), *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Ed. du Seuil, 1998.
- WINNICOTT D. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

Chapitres d'ouvrages collectifs :

- ABECASSIS J, Voix et paternité, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 137-144.
- ALLOUCH E., Psychothérapie et médiations corporelles : vers une poétique du corps, in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p 89-100.
- ATTIGUI P, Le jeu théâtral, un appareil à penser l'impensable, in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p 101-116.
- BRUN A., Introduction, in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p. 7-19.
- CASTAREDE M.-F., Avant-propos, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 27-32.
- CHOUVIER B, La médiation dans le champ psychopathologique, in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p 37-47.

GOLSE B., Les précurseurs corporels et comportementaux du langage verbal, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 117-127.

GREEN A., Préface, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 7-26.

KAES R., Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes, in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p. 49-60.

KONOPCZYNSKY G., Les enjeux de la voix , in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 33-50.

LECOURT E., Cris, chantonnements et autres manifestations vocales chez des enfants à conduites autistiques, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 211-219.

LECOURT E., Le son et la musique : intrusion ou médiation ? , in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p. 117-133.

LECOURT E., L'enveloppe musicale, in D. ANZIEU (ed.), *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 2013, p. 223-246.

MURATORI F., MAESTRO S., LAZNIK M.-C., Les interactions sonores dans le contexte de la recherche sur l'autisme à partir de films familiaux, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 183-189.

POIRIER P., Quand la voix prend corps pour se faire entendre, in C. POTEL (ed.), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, édition In Press, 2008, p. 271-287.

ROUSSILLON R., Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations, in A. BRUN (ed.), *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, édition Erès, 2011, p. 23-35.

TREVARTHEN C., GRATIER M., Voix et musicalité : nature, émotions, relations et culture, in M.-F. CASTAREDE et G. KONOPCZYNSKY (ed.), *Au commencement était la voix*, Toulouse, édition Erès, 2005, p. 105-116.

Articles :

BULLINGER A., 1998. La genèse de l'axe corporel, quelques repères, *Enfance*, tome 51 n°1, p. 27-35.

CABREJO-PARRA E., 1994, Fête narcissique des premières syllabes, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 49, p. 189-197.

DEFIOLLES-PELTIER V., 2013, Silence, schizophrénie et thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 174, p. 194-199.

DIARD I., 2013, Sentiers corporels, chemin de rencontre, en unité de soins palliatifs, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 174, p. 30-36.

HAAG G., Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1988, 36 (1), p. 1-8.

JULIAN I., AVRON O., 2010, Une expérience thérapeutique du sonore, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2010/1 n° 54, p. 93-107.

KAZMIERCZAK J., 2013, Dans le silence, je m'engage ..., *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 174, p. 128-133.

LE FOURN J.-Y., 2013, Le silence, à l'adolescence, a une voix, *Enfances & Psy*, 2013/1 N° 58, p. 60-63.

MARCELLI D., 1992, Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXV, 1, p.57-82.

PRAT R., 2013, Prendre une voix dans ses bras, *Enfances & Psy*, 2013/1 N° 58, p. 29-39.

VIVES J.-M., Comment la voix vient-elle aux enfants ?, *Enfances & Psy*, 2013/1 N° 58, p. 40-50.

Mémoire :

LOUCHE Anaïs, La voix, entre deux en psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1, 2011.

Références électroniques :

<http://praxematique.revues.org/932> : Gabrielle Konopczynski, « La voix : monosupport ou multisupport ? », *Cahiers de praxématique*, 49, 2007, document 1, mis en ligne le 01 décembre 2012.

patrick-adrien-yoga.blogspot.fr

Vu à Grenoble le 2 mai 2015

Par le maître de mémoire

Madame Odile Oudomphong, psychomotricienne

A blue ink signature or scribble, consisting of several overlapping horizontal strokes, located in the center of the page.

Eve CLAMEN

L'EXPLORATION DE LA VOIX EN PSYCHOMOTRICITE : UN CHEMIN VERS SOI ET VERS LES AUTRES

Mémoire de psychomotricité – UCBL-ISTR- Lyon 2015

RESUME

La voix, intrinsèquement liée au corps, transcrit l'ensemble de ce que vit la personne, en particulier ses émotions. Reposant sur le souffle, elle trouve sa genèse dans les interactions précoces de l'enfant avec son environnement. La voix de chacun se déploie en s'accompagnant progressivement de gestes, prend son envergure en s'appuyant sur différentes modalités sensorielles et acquiert des spécificités qui en font un élément éminemment personnel. Se situant à la croisée du physique et du psychisme, la voix devient alors tant un moyen de se relier à son corps qu'un support pour l'affirmation de soi et le lien à l'autre.

Je présente dans ce mémoire comment la voix peut s'incarner ou, au contraire, faire défaut chez une adulte souffrant de troubles anxieux et dépressifs. De cette expérience je tire quelques propositions pour un dispositif de soin en psychomotricité fondé sur le travail de la voix.

MOTS-CLES

Voix – vibration – conscience corporelle – expression de soi – dispositif thérapeutique – narcissisme.