



HAL
open science

Comment l'imagerie guidée par la musique peut représenter un bénéfice dans le cadre de la prise en charge psychologique des patientes en obésité ?

Juliane Sublet

► To cite this version:

Juliane Sublet. Comment l'imagerie guidée par la musique peut représenter un bénéfice dans le cadre de la prise en charge psychologique des patientes en obésité ?. Psychologie. 2024. hal-04634634

HAL Id: hal-04634634

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04634634v1>

Submitted on 4 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Travail d'Étude et de Recherche

**Comment l'imagerie guidée par la musique peut représenter un bénéfice dans le cadre
de la prise en charge psychologique des patientes en obésité ?**

Par **Juliane SUBLET**

Master 1 Modèles Psychodynamiques, Démarches Diagnostiques et Thérapeutiques

Sous la direction de Madame **Ariane Bazan**

Professeure des Universités - Psychologie Clinique et Psychopathologie

Directrice du Laboratoire INTERPSY – UR 4432

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Mme Ariane Bazan pour son encadrement dont les recommandations ont été précieuses pour mes réflexions.

Je remercie Mr Juan Pablo Robledo Del Canto pour ses conseils et pour nos échanges pianistiques.

Je remercie chaleureusement Mme Bauchet qui m'a permis de mener à bien ce projet au sein de mon stage de M1 et qui m'a soutenue tout au long de l'année.

Je remercie Mr Evrard pour son soutien et pour son ouverture envers de nouvelles perspectives de recherche, m'ayant permis de réaliser un travail qui me tenait à cœur personnellement.

Mes remerciements s'adressent enfin à mes proches et à celles et ceux qui par leurs relectures m'ont été d'une grande aide.

Merci à Lisa, Sarah, Oriane, Coline, Diane, Zoé, Jules, Léa, Elodie, Elisa, Emilien et Suzy.

Merci à Mr Ouvrard pour m'avoir permis de jouer le 2^e mouvement du concerto de Ravel à l'Auditorium du conservatoire de Nancy.

Merci à ma sœur, à ma mère et à ma grand-mère qui ont toujours cru en moi.

Résumé

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons étudié l'utilisation de l'imagerie guidée par la musique au sein de la prise en charge psychologique de trois patientes en obésité. Nous nous sommes penchées sur les thématiques du traumatisme mais aussi celle des émotions, inhérentes à notre méthode de thérapie à dominante musicale mais aussi à la psychopathologie de l'obésité. A travers nos entretiens cliniques, nous avons pu retrouver des éléments relevant de ces thématiques. Nous avons également observé les différents mécanismes impliqués par notre outil de médiation. Nous nous sommes intéressés particulièrement aux processus de contenance et d'enveloppe sonore que nous avons retrouvé au sein de notre recherche. Enfin, nous avons abordé la méthode d'imagerie guidée par la musique dans une perspective clinique et thérapeutique. Celle-ci représente une approche innovante et prometteuse pour la prise en charge psychologique des patients en obésité. Cette étude nous a permis d'éclairer les implications cliniques de cette technique et d'ouvrir de nouvelles perspectives pour la poursuite des recherches.

Abstract

As part of our research, we studied the use of Guided Imagery and Music in the psychological care of three obese patients. We focused on the themes of trauma and emotions, inherent to our method of music-based therapy, but also to the psychopathology of obesity. Through our clinical interviews, we were able to find elements of these themes. We also observed the various mechanisms involved in our mediation tool. We were particularly interested in the processes of containment and sound envelopment that we found in our research. Finally, we looked at the music-guided imagery method from a clinical and therapeutic perspective. This represents an innovative and promising approach to the psychological management of obese patients. This study has enabled us to shed light on the clinical implications of this technique and open up new perspectives for further research.

Sommaire

Introduction	9
Revue de littérature	11
L'Obésité : contexte et enjeux cliniques.....	11
Traumatisme et Obésité	12
Historique et définition de la Musicothérapie	13
L'imagerie guidée par la musique.....	15
Intérêts thérapeutiques de la séance GIM	17
Contenance et enveloppe sonore	18
Apport à la séance GIM	20
Problématique	21
Hypothèses.....	22
Méthodologie	23
Sujets.....	23
Matériel.....	23
Procédure.....	24
Résultats	26
1. Patiente 1 Mme H.....	26
1.1. Éléments d'anamnèse	26
1.2. Analyse de l'entretien de recherche de Mme H	27
1.3. Analyse thématique Mme H	29
2. Patiente 2 Mme F	31
2.1. Éléments d'anamnèse	31
2.2. Analyse de l'entretien de recherche de Mme F.....	31
2.3. Analyse thématique Mme F.....	33
3. Patiente 3 Mme J.....	35
3.1. Éléments d'anamnèse	35
3.2. Analyse de l'entretien de recherche de Mme J.....	36
3.3. Analyse thématique Mme J.....	37
Analyse et Discussion.....	39
1. Thématiques	39
1.1. Thématique du traumatisme	39
1.2. Thématique des émotions.....	42
2. Mécanismes.....	43
2.1. Contenance et enveloppe sonore	43
2.2. Contenance de la musique	43
2.3. Contenance du thérapeute et contre transfert	44
3. Perspective clinique et thérapeutique	46
3.1. Le concept de catharsis.....	46
3.2. Le morceau choisi.....	48
3.3. Alliance thérapeutique	49

3. 4. Problématique de l'état-limite	50
Conclusion	52
Limites	52
Ouverture	54
Postlude	55
La vérité	55
Contre-transfert.....	57
Bibliographie.....	58
Annexe 1 : Trame d'entretien de bilan	67
Annexe 2 : Trame d'entretien de recherche.....	68
Annexe 3 : Patiente 1 Mme H	70
1. Analyse de l'entretien de bilan de Mme H	70
2. Entretien de recherche Mme H.....	71
Annexe 4 : Patiente 2 Mme F	75
1. Analyse de l'entretien de bilan Mme F.....	75
2. Entretien de recherche Mme F	76
Annexe 5 : Patiente 3 Mme J.....	81
1. Analyse de l'entretien de bilan de Mme J	81
2. Entretien de recherche Mme J	82

Introduction

Dans le cadre de mon stage de Master 1 dans le service Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition du CHRU de Nancy, j'ai suivi des patients en obésité pris en charge dans le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) et/ou au sein de l'Unité Multidisciplinaire de Chirurgie de l'Obésité (UMCO). Les patients sont accueillis par une équipe pluridisciplinaire experte : nutritionniste, psychiatre, psychologue, diététicienne, responsable APA (activité physique adaptée), infirmière ou encore chirurgien. Dans ce cadre, des bilans psychologiques sont proposés aux nouveaux patients du service qui viennent en hôpital de jour à la demande des autres praticiens du service ou des patients eux-mêmes. Des suivis thérapeutiques sont assurés pour les patients qui le souhaitent, ce qui nous intéresse directement pour cette recherche.

Il faut savoir que l'obésité représente un réel enjeu sociétal. D'après le Ministère de l'Economie et des Finances, le coût social de la surcharge pondérale avoisinait 20 Milliards d'euros en 2012. De plus, selon une Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, l'obésité concernait 17% des adultes en France en 2015 et cela ne cesse de croître. Les causes de l'obésité sont complexes ; elles résultent de l'intrication de plusieurs facteurs : alimentaires, génétiques, épigénétiques et environnementaux qui seraient impliqués dans son développement et sa progression (Inserm, 2017). Bien que les déterminants comportementaux et psychologiques aient été mis « *un temps au second plan par rapport aux problèmes somatiques* », il est maintenant admis qu'ils « *occupent une place centrale* » (Basdevant, 2011).

D'après les recherches, les psychopathologies associées à l'obésité sont nombreuses (Matthieu, 2018). Par exemple, le risque de développer une dépression durant la vie lorsque l'on est une personne en situation d'obésité est 2,41 (2,25-2,58) fois plus grande que dans la population générale (Backman et al., 2016). Malheureusement, les programmes de prise en charge de l'obésité ne sont pas toujours suivis par les patients en raison de nombreux problèmes d'ordre psychologique tels qu'une mauvaise image de soi et des préjugés sur le poids (Puhl & Heuver, 2009). Dès lors, il paraît nécessaire de s'intéresser davantage à la prise en charge psychologique de l'obésité et de poursuivre les recherches sur cette question.

Dans le service du CHRU de Nancy, une équipe pluridisciplinaire encadre les patients en obésité. Les psychologues proposent des séances d'art-thérapie ainsi que des séances d'hypnose ce qui nous a rapidement mené à questionner l'intérêt des médiations thérapeutiques

dans le cadre de la prise en charge psychologique de ces patients. Plusieurs revues de littérature soulignent l'intérêt de la musicothérapie dans le cadre d'une prise en charge psychologique que ce soit pour des patients présentant des symptômes dépressifs (Aalbers et al., 2017), des addictions (Ghetti et al., 2022) ou encore en état de stress post-traumatique (Landis-Schack, 2017). La musicothérapie est une médiation qui ne présente pas (Lecourt, 2011) ou du moins, ne présente que de très rares contre-indications (Verdeau-Paillès, 1981). Cette médiation thérapeutique se trouve associée à d'autres interventions (soins physiques, chimiothérapie, etc.) et à d'autres relations soignant-soigné qui toutes participent à leur niveau, aux effets observés (Lecourt, 2011). Cela vaut d'autant plus dans le cadre des patients en obésité dont la prise en charge est pluridisciplinaire.

Les techniques de musicothérapie sont très nombreuses. Même si « choisir c'est renoncer » (Gide, 1987), notre réflexion s'est portée sur la pertinence d'une technique de musicothérapie spécifique pour les patients. Nous avons dû prendre en compte les moyens et les possibilités du service qui ne propose pas de subventions aux psychologues pour cela. A travers nos recherches, nous avons perçu qu'une technique de musicothérapie sortait du lot et prenait de l'ampleur dans la littérature comme dans la pratique depuis quelques années. L'imagerie guidée par la musique présente un intérêt spécifique pour les patients ayant des comorbidités diverses dont la dépression, l'addiction (Murphy & Ziedonis, 2015), le traumatisme (Blake & Bishop 1994) ainsi que les troubles psychosomatiques qui sont fréquents chez les patients en obésité (Mathieu, 2018). Nous avons alors trouvé pertinent de porter notre recherche sur cette méthode. Notre réflexion portera sur sa pertinence dans le cadre de la gestion des émotions ainsi que du traumatisme chez les patients en obésité dans l'idée que de tous les arts, la musique est celui qui touche le plus directement à la sensibilité et celui qui possède la « *plus grande capacité d'émouvoir* » (Rouget, 1980, p. 430).

Une précision également sur le terme de musicothérapie qui représente un titre protégé ainsi qu'une discipline à part entière depuis 2010 (Forestier, 2011). En effet, l'idée était de différencier la « cure par la parole » de la musicothérapie, au sens où une séance de musicothérapie peut se dérouler sans prononcer un mot puisque la musique fait langage à part entière. Dès lors, il convient de préciser que sur le plan méthodologique nous nous plaçons dans un cadre de thérapie à dominante musicale à travers la technique d'imagerie guidée par la musique. Cette différenciation restant récente, le cadre théorique utilisé ainsi que des références concernant la musicothérapie seront forcément présentes pour alimenter nos connaissances sur le sujet.

Revue de littérature

L'Obésité : contexte et enjeux cliniques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé¹, le surpoids et l'obésité sont définis comme une « *accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé* ». Selon l'Inserm², l'obésité correspond à un excès de masse grasse et à une modification du tissu adipeux, entraînant des inconvénients pour la santé et pouvant réduire l'espérance de vie. On considère qu'une personne est en surpoids lorsque son indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25 et qu'elle est obèse lorsque celui-ci est supérieur à 30 (World Health Organization, 2020). Cependant, il est nécessaire de prendre en compte que l'IMC comporte quelques limites. En effet, il ne tient pas compte d'autres éléments comme l'âge de constitution de l'obésité, son ancienneté, la répartition corporelle, la répartition du tissu adipeux (Basdevant, 2011). Dès lors, les scientifiques se sont intéressés à des techniques plus poussées comme le DEXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry) permettant de rendre compte de la masse grasse, de la masse maigre ainsi que du contenu minéral osseux.

D'un point de vue psychodynamique, la théorie de Pierre Marty (1990-1991) propose de penser l'obésité comme une maladie psychosomatique. Les sujets en situation d'obésité

« souffriraient d'une difficulté de mentalisation des affects et trouveraient consécutivement dans l'acte alimentaire, l'échappatoire permettant la libération de l'énergie pulsionnelle »

(Mathieu, 2018). Ce chercheur souligne que l'obésité ne relève pas que d'une seule causalité, comme nous le disions précédemment.

On sait également que l'obésité entraîne des risques importants de complications aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychologique. La liste est longue : diabète, athérosclérose, insuffisance cardiaque, accidents vasculaires cérébraux, apnée du sommeil, stéatose hépatique, lésions articulaires dégénératives (en particulier celles qui affectent les genoux et les hanches), certains cancers, la dépression et les troubles anxieux, les problèmes de fertilité (Olszaniecka-Glinianowicz, 2021).

¹ https://www.who.int/fr/health-topics/obesity#tab=tab_1, consulté le 13/01/2024

²

<https://www.inserm.fr/dossier/obesite/#:~:text=L%27ob%C3%A9sit%C3%A9%20concerne%20aujourd%27hui,a%20presque%20tripl%C3%A9%20depuis%201975.,> consulté le 13/01/2024

Récemment, les chercheurs se sont davantage penchés sur les conséquences psychologiques de l'obésité. Ainsi, on a observé une détérioration de la qualité de vie des patients avec généralement une perte de confiance en soi, une perte d'estime de soi et une tendance au repli sur soi mais aussi à l'isolement, voire à l'exclusion qui en est l'une des premières conséquences (Basdevant, 2011). D'autres auteurs estiment que la diminution de l'estime de soi sur le long terme (Schiltz & Brytek-Matera, 2013) est fortement induite par l'insatisfaction corporelle (Sudres et al., 2013). Cette insatisfaction est la plus grande motivation du désir de perte de poids, au fur et à mesure de l'augmentation pondérale (Sudres et al., 2013). On retrouve également dans la littérature des sentiments de honte et de culpabilité (Westermann, Rief, Euteneuer, & Kohlmann, 2015) qui conduisent à un désir de reconnaissance et d'acceptation. Cela correspond au désir d'être identifié comme individu « normal » au sein de la société (Schiltz & Brytek-Matera, 2013).

Traumatisme et Obésité

Le traumatisme vient du grec *traumatismos*, relevant de l'acte de blesser. Il se différencie du trauma représentant la blessure (Mathieu, 2018). Ainsi, le traumatisme psychique repose sur la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme et provoquant des perturbations psychologiques transitoires ou définitives (Crocq, 2007).

Le DSM-V définit l'état de stress post-traumatique à partir de critères associés à l'évènement et ayant débuté après la survenue du ou des évènements traumatiques en cause à savoir : l'exposition à la mort effective, la présence d'un ou plusieurs symptômes envahissants mais aussi l'évitement persistant des stimuli associés à l'évènement, des altérations négatives des cognitions et de l'humeur, des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité. De plus, l'état de stress post-traumatique entraînerait une souffrance durant plus d'un mois et cliniquement significative ou altérant le fonctionnement social ou professionnel de l'individu sans être imputable aux effets physiologiques d'une substance.

D'un point de vue psychodynamique, le traumatisme peut être aussi bien issu d'un évènement réel que d'un évènement psychique relevant de l'angoisse, des souvenirs ou des fantasmes (Dumet & Ferrant, 2009).

La notion de traumatisme peut être complétée par celle de « Life Adverse Experience » comprenant les abus, les négligences et les dysfonctionnements familiaux (Palmisano et al., 2016).

Dans la littérature, nous retrouvons une association forte entre les troubles alimentaires à l'âge adulte et les abus sexuels infantiles (Palmisano et al., 2016). Or, les troubles du comportement alimentaire compulsifs sont fréquents chez les patients en obésité, entre 31,2% à 78,5 % selon les études (He et al, 2017; Mitchell et al., 2015; Quenot et al., 2012). Les chercheurs établissent également des liens entre le Binge Eating Disorder et des traumatismes tels que des abus psychologiques, négligences psychologiques et négligences physiques (Allison et al., 2007).

Joris Mathieu a effectué une thèse avec des patients suivis dans le cadre de leur parcours de chirurgie bariatrique (avant, pendant et après la chirurgie de l'obésité). Ainsi, 75% des patients en obésité de l'étude auraient eu au moins une psychopathologie sur leur vie entière telle que dépression, anxiété, addiction, tentative de suicide ou encore binge eating disorder. Cette population est également sujette aux addictions, notamment au tabac pour 13,36 % d'entre eux (Marín-Navarrete et al., 2016).

Dans cette perspective, les recherches montrent l'importance de la prise en charge sur le plan psychologique des patients en obésité (Mathieu, 2018). Dans notre recherche, nous allons nous intéresser à la médiation par la musique.

Historique et définition de la Musicothérapie

A la lecture de l'ouvrage *Les médiations thérapeutiques par l'art*, écrit par Frédéric Vinot et Jean-Michel Vivès (2014, p .264), nous trouvons l'idée suivante : « *il n'existe pas de musicothérapie* ». Cette réflexion porte sur la définition de cette pratique c'est-à-dire ce qu'elle est ou plutôt ce qu'elle n'est pas. En effet, on retrouve des vertus thérapeutiques de la musique depuis la nuit des temps. Mais pourrait-on assimiler le chanteur Orphée qui calme les divinités infernales tout en chantant une douce mélodie à de la musicothérapie ? Selon les chercheurs, l'aspect historique a son intérêt pour comprendre d'où vient cette pratique et ce qu'elle est aujourd'hui (Caïn et al., 1982). Dans l'Ancienne Egypte le papyrus d'Ebers contenait autant de formules magiques que de drogues : « *au moment où le malade prenait sa médecine, il devait prononcer l'évocation appropriée en la chantant* ». Chez les Grecs anciens, la musicothérapie « *permettait [...] d'obtenir de bons résultats selon les sujets, dans les domaines affectifs, mentaux et psychologiques* » (Weber, 1982, p. 25). A l'époque baroque, le musicien Marin Marais écrivit douze sonates pour clavecin intitulées « *les bizarreries de la goutte afin de calmer la souffrance engendrée par cette maladie* » (Jost, 1990). Liée au concept de transe, la musicothérapie a également un caractère universel. On la retrouve dans toutes les cultures, le vaudou en Haïti, le n'doep en Afrique ou encore le candomblé au Brésil (Rouget, 1980). Vinot

et Vivès (2014) parlent même parfois d'une certaine idéalisation des pouvoirs de la musique et de sa magie.

Les spécialistes de musicothérapie s'accordent sur son introduction officielle en psychiatrie par son fondateur, Philippe Pinel, au tout début du XIX^e siècle (Lecourt, 2001). Pinel, pensant que la folie a pour origine un dérèglement des passions, est persuadé que la musique pourra contribuer à les réguler et à les harmoniser. Esquirol emmène alors des aliénés au spectacle en organisant des concerts à la Salpêtrière avec des professeurs et des élèves du conservatoire de musique mais il reste déçu par le peu de portée de cette tentative et s'en étonne (Vinot & Vivès, 2014). Au XX^e siècle, les recherches scientifiques sur les effets de la musique se poursuivent et se multiplient, notamment sur les rapports entre affects et écoute musicale (Cattell, 1954). Certains auteurs se lancent dans la psychologie de la musique d'orientation expérimentale/clinique (Zenatti, 1994).

Le champ des techniques psychomusicales est très vaste. Il est nécessaire de différencier ces techniques de la musicothérapie mais aussi de la thérapie à dominante musicale utilisée dans un cadre de psychologie clinique. L'association américaine de musicothérapie décrit

« une profession spécifique de santé dans laquelle la musique est utilisée dans une relation thérapeutique afin de répondre aux besoins physiques, émotionnels, cognitifs et sociaux des individus [...] ».

Comme Vinot et Vivès (2014, p. 264) le disent bien, *« Personne ne s'aviserait de soutenir que la seule écoute de la musique pourrait être thérapeutique »*. La musicothérapie se situe dans un cadre médical et la musique en constitue l'outil thérapeutique (Vrait, 2018).

Dans les années 70, Edith Lecourt introduit la musique dans la thérapie psychanalytique à travers le concept d'improvisation comme association libre, à analyser dans la dynamique transférentielle. La musicothérapie s'est beaucoup intéressée et reste encore une démarche pertinente auprès des patients psychotiques et autistes (Jost, 2001 ; MacDonald, 1999). Edith Lecourt développe son utilisation dans le cadre des troubles du comportement (instabilité, trouble de l'attention, anxiété, etc.), les difficultés d'expression, de communication. Elle élargit ensuite sa réflexion à d'autres problématiques puisque selon elle, un travail de communication sonore/musicale ouvre à des prises de conscience et des remaniements très intéressants. Ainsi, les problématiques relevant de la perte, de la séparation, des limites de des problématiques narcissiques sont tout aussi concernées. En effet, la question de l'expérience sonore est à la base de toutes ces pratiques ; or celle-ci est caractérisée par le manque de limites physiques et la nécessité d'un travail psychique pour organiser cette matière sonore. De même les questions de l'idéal, de la toute-puissance, sont associées à ce « pouvoir » généralement attribué à la

musique. Il existe donc des spécificités de la musicothérapie à partir de la question du sonore et du musical qui la distingue de celle de toute autre pratique d'art-thérapie (Lecourt, 2011).

Cela étant dit, la musicothérapie est donc un outil intéressant avec tout type de patients ou de demandes. Cela correspond au besoin des patients en obésité dans le cadre de leur prise en charge psychologique. Mais là encore, il faut revenir à l'aspect de définition de la musicothérapie. En effet, les recherches liant musicothérapie et obésité nous mènent à la méta-analyse de Witusik et al. en 2023 qui confirme l'effet positif de la musicothérapie, à la fois sur la perte de poids ainsi que le maintien d'un apport calorique adéquat en nourriture. Mais ici encore, les chercheurs considèrent l'obésité comme une mauvaise balance énergétique entre apport nutritionnel et activité physique. Dès lors, augmenter l'activité physique prévient le développement de l'obésité. Or, pour certains patients, la musique incite à bouger et l'activité physique même très faible conduit à l'amélioration de la santé des patients en obésité. Pourtant, si nous revenons à notre définition de la musicothérapie, bien que ces recherches soient très encourageantes pour les patients en obésité, ces éléments de littérature ne correspondent pas à notre sujet. Encore une fois, nous nous penchons ici sur la dimension psychique des individus et sur l'utilisation de la musique comme médiation thérapeutique. Dans les faits, les recherches sur notre sujet sont rares voire inexistantes. L'obésité est un sujet qui reste jusqu'à présent très médicalisé, la prise en compte de l'aspect psychologique est relativement récente (Mathieu, 2018) tout comme les thérapies à dominante musicale le sont vis-à-vis de leur démarcation de la musicothérapie (Forestier, 2011).

L'imagerie guidée par la musique

Les techniques de musicothérapie sont très nombreuses et nous n'allons pas en faire ici l'inventaire. La difficulté, pour le néophyte, c'est qu'il n'existe pas une seule méthode de musicothérapie, mais de très nombreuses ce qui en fait la richesse de ce champ d'application, et son adaptabilité, mais aussi la complexité de la recherche dans ce domaine (Lecourt, 2011). Les méthodes peuvent se distinguer en fonction de différents facteurs : les activités proposées (audition, production), le matériel utilisé (instruments, sélections musicales), le public visé (âge, culture, pathologie), la situation relationnelle (individuelle, groupale, familiale).

L'imagerie guidée par la musique (Guided Imagery and Music) est un modèle de psychothérapie développé par Bonny en 1978 pour aider les patients en difficulté sur le plan psychologique et/ou émotionnel. À l'origine, la méthode GIM est décrite par Bonny comme un processus utilisant des techniques de relaxation et de la musique classique pour stimuler l'imagerie (*imagery* en anglais) en vue d'atteindre des objectifs thérapeutiques (Bonny, 1993).

Selon Bonny, la complexité de la musique solliciterait des images spontanées, des souvenirs, des sensations corporelles et fournirait une structure intégrale pour contenir l'expérience. Concrètement, le but est de faire écouter de la musique au patient et de le laisser y répondre de façon imagée à travers associations libres, histoires projectives, images, sentiments, sensations du corps ou encore souvenirs (Bruscia, 1987).

En 1994, Blake & Bishop décrivent une session individuelle de GIM selon Bonny en 5 étapes. Tout d'abord le Prélude dans lequel le thérapeute aide le client à identifier et à examiner les problèmes, les sentiments ou les événements qui le préoccupent ou qui sont importants pour le processus thérapeutique. Bonny parle de préparer le patient au « *voyage musical* ». Ensuite l'Induction où le thérapeute fait rentrer le patient dans un état de conscience altéré ou non ordinaire grâce à une technique de relaxation. Le but est de mettre l'accent sur une image, un sentiment issu du prélude et qui correspond également à l'ambiance et au caractère du programme musical sélectionné. Vient le moment de l'Imagerie musicale qui consiste à laisser le patient « imaginer la musique » et rendre compte de ce qu'il vit à intervalles réguliers. Le thérapeute essaie de soutenir et d'approfondir l'expérience du patient de la musique et de l'image, sans le guider ou l'orienter d'aucune façon. Bonny propose au thérapeute de poser des questions ouvertes de type « qu'est-ce que vous imaginez? » « pouvez-vous décrire ce que vous imaginez? », « comment vous sentez-vous? », « comment la musique sonne pour vous? ».

Dans le contexte GIM, les images peuvent être constituées de sensations corporelles, de visions, de sentiments, de souvenirs, de fantasmes, d'allégories, de métaphores, de symboles ou de toute variété d'expériences internes. Le thérapeute retranscrit ce que le patient exprime en temps réel. Cette partie de la séance se poursuit jusqu'à ce que le patient décide qu'il a le sentiment d'avoir terminé. Vient alors l'étape du Retour, le thérapeute aide le patient à sortir de l'expérience imaginaire et à entrer dans un état de conscience alerte et ordinaire, ici et maintenant. A l'issue de l'expérience, on parle de Postlude. Le patient et le thérapeute réfléchissent à l'ensemble de l'expérience et explorent sa signification pour le patient et le processus thérapeutique.

En 1987, Bruscia précise que cette méthode peut être utilisée de différentes façons. Cela signifie que l'on peut varier les styles de musiques mais aussi l'état de conscience du patient (altéré, relaxé, ordinaire). L'utilisation d'une forme d'hypnose n'est pas obligatoire et nous n'allons pas explorer ce champ dans notre recherche. Le thérapeute est libre dans son utilisation de la méthode dans le sens où il fait le choix d'intervenir verbalement ou non mais aussi d'utiliser la musique au premier plan comme au second plan.

Dans la lignée de Bonny, le genre musical prédominant de la méthode GIM est la musique classique. De plus, les recherches montrent que les musiques écrites par des compositeurs impressionnistes comme Ravel ou encore Debussy sont particulièrement intéressantes (Grocke & Moe, 2015). En effet, les caractéristiques stylistiques de la musique impressionniste, dont le timbre et le caractère lumineux permettent de créer une certaine atmosphère, encourageant et stimulant l'imagerie et invitant à un niveau d'expérience plus profond par la suite (Grocke & Moe, 2015). Le deuxième mouvement du concerto pour piano de Maurice Ravel fait partie de la liste des morceaux utilisés par Grocke et Moe dans le cadre de l'imagerie guidée par la musique. L'aspect impressionniste de ce morceau se retrouve dans certains traits notamment dans la partie centrale du mouvement même si ce mouvement n'est pas emblématique du courant impressionniste. De plus, les ressentis provoqués par la musique restent subjectifs. Les interprétations d'une musique proviennent de perspectives individuelles des auditeurs dans leur interaction avec l'œuvre, notamment par le concept de « floating intentionality » (Ingarden, 1986).

Intérêts thérapeutiques de la séance GIM

La méthode d'imagerie guidée par la musique (GIM) de Bonny montre des effets particulièrement positifs sur le plan psychologique. Une revue systématique de 2017 souligne l'efficacité de la méthode d'imagerie guidée par la musique autant sur le plan physique que psychologique (Cathy et al., 2017). Les chercheurs précisent que des recherches plus avancées sont nécessaires pour rendre compte de l'effet de l'imagerie guidée par la musique avec d'autres types de population. La revue de littérature de Bonny sur la méthode GIM montre de nombreuses modifications afin de « traiter » de manière responsable les personnes souffrant de maladies graves (par exemple de troubles psychiatriques) et de nouveaux programmes musicaux pour s'adapter au contexte temporel et culturel. Les chercheurs soulignent l'importance de la recherche sur cette méthode qui améliore son statut par rapport à d'autres méthodes thérapeutiques comparables.

Dans sa forme originale, la méthode Bonny d'imagerie guidée par la musique a été développée pour amener des parties cachées de l'inconscient à la conscience. Cela peut être utile pour les personnes ayant survécu à un traumatisme. Les troubles liés aux traumatismes se caractérisent par un manque de symbolisation des incidences traumatiques se traduisant pas des mécanismes de défense comme le refoulement et/ou l'intrusion. On retrouve parfois le traumatisme sous une autre forme, notamment dans la structure interne du patient par la présence d'introjects liés au traumatisme (Körlin, 2002).

Dans le cas de troubles du comportement alimentaire, les recherches montrent que les patients, dans le cadre de la thérapie, s'efforcent d'identifier les problèmes sous-jacents et peuvent se retrouver sans réponse (Heiderscheit, 2008). En effet, il peut s'agir d'émotions inconscientes, latentes ou refoulées, relevant du deuil et de la perte ou encore du perfectionnisme, de l'impuissance, des peurs ou des traumatismes (Heiderscheit, 2012, 2013b). On observe alors que l'esprit est utilisé pour contrôler, dominer ou ignorer le corps et que l'esprit en lui-même est nié (Grocke, 2023). L'intention thérapeutique de la méthode GIM est de rétablir un lien entre l'âme, le corps et l'esprit afin de contribuer au processus de guérison (Heiderscheit, 2013a).

Les praticiens de la GIM enrichissent leur pratique thérapeutique de concepts et de valeurs tirés de nombreux théoriciens, dont la théorie intégrale de Wilber, la théorie jungienne et la pleine conscience. Du point de vue jungien, l'idée est d'accéder à l'inconscient pour amener ce qui s'y trouve à la conscience (Jung, 1962). Cette approche favorise un sentiment de plénitude chez le patient car il permet de fournir un espace contenant qui soulage. Ainsi, Jung pensait que le processus créatif contribuait au processus de guérison (Jung, 1960). Du point de vue humaniste, nous retrouvons l'importance de la compréhension de soi dans la méthode GIM. Cette méthode favorise la collaboration entre le thérapeute et le patient, permettant à ce dernier d'apporter son expérience vécue (Schneider, Bugental et Pierson, 2002) et de l'associer à la connaissance du thérapeute. En outre, ce processus met l'accent sur le désir de l'individu d'explorer et de réaliser son potentiel (Goldstein, 1995).

Contenance et enveloppe sonore

Selon Anzieu (1995), le psychisme se construit en s'étayant sur le vécu corporel. Son développement n'est possible que si le sujet a atteint une sécurité de base au niveau de sa peau. En continuité de la notion de fonction de la peau développée par Bick, Anzieu introduit le concept de Moi-Peau qui « répond au besoin narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base ». La sécurité de base exercée par la peau apparaît lors des premiers contacts du corps de l'enfant avec le corps de la mère. Ces premiers contacts permettent à l'enfant de percevoir sa peau comme une surface. Ainsi, s'instaure la sensation d'une limite entre intérieur-extérieur mais aussi la sensation d'une intégrité corporelle. Par analogie à la peau qui enveloppe tout le corps, Anzieu (1994) décrit le Moi-Peau comme enveloppant tout l'appareil psychique. Le Moi-Peau serait l'écorce et le Ça pulsionnel correspondrait au noyau de l'appareil psychique. Pour assurer une continuité dans la sensation de Soi, une complémentarité entre l'écorce et le noyau doit s'établir. C'est-à-dire que pour que

l'écorce existe, elle doit avoir des pulsions et des affects à contenir ; cependant pour que ces pulsions et affects apparaissent, des limites pour les contenir doivent être en place également. Anzieu (1995) précise cette distinction entre le contenant, réceptacle passif permettant l'accumulation et la conservation des affects et le conteneur actif (proche de la capacité de rêverie maternelle de Bion) qui « élabore, transforme et restitue ces mêmes affects mais rendus représentables ».

Anzieu n'utilise pas directement le terme "enveloppe sonore" mais son concept du "Moi-Peau" peut être appliqué à la perception et l'expérience de la musique. Le "Moi-Peau" représente la première interface entre le Moi et le monde extérieur, agissant comme une enveloppe psychique qui protège et contient le Moi, tout en permettant les interactions avec l'environnement. En appliquant cette idée d'enveloppe à la musique, certains chercheurs (notamment Edith Lecourt) ont suggéré que l'auditeur crée une sorte d'enveloppe sonore autour de lui, une dimension psychique où les sons sont ressentis, interprétés et intégrés à l'expérience musicale. Cette enveloppe sonore peut être influencée par divers facteurs tels que le style de musique, l'acoustique de l'environnement d'écoute, les émotions de l'auditeur et ses expériences antérieures avec la musique. Elle contribue à façonner la manière dont l'auditeur perçoit et interagit avec la musique créant de cette manière une expérience sonore subjective.

De nombreux auteurs de musicothérapie parlent de la musique en tant que « contenant ». Dans le cadre de l'imagerie guidée par la musique, on parle même de « contenance de l'expérience de l'image ». En 1989, Bonny explique que la structure de la musique permettrait de « contenir confortablement » une expérience émotionnelle et constituerait ainsi un « centre vital pour l'ancrage personnel » (1989, p. 7). Les travaux de Bion (1962) abordent cette question du confinement des émotions dans le cadre de la relation mère-enfant où la mère contient les projections de l'enfant. Le parent contient les explosions émotionnelles du jeune enfant (comme les crises de colère) d'une manière sûre. Si l'on applique ce principe à la musique dans le cadre de la technique GIM, celle-ci permet de contenir l'expérience de l'imagerie de différentes manières.

Lors de la sélection de la musique pour la GIM, les praticiens prennent en compte la structure du programme musical mais aussi sa capacité à « contenir » l'expérience du client (Bonny, 1989 ; Goldberg, 1992 ; Summer, 1992, 1995, 2002). La musique a un potentiel de "petit contenant" par sa structure (Grocke, 2023). Les lignes mélodiques sont prévisibles, les structures harmoniques et rythmiques soutiennent et il y a peu de fluctuations dans la dynamique. Dans le cas où le patient est submergé par l'émotion (comme la tristesse) ou encore dans le cas de traumatisme, la musique va contenir l'expérience.

En fonction du type de patient et de sa demande, il peut être intéressant de proposer un contenu musical plus large avec davantage de variétés dans la dynamique qui encourage l'exploration des émotions.

Apport à la séance GIM

D'après la thèse de Reymond (2006), le geste d'offrir de la musique peut être aussi un acte thérapeutique en soi. Si le patient lui-même apporte un disque en séance, il montre qu'il a une existence propre, une volonté, des intérêts, un désir de partage, une représentation de l'autre, etc. En ce sens, « *si le patient peut révéler ainsi une partie de lui, c'est qu'il est bien vivant* ». Nous proposerons donc au patient de choisir une musique à amener en séance.

En effet, sur les conseils d'Anzieu (2003) certains auteurs préconisent de ne pas parler durant les dernières minutes de la séance pour que le patient ait le loisir de réagir à l'interprétation et éventuellement d'en intégrer les effets. Cela peut être le moment d'une autre musique de type relaxation ou un temps calme (Gaudin, 2015).

Problématique

Comme nous le disions précédemment, l'obésité est un sujet qui reste jusqu'à présent très médicalisé. La prise en compte de l'aspect psychologique en est relativement récente. Par notre revue de littérature, nous avons montré qu'il est nécessaire de s'intéresser davantage à la prise en charge psychologique de l'obésité et de poursuivre les recherches sur cette question. La question du traumatisme qui lui est liée nous paraît fondamentale suite aux recherches, notamment après la thèse de Joris Matthieu dont nous avons parlé ci-dessus. Nous nous demanderons donc comment la gestion des émotions liées au traumatisme peut impacter le comportement alimentaire des patients en obésité.

De plus, comme nous l'avons vu également, la musicothérapie et de manière plus précise l'imagerie guidée par la musique, présente un intérêt spécifique pour les patients en général ayant des comorbidités diverses comme par exemple la dépression, l'addiction, le traumatisme ainsi que les troubles psychosomatiques. Or ces comorbidités sont très fréquentes chez les patients en obésité. Aujourd'hui, les recherches portant à la fois sur la thérapie à dominante musicale et les patients en obésité sont inexistantes. Nous proposons alors de nous intéresser à ce sujet à travers la technique de l'imagerie guidée par la musique. Ainsi, nous nous demanderons en quoi cette technique s'inscrit dans une perspective clinique et thérapeutique.

Problématique générale : comment l'imagerie guidée par la musique peut représenter un bénéfice dans le cadre de la prise en charge psychologique des patientes en obésité ?

Problématique 1 : nous nous demanderons quels **éléments thématiques** vont ressortir dans le discours du patient durant la séance d'imagerie guidée.

Problématique 2 : nous nous demanderons quels **mécanismes** permettront de témoigner d'effets thérapeutiques de l'imagerie guidée par la musique.

De manière exploratoire, nous nous demanderons comment des **effets thérapeutiques** pourront se manifester à travers les entretiens.

Hypothèses

Hypothèse générale : nous supposons que les conditions de notre recherche favoriseront l'expression des émotions traumatiques ainsi que l'émergence de phénomènes de contenance et d'enveloppe sonore qui contribueront à la manifestation d'effets thérapeutiques.

Thématiques

Hypothèse 1a : nous nous attendons à retrouver dans le discours du sujet des éléments relevant de la thématique du **traumatisme**.

Hypothèse 1b : nous nous attendons à retrouver dans le discours du sujet des éléments relevant de la thématique des **émotions**.

Mécanismes

Hypothèse 2a : nous nous attendons à retrouver des éléments relevant du mécanisme de **contenance**.

Hypothèse 2b : nous nous attendons à retrouver des éléments relevant du mécanisme **d'enveloppe sonore**.

Méthodologie

Notre recherche est qualitative transversale. Elle se place dans une démarche exploratoire, impliquant ici un manque de contrôle méthodologique dont nous avons conscience.

Sujets

La recherche que nous avons menée s'est effectuée avec trois sujets : Mme H, Mme F et Mme J. Dans un souci de confidentialité, ces patientes sont anonymisées. Ce sont trois patientes en obésité prises en charge au sein du service Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition du CHRU de Nancy. Elles ont rencontré les différents praticiens du service en hospitalisation de jour. Elles ont eu plusieurs entretiens de bilans avec le médecin, la diététicienne ainsi que la psychologue. J'ai pu voir ces trois patientes individuellement, sans ma tutrice de stage, pour effectuer l'entretien de bilan. Je les ai ensuite recontactées pour décider de la date de la séance dédiée à l'imagerie musicale que nous nommerons ici entretien de recherche.

Matériel

Pour mener à bien notre recherche, nous avons choisi une méthode qualitative afin de recueillir nos données. Plus précisément, nous avons fait passer deux entretiens semi-directifs pour chaque patiente. Pour l'entretien de bilan, nous avons préparé une trame d'entretien (Annexe 1). Celle-ci comporte les différentes questions auxquelles l'entretien de bilan doit répondre, afin de pouvoir décider avec la patiente de la suite de la prise en charge sur le plan psychologique. Pour l'entretien de recherche, nous avons également préparé une trame d'entretien comportant les différentes étapes de la méthode GIM (Blake & Bishop, 1994), ainsi que des questions permettant de guider la patiente si besoin (Annexe 2).

L'entretien clinique nous a permis d'accéder à des informations subjectives comme l'histoire de vie et les émotions de la personne. Tout cela va témoigner de la singularité du sujet et de sa complexité. Nous avons décidé d'utiliser un entretien semi-directif. Nous avons donc laissé parler librement chaque patiente en gardant en tête des questions plus précises utilisées comme « relances » pour approfondir leur discours. Aussi, nous ne voulions pas que notre sujet ait l'impression de passer un interrogatoire, sachant que la séance pourrait faire resurgir des éléments difficiles. Il n'était pas question de tenter d'influencer le discours de la patiente. Afin de pouvoir retranscrire l'entretien, nous avons enregistré avec un téléphone portable, après avoir

demandé à chaque patiente son autorisation. Afin d'analyser nos résultats, nous avons utilisé l'analyse thématique selon Paillé et Muchielli (2021).

Nous proposons en amont à chaque sujet de choisir une musique à amener en séance. La décision revient au participant. La question est posée une deuxième fois juste avant d'écouter la musique, dans le cas où ils auraient changé d'avis entre temps. Le sujet est libre de choisir n'importe quel style de musique, avec ou sans parole. Aucune consigne particulière concernant le choix n'a été donnée si ce n'est une contrainte de temps (maximum 5 minutes). Nous demanderons au cours de l'échange la ou les raisons de ce choix qui nous intéresseront particulièrement.

Durant l'imagerie musicale, le morceau imposé sera le même pour tous les participants, à savoir le second Mouvement du Concerto pour piano en Sol Majeur de Maurice Ravel (par Javier Perianes et l'orchestre de Paris dirigé par Joseph Pons).

Procédure

Lors de la rencontre avec chaque patiente, nous nous sommes installées dans le bureau des psychologues du service. J'ai effectué l'entretien seule, sans présence de ma tutrice de stage. J'ai demandé à chaque patiente l'autorisation d'enregistrer avant de démarrer l'entretien. Les entretiens de recherche sont de durée variable, 45 minutes pour Mme F, 1h15 pour Mme H, 40 minutes pour Mme J.

Pour l'entretien de recherche, nous utilisons la version courte d'imagerie guidée par la musique, afin de pouvoir proposer une séance d'une heure au patient ; contrainte imposée dans le cadre du service.

Nous avons ici deux conditions expérimentales. Dans la condition expérimentale 1, nous avons alors choisi de débiter par l'imagerie musicale pour finir sur un temps calme avec le morceau choisi. Dans les deux conditions, nous retrouvons le même déroulé de séance, à l'exception de l'ordre. En effet, nous avons procédé à un contrebalancement afin de voir si l'ordre aurait un impact sur les résultats obtenus. Dans la condition expérimentale 1, nous commençons par la séance de GIM tandis que dans la condition expérimentale 2 nous finissons par celle-ci.

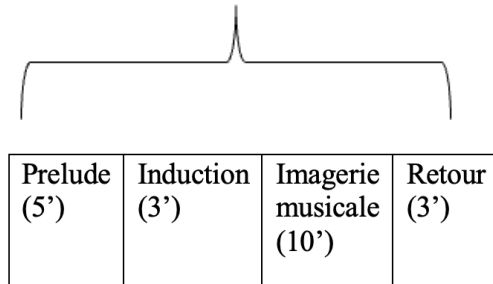
Concernant le déroulement de la séance, voir le schéma ci-dessous.

Condition expérimentale 1	Accueil	GIM séance courte (20')	Postlude /Echange (10')	Morceau choisi (5')	Echange (10-15')	Débrief (3')
---------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	---------------------	------------------	--------------

N=2

Condition expérimentale 2	Accueil	Morceau choisi (5')	Echange (10-15')	GIM séance courte (20')	Postlude /Echange (10')	Débrief (3')
---------------------------	---------	---------------------	------------------	-------------------------	-------------------------	--------------

N= 1



Résultats

1. Patiente 1 Mme H

1.1. *Éléments d'anamnèse*

Mme H est âgée de 23 ans. Elle est la dixième d'une fratrie de onze enfants. Elle décrit son enfance comme joyeuse. Née à La Réunion, elle a vécu en France entre 5 et 7 ans avant de retourner là-bas. Ses parents ont divorcé deux ans plus tard. En septembre 2022 elle décide de s'installer en France pour ses études supérieures à la suite de conflits avec sa mère à propos de sa deuxième grossesse non prévue. Mme H vit avec son conjoint et deux enfants en bas âge avec lesquels cela se passe bien. Son conjoint semble soutenant et elle peut se confier à lui en particulier à propos de ses soucis au travail.

Mme H dit avoir pris du poids à la suite de ses grossesses et de son implant contraceptif hormonal. Elle pèse aujourd'hui 113 kg. Elle ne comprend pas pourquoi elle ne perd pas de poids car elle dit bien manger et avoir une bonne activité physique, en particulier quand elle était à La Réunion. Elle explique qu'elle ne ressent plus la faim et se trouve beaucoup tentée par le fait de travailler en supermarché. Elle ne fait pas vraiment de lien entre alimentation et émotion.

Mme H décrit un stress important lié à des difficultés financières mais surtout à son travail. Elle est en formation cqp (certification de qualification professionnelle) commerce, suivant des cours à distance et travaillant en tant qu'hôtesse de caisse en supermarché. Elle explique vivre une situation très « toxique » avec ses collègues, supérieurs et clients. Mme H décrit avec beaucoup de détails une agression verbale de sa responsable, des conditions de travail précaires et des agressions fréquentes de la part des clients. Elle évoque avec beaucoup d'émotions le licenciement de sa collègue à qui elle s'identifiait beaucoup, venant de La Réunion également.

Mme H se projette bien dans l'avenir et évoque son envie de voyager puis de retourner vivre avec sa famille à La Réunion. Elle évoque avec beaucoup d'émotion son père malade qu'elle n'a pas vu depuis 5 ans. Elle dit être portée par sa religion qui représente un soutien pour elle au quotidien. Par ailleurs, elle n'a pas d'activités de loisir et sort peu.

Actuellement, Mme H dit se sentir bien sur le plan de l'humeur mis à part son stress au travail et souhaite prendre le temps de réfléchir par rapport à un suivi psychologique.

1.2. Analyse de l'entretien de recherche de Mme H

L'entretien de recherche contraste énormément avec l'entretien de bilan. D'abord du fait de l'émotion omniprésente. Mme H a pleuré pendant la majeure partie de la séance, particulièrement à l'écoute des musiques. Mme H était beaucoup plus ouverte, précisément quand elle a évoqué ses angoisses qu'elle n'avait pas pu aborder jusqu'à présent et qui la concernent directement : la peur de ne pas être comprise, la peur d'être à la merci de son conjoint mais aussi la peur de ne pas subvenir aux besoins de ses enfants, la peur d'échouer envers elle-même, la peur d'échouer envers le regard des autres et plus tard l'angoisse d'abandon vis-à-vis de son mari. Lors du premier entretien, elle avait beaucoup abordé la question de son travail mais aussi de sa collègue à qui elle s'identifie par projection. De cette façon elle parlait d'elle indirectement, pour se protéger en quelque sorte.

A cette séance elle se montre défensive en ce qui concerne la relation avec son conjoint. Elle ne veut pas montrer ses faiblesses, en particulier devant son mari. Il semble que l'imgo maternelle ait été collée sur lui. Sa mère est toute puissante, elle a fait « tout pour elle ». Son conjoint aussi l'a « sauvée ». Cette dissonance entre « je suis rien sans lui » et « je déteste être dépendante des autres » pose vraiment question. Sa passivité semble se lier à une forme de pulsion agressive. Elle est dépendante car elle ne peut pas faire autrement. Nous pouvons nous questionner sur son envie de redevenir comme avant ; ce qui peut être révélateur d'un conflit interne entre son envie de revenir à la Réunion et le besoin d'indépendance vis-à-vis de sa mère.

En début de séance, elle n'avait pas choisi de musique comme demandé au préalable. Au moment de l'écoute, elle choisit une musique d'Indila (Love Story). Nous pouvons nous demander ce qui lui a donné envie de choisir cette musique. Elle a pu être inconsciemment influencée par le morceau imposé ou par l'échange autour de celui-ci. La musique de son choix l'a amenée à élaborer sur plusieurs de ses relations, notamment celle avec ses enfants et celle avec son mari. Mme H a pu citer des paroles au mot près et cela rappelle les détails qu'elle donnait déjà dans le premier entretien. Elle relie les paroles avec le « résumé de sa vie ». Par exemple : « je serai riche et je te donnerai toute mon âme » lui fait penser à ses enfants pour qui elle veut « tout donner ». Puis, « si tu m'ignores je me battraï encore et encore », cela fait référence à son mari. Elle a peur de l'abandon, peur que « son mari la quitte », à entendre ici dans le sens qu'il décède. La confrontation avec l'idée du mot « mort » fait ressurgir chez elle une vague d'émotions.

Mme H explique qu'elle n'écoute pas beaucoup cette musique d'Indila ce qui peut paraître étonnant puisqu'elle cite les paroles avec précision. Habituellement, elle écoute des musiques de son pays qui semblent s'ancrer dans une dynamique identitaire. Cela renvoie ici à l'aspect ethnoculturel de la musique qu'il paraît nécessaire de prendre en compte dans un travail de thérapie à dominante musicale.

La thématique de la relation aux autres l'amène sur la mort de son oncle qui semble être un vécu assez traumatique. Nous pouvons nous questionner sur ce qu'elle fait entendre par le fait que (en parlant de son oncle) « les médecins l'ont tué ». Cet événement semble avoir été traumatique pour elle.

Cette séance semble avoir été très éprouvante pour Mme H. Au départ, elle a été très décontenancée par le fait de devoir parler par-dessus la musique. Ensuite, elle a énormément pleuré et n'a pas pu beaucoup verbaliser pendant l'écoute. Par contre, dans le postlude, nous pouvons voir que la musique lui a permis d'associer sur d'autres sujets que son travail même si elle y revient souvent, constituant comme un refuge.

Plusieurs thématiques ressortent de la séance ; d'abord ses angoisses, notamment une angoisse d'abandon vis-à-vis de son mari. Ensuite, la dynamique familiale ainsi que sa relation aux autres mais aussi le deuil de son oncle. Enfin, il semble important de souligner l'importance de l'émotionnel qui est ressorti tout au long de l'entretien. Mme H a beaucoup exprimé d'émotions à travers le corps et cela contraste avec le premier entretien où elle me semblait distante face aux émotions. Elle n'a pas pu élaborer davantage sur ce point ni nommer les émotions qu'elle ressentait mais il semble que cela était déjà beaucoup pour elle. Mme H a ajouté plus tard qu'elle pleurait souvent en écoutant de la musique

Mon contre-transfert a été tout de suite très maternant avec cette patiente. Je me rends compte que je dis fréquemment « un petit peu » au cours de la séance en réécoutant l'enregistrement, comme si j'avais peur de « l'offenser ». Comme au premier entretien, Mme H me paraît toute « maltraitée ».

Plusieurs fois, Mme H me pousse dans mes retranchements en s'adressant directement à moi ou pour avoir mon avis mais aussi de manière invective « comment vous faites pour ne pas pleurer ? ». Il semble qu'elle tente d'attaquer le cadre, ce qui était déjà le cas dans l'entretien de bilan, lors duquel elle s'est comportée de façon similaire.

1.3. Analyse thématique Mme H

Tableau 1 : Analyse thématique de l'imagerie musicale de Mme H

Thèmes majeurs	Sous-thèmes	Verbatim
Émotions	Pleurs	« Si souvent » (la musique la fait pleurer) « Non pas que là » « J'essaye d'arrêter mais ça veut pas »
	Rires (3 fois)	
Aspect musical	Berceuse	« c'est comme une berceuse »
	Mélodie	« C'est comme une mélodie »
Rôle de mère	Enfants	« là avec la chanson je pense déjà à mes enfants... parce que c'est comme une berceuse du coup automatiquement tu penses à tes enfants... »
	Grossesse	« parce que ça a été compliqué des grossesses tout ça »
Ressenti corporel	Cœur	« Euh... dans mon cœur... enfin je le ressens oui la musique... »
Rien		« rien »
Charge mentale	Charges	« beaucoup trop de charges je pense »
	Responsabilités	« beaucoup trop de responsabilités... »
	Charge mentale	« c'est plus charge côté euh... côté euh ... comment je pourrais dire ça ? ... charge mentale... »
Difficultés de la séance	Ne pas savoir	« Je sais pas » (3 fois)
	Déstabilisation	« écouter de la musique et réfléchir en même temps (...) j'ai pas l'habitude de faire ça » « C'est tout drôle »
	Compréhension des questions	« comment ça sonne ? comment ça ? » « J'ai pas compris la question »
	Ne pas entendre	« Hein » (deux fois)

Regard des autres	Ne pas aimer/avoir en horreur	« j'aime pas pleurer devant les gens que je connais pas ... c'est un truc j'ai horreur de ça, je sais pas mais... »
	Honte	« j'ai comme l'impression d'avoir honte »
	Habitude	« Parce que moi j'ai pas tendance à pleurer comme ça surtout devant les gens »
	Faiblesse	« Oui voilà j'aime pas montrer mes faiblesses et tout » « Mes yeux ils vont devenir tout rouges »

2. Patiente 2 Mme F

2.1. Éléments d'anamnèse

Mme F est âgée de 66 ans. Elle est la dernière d'une fratrie de cinq enfants. Elle entretient des liens très proches avec une de ses deux sœurs qui lui apporte beaucoup de soutien. Mme F a coupé tout contact avec son autre sœur depuis maintenant plus de quarante ans suite à un conflit familial.

Depuis les nombreux décès survenus dans la famille, des angoisses de mort se sont accentuées. Ses deux frères sont décédés, le plus jeune à la suite d'un accident de voiture quand elle avait 13 ans. Son père est décédé dans ses bras il y a 15 ans d'un cancer de la vessie. Sa mère est décédée 5 ans après de la maladie d'Alzheimer.

Mme F vit avec son mari avec qui elle dit bien s'entendre. Elle a eu avec lui deux enfants âgés aujourd'hui d'une trentaine d'années. Elle entretient avec eux des liens très proches et s'inquiète beaucoup pour eux mais aussi pour sa petite fille.

Mme F fait le lien entre son anxiété et des grignotages. Elle pense également que ses quantités d'aliments sont trop importantes lors des repas. Mme F dit avoir pris du poids de manière progressive à partir de ses grossesses. Après le COVID, elle dit avoir perdu 12 kg en un an à la suite d'un suivi par une diététicienne, kilos qu'elle a repris ensuite. Elle pèse aujourd'hui 118 kg.

Elle évoque avec beaucoup d'émotion la jeunesse difficile de sa mère, élevée par ses grands-parents à la suite du décès de sa mère et dont le grand-père était alcoolique. Elle décrit sa propre enfance comme tout à fait opposée mais il semble que son modèle d'éducation ne laissait pas place à l'expression des émotions qu'elle a toujours réprimées.

Mme F est à la retraite depuis quelques années. Elle était aide-soignante en chirurgie puis en stérilisation et entretient encore aujourd'hui de bonnes relations avec ses collègues. Elle dit aller une fois par semaine pratiquer l'aquagym avec sa fille. Elle occupe son temps libre par plusieurs activités de loisir et sort régulièrement voir des spectacles.

Actuellement, Mme F dit se sentir bien sur le plan de l'humeur et ne souhaite pas poursuivre de suivi psychologique.

2.2. Analyse de l'entretien de recherche de Mme F

Mme F semble parler de banalités, comme si elle mettait beaucoup à distance ses ressentis et émotions. Comme « tout va bien », selon ses dires, elle n'a peut-être pas souhaité

« travailler » sur ses angoisses de mort. Pourtant, la thématique du deuil transparait beaucoup, mais peut être de manière plus subtile que pour le premier entretien. Finalement, elle a apporté des éléments intéressants pour la compréhension de sa problématique, simplement d'une autre manière, beaucoup plus inconsciente et c'est sans doute pour ça que ce n'était pas évident à repérer sur le moment. Elle a évoqué très succinctement le fait d'avoir beaucoup fait face à la mort. Nous pouvons faire le lien entre l'évocation de la musique « d'enterrement » et les nombreux deuils auxquels elle a dû faire face.

D'autres éléments sont ressortis de cette séance notamment sur la thématique du corps et du psychosomatique, ce qui est intéressant, d'autant plus par rapport à sa demande de prise en charge sur le plan de l'obésité. Il y a une possibilité de lien psychique entre ses problèmes intestinaux et le fait que Mme F soit en situation d'obésité, de morphologie androïde, ce qui signifie que la masse grasseuse se situe en particulier au niveau du ventre.

La musique choisie lui a permis d'associer sur la dynamique familiale mais aussi transgénérationnelle, à partir de son éducation et de son rapport avec ses parents dans son enfance. Le thème de la musique « 4 murs et un toit » lui fait évoquer la maison et l'importance que celle-ci prend, vis-à-vis du fait qu'elle ait choisi de vivre dans un appartement, en opposition à sa mère qui faisait le ménage tout le temps à cause d'une grande maison. La maison était associée pour elle à un projet de vie qui finalement n'a pas abouti.

Il semble qu'elle n'ait pas pu trop s'ouvrir sur le plan émotionnel de par la mise à distance des affects. Mme F reste très distante émotionnellement et cela pourrait s'expliquer par son enfance qui ne laissait pas place à l'expression des émotions. Elle suit le modèle maternel qui ne « disait pas trop » ce qu'elle ressentait. Elle contient et réprime sa tristesse et semble n'avoir pas pu faire le deuil de son plus jeune frère, décédé de manière traumatisante pour elle. Les autres décès auxquels elle a dû faire face semblent s'être ajoutés à celui-ci, comme ayant rouvert l'effraction.

Finalement, nous pourrions dire que la séance a apporté des points positifs pour Mme F. Elle associe la musique à de bons moments. Habituellement, quand elle pense à ses enfants elle rumine des pensées stressantes mais elle pense ici à ses enfants de manière positive. Mme F semble familière avec les médecines parallèles. Il semble que nous pouvons en déduire qu'elle ne remet pas en doute la capacité de la thérapie à dominante musicale à engendrer du bien-être qu'elle a pu verbaliser. Cependant, on dirait que cela la place trop proche de cet état de

méditation avec lequel elle n'est pas à l'aise. En ce sens, c'est peut-être ce qu'il s'est passé, elle s'est sentie parfois mal à l'aise. Cela peut s'ajouter au fait qu'elle ne connaissait pas la musique du morceau imposé. Les moments de silence où elle semble gênée et ne pas savoir quoi dire contrastent avec de longues tirades. Mme F ne semblait pas réceptive aux relances. Pourtant, elle tentait à tout prix de combler les silences qui paraissaient l'angoisser.

Plusieurs fois elle me sollicite et cela met à mal mon contre-transfert, en particulier dans ses formulations : « Ça vous va ? » « J'sais pas c'est comme vous voulez hein ... ». Mme F se sent aussi obligée de préciser que c'est son point de vue, comme pour se rassurer. Elle voulait donner les « bonnes réponses », demandant plusieurs fois « ça ira ? » et disant que « tout va bien ». Ce qui rappelle que Mme F est « sage », comme elle le dit elle-même.

2.3. Analyse thématique Mme F

Tableau 2 : Analyse thématique de l'imagerie musicale de Mme F

Thèmes majeurs	Sous-thèmes	Verbatim
Sérénité	Détente	« Bah moi ça me fait penser à la détente »
	Relaxation	« oui la relaxation tout ça hein »
	Repos	« ça repose beaucoup »
	Calme	« oui c'est calme »
	Musique zen	« c'est la musique zen »
Appréciation		« non mais même musique classique tout ça j'aime bien aussi hein » « J'aime pas »
Vie	Vie personnelle	« ma vie hein »
	Vie en général	« C'est la vie qui reprend enfin »
	Enfants	« à mes enfants... »
	Enfance	« oui à mon enfance »

Spectacle	Ballet	« « Ça me fait penser un peu à un ballet » « Plutôt classique »
	Concert	« j'aime bien le nouvel an regarder le concert de Vienne »
Futur	Avenir	« Oui l'avenir.... »
Positif	Heureux	« heureux heureux oui oui »
	Bons moments	« oui quand j'écoute de la musique c'est toujours des bons moments hein »
	Gaieté	« là c'est plus gai » « là c'est plus gai ... hein ? »
Acupuncture	Pose des piqûres	« Ça c'est quand je vais vous savez chez l'acupuncteur le temps de la pose des piqûres »
	Musique douce	« il met toujours la musique douce »
Commentaires		« Mon point de vue hein » « Vous allez rire » Rires gênés
Enterrement	Enterrer	« quelqu'un qui qu'on enterre des fois »
	Crématorium	« au moment des crématoriums »

3. Patiente 3 Mme J

3.1. Éléments d'anamnèse

Mme J est âgée de 20 ans. Elle décrit une bonne entente avec ses parents même si les rapports avec eux étaient conflictuels dans l'adolescence (mensonges et vol d'argent). Son petit frère de 17 ans est parti au Mexique pour un an et donne peu de nouvelles. Les rapports avec celui-ci sont compliqués depuis l'enfance où ils étaient énormément en compétition, alimentée par une forte pression des parents sur le plan scolaire.

Mme J dit avoir eu un poids normal pendant l'enfance mais elle a été suivie de près par son père qui s'inquiétait de la voir en haut des courbes, lui-même ayant été en obésité dans sa jeunesse. Elle dit avoir eu un poids stable (60/70kg) dans les années collège où elle mangeait beaucoup mais compensait par une forte pratique de la danse.

La prise de poids de Mme J remonte à la période du lycée où elle a été suivie en hôpital de jour pour des crises d'angoisse qui l'ont amenée à arrêter la danse. Durant la période du confinement, elle pesait autour de 80/85 kg. Elle a pris ensuite 17kg pendant sa première année de fac, période où elle a commencé à s'inquiéter puisque les médecins ont détecté de l'hypertension artérielle et de l'apnée du sommeil. Elle pèse aujourd'hui 110 kg et pense que son poids progresse encore.

Mme J vit avec son conjoint depuis un an qui semble très soutenant. Elle est en formation CAP petite enfance et travaille en garde à domicile et en périscolaire, ce qui l'amène à rester seule la journée. Elle fait le lien entre les restrictions sur la nourriture et celles sur les écrans dans son enfance qui ressurgissent sous forme compulsive en contexte de solitude ou d'ennui. Mme J dit ne pas réussir à ressentir ni la faim ni la satiété.

Mme J s'occupe par des loisirs créatifs et de la lecture. Elle écrit régulièrement dans un carnet et essaye de marcher jusqu'à son travail de temps en temps. Elle se projette dans son déménagement à Reims l'année prochaine pour suivre son compagnon dans ses études.

Mme J se sent instable sur le plan de l'humeur. Elle a pu faire un vrai travail sur le plan relationnel lors de ses précédents suivis mais une image de soi très dépréciée et beaucoup de culpabilité subsistent. Elle ressent le besoin d'être accompagnée sur le plan psychologique dans sa prise en charge mais souhaite prendre le temps de réfléchir au lieu de son suivi.

3. 2. Analyse de l'entretien de recherche de Mme J

L'entretien de recherche avec Mme J a été plutôt court même si elle a beaucoup parlé. Son sentiment de vide se retrouve dans l'angoisse palpable lors des moments de silence qu'elle tente de combler en parlant beaucoup. Lors de l'imagerie musicale, au contraire, elle ne savait pas vraiment quoi dire. Il semble que cela ait pu beaucoup l'apaiser, lui offrir ce « vide », tout en étant contenue dans l'expérience, ce qui est en opposition avec son sentiment de vide quotidien qui lui est insupportable.

Mme J semble avoir vécu un épisode dépressif dans son adolescence. Il semble qu'il n'ait pas totalement été résolu et qu'elle soit dans une forme de lutte constante contre ses affects dépressifs. Mme J a pu faire un vrai travail sur le plan relationnel lors de ses précédents suivis psychologiques mais une humeur dépressive subsiste. Nous pouvons la retrouver de manière projective lorsqu'elle décrit la musique comme « mélancolique ».

Mme J était à l'aise pour parler. Elle avait une réflexion profonde sur elle-même, presque parfois excessive, jusqu'à sur-analyser tout ce dont elle parlait. Globalement, elle tournait autour des mêmes sujets en les explorant sous tous les angles. Nous pouvons nous questionner sur la raison de ce fonctionnement qui semble reposer sur de l'intellectualisation, probablement dans un but défensif. De plus, elle semble s'être beaucoup imprégnée de ses suivis psychologiques qui semblent avoir alimenté ses réflexions.

Mme J ne s'est pas vraiment ouverte sur le plan émotionnel au cours de la séance même si elle a parlé du lien entre émotions et musique la concernant. Au fil de l'entretien, elle explique qu'il n'y avait pas la possibilité d'exprimer ses émotions devant ses parents et c'est peut-être la raison pour laquelle elle rencontrait des difficultés à les exprimer. A l'époque, elle avait donc besoin de la musique comme un outil purificateur pour les faire ressortir. Aujourd'hui, elle s'est construite en opposition avec ses parents sur ce point, en contradiction avec l'éducation qu'elle a reçue. Mme J semble avoir manqué de soutien émotionnel durant son enfance. Elle est particulièrement en recherche d'étayage, ce qui se ressent particulièrement dans sa demande. Dans le même temps, elle se dit très empathique et absorbe beaucoup les émotions des autres.

Nous pouvons noter la proximité entre le morceau choisi (Comptine d'un autre été) par Mme J et le morceau imposé pendant cette séance, tous les deux des morceaux de piano. En ce sens, cela a amené Mme J à évoquer son rapport avec la musique, m'expliquant qu'elle est pianiste et écoute beaucoup de morceaux de musique classique avec du piano.

3.3. Analyse thématique Mme J

Tableau 3 : Analyse thématique de l'imagerie musicale de Mme J

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatim
Rapport à la musique	Appréciation	« j'aime beaucoup la musique de toute façon »
	Fréquence d'écoute	« c'est le genre de musique que j'écoute beaucoup » « j'écoute beaucoup de piano » « j'écoute tellement de piano »
	Rapport à d'autres types de musique	« j'écoute des musiques avec des paroles en fait... même si ça a pas vraiment de sens... j'écoute de la musique chantée avec plus de rythme quand je suis joyeuse par exemple »
	Fond sonore	« mon fond sonore c'est devenu des séries et des films parce que j'ai besoin d'un fond sonore et visuel sinon j'ai l'impression que je m'ennuie »
Temporalité associée à l'écoute de musique	Avant	« je faisais beaucoup ça à une époque et cette année j'écoute moins de musique qu'avant » « moi je faisais ça avant »
	Voyages	« j'écoutais beaucoup de musique avant quand je faisais des voyages »
	Bus	« ou que je prenais le bus »
	Passer le temps	« j'avais rien à faire en fait » « maintenant je je suis jamais seule donc je sais pas j'ai pas beaucoup de temps pour écouter de la musique »
	Avec des enfants	« si je suis avec des enfants j'écoute des musiques d'enfant »
	En voiture	« j'écoute la musique dans ma voiture quand je conduis... »
Effets de la musique	Penser à rien	« c'est fou je disais je pense à rien » « vraiment je pense à rien d'autre »
	Vide	« mmh non c'est vraiment ça vide »
Film	Miyasaki	« ça me fait penser aux films ... Ghibli ... Miyasaki ... j'aime beaucoup »
	Images associées aux films	« y a des musiques qui sont très très attachées au film »

Rapport à la musique écoutée dans la séance	Concentration	« je suis vraiment concentrée »
	Connaissance	« en plus je la connais pas enfin ça me dit rien de ... j'écoute tellement de piano que j'lai peut être déjà écoutée mais du coup »
Enfance		« quand j'étais enfant »
Copain		« avec mon copain on écoute parfois de la musique mais c'est assez rare » « après lui il écoute plus de musique que moi par exemple, parce que lui il travaille avec la musique en fond sonore »
Affects	Humeur	« alors c'est parce qu'en fait le piano je l'écoute tout le temps quand ça va et même quand ça va un peu pas c'est vraiment ce que j'écoute et dès que je vais soit très bien soit très mal »
	Mélancolique	« Bah moi je trouve toujours que le piano ça sonne un peu mélancolique »
	Apaisement	« ça m'apaise beaucoup... »

Analyse et Discussion

1. Thématiques

1. 1. Thématique du traumatisme

La question du traumatisme chez les patients en obésité est fondamentale dans la littérature. Par ailleurs, dans sa forme originale, la méthode Bonny d'imagerie guidée par la musique a été développée pour amener des parties cachées de l'inconscient à la conscience. Elle est donc souvent utilisée dans le cadre de la prise en charge des patients ayant vécu un traumatisme. Dès lors, nous nous attendions à retrouver dans le discours du sujet des éléments relevant de la thématique du traumatisme (hypothèse 1a).

1. 1. 1. DSM-V

Si nous prenons comme référence les critères du DSM-V, nous ne pouvons pas valider cette hypothèse. En effet, le DSM-V définit l'état de stress post-traumatique à partir de critères associés à l'évènement et ayant débutés après la survenue du ou des évènements traumatiques en cause, à savoir : l'exposition à la mort effective, la présence d'un ou plusieurs symptômes envahissants mais aussi l'évitement persistant des stimuli associés à l'évènement, des altérations négatives des cognitions et de l'humeur ou encore des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité. De plus, l'état de stress post-traumatique entraînerait une souffrance durant plus d'un mois de manière cliniquement significative ou altérant le fonctionnement social ou professionnel de l'individu sans être imputable aux effets physiologiques d'une substance. Dans le discours des patientes, nous n'avons pas retrouvé d'éléments relevant de souvenirs traumatiques répétitifs involontaires et envahissants, de rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, de réactions dissociatives, de sentiment intense de détresse psychique ou de réactions physiologiques marquées. Les patientes n'ont pas présenté de comportements irritables ou d'accès de colère, ni de comportement irréflectif ou autodestructeur. Nous n'avons pas observé de phénomène d'hypervigilance, de réaction de sursaut exagéré, ou encore de problèmes de concentration.

À partir de ces critères, nous ne pouvons donc pas confirmer l'hypothèse de la présence d'un état de stress post-traumatique chez nos participantes. De plus, si nous nous référons au modèle « Life Adverse Experience » (Palmisano et al., 2016), nous ne pouvons pas conclure

sur la présence de traumatisme puisqu'aucune des trois patientes n'a évoqué des événements de vie relevant d'abus, de négligences ou de dysfonctionnements familiaux.

Cependant, d'un point de vue psychodynamique, le traumatisme peut être aussi bien issu d'un événement réel que d'un événement psychique relevant de l'angoisse, des souvenirs ou des fantasmes (Dumet & Ferrant, 2009). Il faut donc ici explorer cette question dans un autre référentiel.

1. 1. 2. Résistances musicales

D'après les recherches, les troubles liés aux traumatismes se manifestent par un manque de symbolisation des événements traumatiques, ce qui se traduit par des mécanismes de défense comme le refoulement et/ou l'intrusion des éléments traumatiques dans la vie quotidienne. On observe également une structure de personnalité organisée autour de ce traumatisme avec des parties internes plus ou moins différenciées, mais aussi la présence du mécanisme d'introjection (Körlin, 2002 ; Traumaprojekt Hamburg, 2014 ; van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006). Or, comme nous le disions, dans sa forme originale, la méthode Bonny d'imagerie guidée par la musique a été développée pour amener des parties cachées de l'inconscient à la conscience. Mais il est possible que dans notre cas, ce mécanisme n'ait pas pu être visible à cause des conditions de l'expérience. Dès lors, nous avons observé des mécanismes défensifs, dans un refoulement du matériel traumatique. En effet, nous pouvons penser ici au mécanisme de résistance musicale.

La résistance est définie comme le comportement d'opposition directe ou indirecte d'un patient en raison d'une éventuelle réticence au changement (Newman, 2012). Elle s'observe dans toute relation thérapeutique et en particulier dans la thérapie à dominante musicale (Williams, 2018). Sigmund Freud, fondateur de la psychanalyse, a élaboré la première théorie de la résistance après avoir observé les comportements d'évitement de certains sujets. La résistance représente toute tentative d'éviter la confrontation de pensées refoulées ou indésirables, généralement en réponse à une menace subconsciente (Larsen & Buss, 2008). Cette découverte est attribuée à la théorie du refoulement de Freud qui stipule que les individus refoulent ou repoussent les pensées honteuses de leur esprit conscient vers l'inconscient. Dès lors, le patient évite par inadvertance les pensées refoulées et l'inconfort émotionnel (Bernstein, 2009).

Mme F a été confrontée à des résistances émotionnelles lors de l'écoute de la musique, en liaison avec des mécanismes de défense psychiques contre l'angoisse. Elle était véritablement dans la mise à distance de l'émotion et a esquivé toutes mes tentatives d'explorer ses émotions, ses images ou ses sensations. Ainsi, elle a évité toute tentative qui aurait permis d'explorer ses angoisses. Cela se manifestait par des petits commentaires comme « vous allez rire », « mon point de vue hein » ou encore des rires gênés ou des comportements non verbaux, notamment lorsqu'elle observait ce que j'écrivais. Chez Mme H, cela s'est ressenti verbalement par les « je ne sais pas », le fait de me faire répéter plusieurs fois la question ou encore de me dire que c'était « tout drôle ». Chez Mme J, cela se manifestait par le fait de n'avoir rien à répondre ou alors de beaucoup parler pour briser le silence. En somme, nous voyons ici l'expression des défenses contre l'angoisse chez les trois patientes. Dans la continuité de cet aspect défensif, nous pouvons penser également à la thématique du « rien » évoquée par Mme H mais aussi pour Mme J, la musique lui permettant de se vider l'esprit.

Néanmoins, il me semble trop hâtif de vouloir conclure que le refoulement bien présent chez ses trois patientes confirme l'hypothèse du traumatisme. Si le traumatisme peut être aussi issu d'un événement psychique relevant de l'angoisse, il aurait été nécessaire de pouvoir revoir ces patientes au cours d'un suivi psychologique afin de pouvoir mieux appréhender leurs éventuels conflits psychiques. En effet, il se peut que les conditions de l'expérience aient favorisé l'expression d'autres types d'angoisses que de celles du traumatisme. Il s'agit notamment de l'angoisse du vide, de ne pas savoir quoi dire, comment le dire, comment faire pour bien faire mais peut être aussi l'angoisse de pouvoir se révéler/dévoiler. Dans ce type de cas, il aurait pu être intéressant de discuter avec les patients de ces défenses pour savoir si cela est l'expression ou non de traumatisme.

1.1.3. Deuil et traumatisme

Lorsque l'on aborde la question du traumatisme, il me paraît important de parler de la thématique du deuil, qui a ressurgi chez deux des trois patientes. Selon certains auteurs, « tout deuil est un traumatisme » car « la mort fait véritablement effraction dans la continuité de vie d'un sujet et s'impose à lui tout autant que s'imposent les conséquences de ce décès » (Romano, 2015). Ainsi, le traumatisme est une « blessure produite par un agent extérieur »³ qui s'introduit

³ <https://www.universalis.fr/encyclopedie/traumatisme-psychique/>, consulté le 5 mai

par « effraction » dans la vie du sujet, sans prévenir. Mais le traumatisme se lie aussi au deuil par « l'impact de la confrontation à la mort et les bouleversements » que celui-ci implique dans la vie du sujet (Romano, 2015). Dans ce référentiel, nous pouvons considérer que, Mme F en particulier, a vécu plusieurs traumatismes. En ce sens, lorsque Mme F nous dit que la musique lui fait penser à un enterrement, nous pourrions estimer que ses propos relèvent de la thématique du traumatisme qui remonte à la conscience.

1.2. Thématique des émotions

De tous les arts, la musique est celui qui touche le plus directement à la sensibilité et celui qui possède la « *plus grande capacité d'émouvoir* (Rouget, 1980, p. 430) ». Ainsi, l'imagerie guidée par la musique est un modèle de psychothérapie développé pour aider les patients en difficulté sur le plan psychologique et/ou émotionnel. Dès lors, nous nous attendions à retrouver dans le discours du sujet des éléments relevant de la thématique des émotions (hypothèse 1b).

La thématique des émotions est ressortie chez les trois patientes mais sous une forme différente. Mme H en pleurant, Mme J en parlant du lien entre musique et émotions et chez Mme F dans le refoulement de l'émotion. Autant j'ai vu s'ouvrir quelque chose sur le plan émotionnel chez Mme H, qui n'a cessé de pleurer durant toute la durée de l'écoute, autant chez Mme F et Mme J, les émotions étaient fortement mises à distance. Mme J a pu aborder le lien entre musique et émotions à travers son rapport à la musique. Dans son cas la mise à distance était plutôt de l'ordre temporel, elle parlait de la période de son adolescence sans évoquer ses ressentis actuels. Ici, il est plutôt question d'affectivité et de rapport à l'humeur. En effet Mme J écoutait des musiques « exprimant bien la tristesse » lorsqu'elle se sentait mal.

Mme F a plutôt refoulé ses émotions qui sont ressorties de manière inconsciente notamment lorsqu'elle a évoqué la thématique de l'enterrement. Nous pouvons aussi penser au lien qu'elle attribue entre la musique et les moments positifs. Elle a perçu la « gaieté » de la musique et a semblé touchée particulièrement par cela, dans le contraste avec le début.

De manière plus hypothétique, nous pourrions rapprocher la thématique de l'enterrement de Mme F à celle de la mélancolie de Mme J mais aussi aux pleurs de Mme H. Cela pourrait venir du fait que le deuxième mouvement du concerto de Ravel soit une musique que l'on pourrait qualifier de « triste » par son écriture (tonalité mineure, tempo lent...).

De manière plus hypothétique, là encore, il me semble important de parler des rires assez fréquents de la part des patientes, même si cela relève peut-être davantage de la nervosité.

Ainsi, nous ne pouvons que valider partiellement notre hypothèse. Nous reparlerons de la thématique des émotions à travers le concept de contenance émotionnelle par la suite.

2. Mécanismes

2. 1. Contenance et enveloppe sonore

De nombreux auteurs de musicothérapie parlent de la musique en tant qu'elle peut représenter un « contenant ». Dans le cadre de l'imagerie guidée par la musique, on parle même de « contenance de l'expérience de l'image ». En 1989, Bonny explique que la structure de la musique permettrait de « contenir confortablement » une expérience émotionnelle et constituerait de cette manière un « centre vital pour l'ancrage personnel » (1989, p. 7). Dès lors, nous nous attendions à retrouver les mécanismes de contenance et d'enveloppe sonore qui témoigneraient d'effets thérapeutiques pour les patientes (hypothèse 2a et hypothèse 2b).

En effet, certains chercheurs ont suggéré que l'auditeur crée une sorte d'enveloppe sonore autour de lui, une dimension psychique où les sons sont ressentis, interprétés et intégrés à l'expérience musicale (Lecourt, 1987). Elle contribue à façonner la manière dont l'auditeur perçoit et interagit avec la musique, créant de cette manière une expérience sonore subjective. La séance d'imagerie guidée par la musique permet alors un phénomène que l'on pourrait appeler « double contenance », d'une part dans ma position de thérapeute mais aussi par la contenance de la musique.

2.2. Contenance de la musique

Lors de la sélection de la musique pour le GIM, les praticiens prennent en compte la structure du programme musical et sa capacité à « contenir » l'expérience du sujet (Bonny, 1989 ; Goldberg, 1992 ; Summer, 1992, 1995, 2002). En ce sens, le fait que le morceau imposé fasse partie des musiques choisies dans le cadre de la méthode GIM (par Grocke), nous pouvons déjà parler de capacité de contenance.

La musique a un potentiel de « petit contenant » par sa structure (Grocke, 2023). Les lignes mélodiques sont prévisibles, les structures harmoniques et rythmiques soutiennent et il y a peu de fluctuations dans la dynamique. Dans le cas où une patiente est submergée par

l'émotion (comme la tristesse) ou encore dans le cas de traumatisme, la musique va contenir l'expérience.

Ce potentiel de « petit contenant » a pu être observé en particulier chez Mme H qui a exprimé beaucoup d'émotions en pleurant. La prévisibilité de la musique, en particulier celle qu'elle avait choisie et qu'elle connaissait par cœur, a pu « contenir l'expérience ».

J'ai ressenti que la musique avait pu faire cadre et permettre aux patientes de se recentrer. En réalité, Mme J passait souvent du coq à l'âne en entretien, ce qui a été beaucoup atténué par la musique. Elle a pu verbaliser le fait que la musique « calmait » ses pensées car cela lui « vidait la tête ».

La musique offre donc une possibilité de contenance émotionnelle. Elle permet d'intégrer et de gérer les émotions suscitées par la musique tout en maintenant un sentiment de sécurité psychique. Dans leur rapport à la musique, on voit que les patientes l'utilisent déjà comme contenant émotionnel. Chez Mme J, présentant des troubles de l'humeur dans l'adolescence, la musique était pour elle un moyen de décharge pulsionnelle et émotionnelle, lui permettant de réguler ses émotions intenses. Chez Mme H et chez Mme J, nous retrouvons la notion de l'utilisation de la musique comme quelque chose de purificateur, leur permettant aussi de décharger les émotions. Nous reviendrons sur ce point plus tard.

2. 3. Contenance du thérapeute et contre transfert

Selon des auteurs comme Mellier (2005), la fonction contenante se met donc en place dans les jeux de corps à corps entre la mère et l'enfant, en fonction des réponses que la mère apporte aux attentes du bébé. Ces réponses sont à la fois tactiles et sonores, l'instauration d'une enveloppe sonore vient doubler l'enveloppe tactile. Ainsi, la mise en place d'un contenant semble pré-requise à l'élaboration de contenus de pensées. Grâce à la fonction contenante, le sujet est renforcé dans son identité, son individuation : elle facilite le sentiment d'être un tout unifié.

Dans le cadre des entretiens, j'ai tenté de maintenir une attitude de neutralité bienveillante, en appliquant les principes de non-interférence et d'attention flottante. En validant les émotions de chacune des patientes, l'idée était de l'encourager à explorer ses émotions en association libre dans un espace sûr, permettant ce mécanisme de contenance. Meltzer (1994) mentionne quatre qualités indispensables à l'objet externe pour assurer sa fonction contenante : la présence, le confort, l'intimité et l'exclusivité. D'après Meltzer, l'objet

contenant doit être présent physiquement et psychiquement. Mon rôle était alors de soutenir et de structurer l'interaction avec la patiente durant la séance. Enfin, la gestion des transitions entre les différentes étapes de la séance a pu apporter de la contenance.

Le maintien du cadre a été important pour la contenance, en particulier chez Mme H qui l'a beaucoup attaqué par ses interventions. Dans les faits, elle m'a plusieurs fois poussée dans mes retranchements en s'adressant directement à moi pour avoir mon avis mais aussi de manière invective : « comment vous faites pour ne pas pleurer ? ». Il m'a semblé qu'elle projetait ici une forme d'indifférence de l'autre qu'elle peut ressentir à son égard. Pourtant, cela contraste avec ce que renvoie mon attitude contre-transférentielle.

En effet, j'ai beaucoup appréhendé le contre-transfert des patientes, notamment pour Mme H et Mme J qui sont des jeunes patientes de mon âge. Nonobstant, je suppose que cette proximité a pu être intéressante pour moi comme pour les patientes dans la réceptivité de l'entretien.

J'ai ressenti un contre transfert très maternant avec les patientes. Ainsi, je note l'aspect régressif que la musique a pu induire. La thématique de l'enfance a été abordée par Mme J et Mme F même si cela a été fait de manière très succincte, simplement en le mentionnant pour Mme F et pour Mme J par le rapprochement avec la musique des films qu'elle regardait dans son enfance. La thématique du rôle de mère a été abordée par Mme H et Mme F qui parlent de leurs enfants. Mme H fait le lien grâce à l'aspect « berceuse » de la musique. A noter que Mme J ne peut évoquer ses enfants car elle n'en a pas.

Dans une idée de contenance, j'étais la mère qui leur faisait écouter de la musique pour les calmer. Je reprends ici l'idée du concept d'enveloppe sonore de la mère, représentant la faculté de mentaliser le vécu sonore et constituant pour le nourrisson le premier pare-excitation (Lecourt, 1987). Comme Lecourt l'évoque, il n'est pas rare de se sentir alors porté, transporté, bercé dans un mouvement sans prise. Le sujet peut alors ressentir un phénomène se rapprochant des qualités du portage selon Winnicott (Lecourt, 1987). D'une part, Winnicott introduit le concept de « holding », le maintien et le portage du bébé par la mère (holding) qui apparaissent comme un soutien à l'intégration du moi en un tout unifié qui s'étaye sur le soutien physique. D'autre part, le « handling », représente les soins physiques prodigués par la mère qui permettraient la collusion psychosomatique. Ainsi, les différentes modalités sensorielles, dont

le bain de paroles, entraînent chez le bébé le sentiment de contenance. Nous pouvons faire l'hypothèse que les sujets ont ressenti ce sentiment de contenance.

Après chaque temps avec les patientes, je me suis sentie épuisée, comme si elles avaient « aspiré » en moi quelque chose. Je pense ici à l'expression du processus d'identification projective et de la fonction alpha (Bion). Le processus d'identification projective permettrait de transmettre à l'objet les émotions et les pulsions que le sujet n'aurait pas la capacité de penser. Par la fonction alpha, les données purement sensorielles vont acquérir une signification et devenir des pensées. Ainsi, nous pouvons reprendre la notion de « fonction à contenir » du professionnel, développée par Mellier (2005) qui s'appuie sur le concept de fonction contenante (Bion, 1962). La « fonction à contenir » peut se définir comme « une position à maintenir pour qu'un lien puisse se créer, pour que quelque chose puisse être éprouvé, pour qu'un travail d'attention puisse se dérouler dans l'intersubjectivité, alors que de multiples réalités hétérogènes au psychique sont convoquées ». C'est cette capacité de rêverie maternelle que l'on pourrait m'attribuer dans mon rôle de thérapeute, accueillant les paroles de chaque patiente en association libre et tentant de les reformuler.

Ainsi, mon contre transfert me paraît être révélateur de l'apparition des mécanismes de contenance et d'enveloppe sonore durant la séance. Nous pouvons alors valider l'hypothèse selon laquelle les conditions de l'expérience favoriseront l'apparition de deux mécanismes : la contenance et l'enveloppe sonore (hypothèse 2a et hypothèse 2b).

3. Perspective clinique et thérapeutique

3.1. Le concept de catharsis

Comme nous l'avons vu, « Le son qui circule vient faire enveloppe tout en remplissant l'espace de notes joyeuses et surprenantes » (Brun, Chouvier & Roussillon, 2013). La musique se fait support émotionnel et voie d'expression pour le sujet, voire d'exploration créative. Elle favorise l'expression émotionnelle et l'encourage à explorer les sentiments qui émergent à travers la musique. Du point de vue jungien, cette approche favorise un sentiment de plénitude chez le sujet car il permet de fournir un espace contenant qui soulage. En ce sens, Jung pensait que le processus créatif contribuait au processus de guérison (Jung, 1960).

Nous nous demandions de manière exploratoire comment observer des effets thérapeutiques de la méthode GIM. Ainsi, il semble hâtif de vouloir parler d'effets

thérapeutiques à long terme, n'ayant vu les patientes que deux fois. Néanmoins, nous avons pu observer certains phénomènes intéressants et encourageants dans cette voie. En effet, la musique s'est faite voie d'expression du traumatisme, des émotions. Nous avons pu observer que la séance offrait un espace contenant, ce qui est déjà thérapeutique en soi.

La musique représente pour les patientes un moyen de décharge pulsionnelle et émotionnelle, permettant de réguler les émotions intenses. Chez Mme H et chez Mme J, je retrouve la notion de l'utilisation de la musique comme quelque chose de purificateur, leur permettant aussi de décharger les émotions. Cela me renvoie ici à la notion de catharsis. Aristote introduit cette notion à partir de la musique. Pour lui, dans les cultes orgiastiques, les « chants d'enthousiasme » peuvent (de façon homéopathique) apaiser les transports qu'ils ont suscités et apporter une catharsis (Barrucand, 1970). Dans le cadre de la psychothérapie, la catharsis renvoie à une forme de purification spirituelle. C'est une « purge », relevant de la décharge émotionnelle. En ce sens, le fait de pleurer en écoutant la musique me semble relever de ce concept qui a été abordé par Mme J et vécu par Mme H directement. On pourrait chez Mme H se poser la question de l'abréaction, qui se distingue de la catharsis par l'absence de prise de conscience (Grauer, 2002).

La séance a pu permettre une réflexion sur les ressources possibles de la musique. Dans le cadre du traumatisme, il serait intéressant d'identifier les musiques qui évoquent des sentiments de sécurité et de soutien pour les patientes. La musique peut alors être utilisée comme un ancrage dont elle constitue le centre vital (Bonny, 1989). L'intégration combinée du son et du silence, réalisée par les codes verbaux et musicaux, constitue une protection généralement efficace contre leur dimension traumatique (intrusion, trou, rupture, pour le son ; trou, rupture, béance, pour le silence) (Lecourt, 1987). La musique peut donc représenter pour les patientes un outil qu'elles pourront utiliser chez elle.

Nous pouvons penser notamment à la thématique de la sérénité ou celle de l'apaisement, évoquée par Mme F et Mme J, qui témoigne de leurs propres ressentis des bienfaits de la musique. En effet, si la méthode GIM permet de rétablir un lien entre l'âme, le corps et l'esprit (Heiderscheit, 2013a), le sujet peut alors retrouver des sensations corporelles qui se feront les signaux de son état émotionnel et physique. Dès lors il sera possible de travailler sur la reconnaissance et la gestion de ces signaux. Par exemple sur l'acceptation des sensations

corporelles désagréables ou l'idée de développer un intérêt pour les activités de bien-être relevant du corporel. Ce travail est possible dans un cadre de méditation.

3. 2. Le morceau choisi

D'après la thèse de Reymond (2006), le geste d'offrir de la musique peut être aussi un acte thérapeutique en soi. Si le sujet lui-même apporte un disque en séance, il montre qu'il a une existence propre, une volonté, des intérêts, un désir de partage, une représentation de l'autre, etc. De cette manière, « *si le patient peut révéler ainsi une partie de lui, c'est qu'il est bien vivant* ». De plus, l'écoute musicale constitue un support projectif très riche. Certains auteurs parlent même de l'utilisation d'un morceau de musique comme une planche de Rorschach (Carasco, 2014). Dès lors nous nous sommes intéressés à la raison du choix de musique des patientes car c'est la façon dont chaque patiente s'approprie la musique qui nous paraît pertinente pour une analyse clinique.

Chez Mme H, cette notion semble assez évidente. En effet, elle me dit que cette chanson (Love Story) raconte toute sa vie. Elle me cite des paroles très précises qu'elle rapproche de ses enfants mais également de son mari. Ici, la musique est projective de son angoisse d'abandon et de mort ; elle craint que son mari décède ou la quitte. Il faut noter que c'est une musique française célèbre durant les années 2010 (Indila, Love Story). Or, Lecourt (1987) souligne l'importance accordée dans le vécu musical contemporain du bain sonore. Cette musique pose la question de la « quantité musicale », de ces musiques diffusées à la radio, à la télévision, dans la vie quotidienne, dans la rue et dans tous les lieux publics. Nous pouvons souligner ici que le choix de Mme H s'est fait de façon hâtive car elle n'avait pas réfléchi au début de la séance.

Dès lors il m'a paru d'autant plus intéressant de lui poser la question de ce choix. En réalité, Mme H écoute la plupart du temps de la musique de son pays (La Réunion) qui selon elle est « dynamique ». Nous pouvons voir ici le rapprochement avec le caractère universel de la musique (Rouget, 1980). Ainsi, chaque culture a son propre rapport à la musique et il paraît intéressant de porter notre réflexion sur la musique de la Réunion, en se plaçant dans un référentiel d'ethnomusicologie. La musique est sans conteste la production culturelle la plus populaire de l'île (Desrosiers, 1996). Des enjeux identitaires ressortent, notamment dans l'opposition entre le Séga et le Maloya. Les habitants de l'île tentent d'affirmer une musique autorisée à représenter tous les Réunionnais et de déterminer s'il y a ou non un lien de parenté entre les deux genres lié à la détermination des origines et des métissages (Desrosiers, 1996).

Ceci est notable puisque Mme H m'a parlé du Maloya et il aurait pu être intéressant d'aborder dans les détails cette question.

Chez Mme F, la musique de Bénabar, « 4 murs et un toit » est intéressante vis-à-vis de sa problématique, au niveau de la dynamique familiale. Elle précise d'ailleurs elle-même que cette chanson lui correspond. Mme F avait décidé dès le début de cette musique et n'a pas changé d'avis, ce qui implique une réflexion conséquente sur ce choix. Cette chanson représente pour elle « la vie, les enfants qui arrivent, partent, reviennent, grandissent et prennent leur indépendance ». Elle me parle alors de son rapport au foyer, ayant des implications vis-à-vis de la dynamique familiale et transgénérationnelle. La musique se fait donc support projectif au sens de la médiation.

Mme J avait réfléchi au préalable à la musique. Cette fois-ci nous avons commencé par la musique de son choix donc je ne lui ai pas demandé si elle avait changé d'avis comme pour les autres patientes. La musique choisie est intéressante car elle se rapproche beaucoup du morceau imposé étant une musique de piano plutôt calme. Elle permet d'apprendre des éléments sur la personnalité de Mme J. Ainsi, elle m'explique qu'elle sait jouer cette musique au piano ; c'est une de ses musiques préférées. Cela l'amène pendant le discours à aborder son rapport à la musique de piano qui est lié à sa vie adolescente car elle en écoutait beaucoup à cette époque précise. Nous remarquons alors que la musique a pu permettre, en association libre, de revenir sur des événements de vie difficile. Mme J a alors abordé son hospitalisation de jour, les crises d'angoisse qu'elle a vécu, sa prise de poids ou encore sa prise en charge sur le plan psychologique. Enfin, Mme J a abordé la notion de fond sonore, dont l'utilisation est qualifiée de « permanente » pour les contemporains (Lecourt, 1987). Cette notion a été abordée d'une autre manière par Mme F, qui a parlé de méditation ou de relaxation. Ces musiques répétitives planantes font aussi partie de cette utilisation permanente (Lecourt, 1987).

3. 3. Alliance thérapeutique

Le travail en art-thérapie contribue à la relation dyadique thérapeute-patient (Robbins, 2001) et forme ce que l'on appelle la relation triangulaire entre l'art-thérapeute, le client et l'œuvre d'art (Schaverien, 2000). Dans la dynamique de l'entretien de recherche, nous pouvons donc faire l'hypothèse que la musique a pu établir une connexion particulière entre le thérapeute et la patiente, permettant de cette manière de renforcer l'alliance thérapeutique.

En effet, il semble exister une forme de connexion avec chaque patiente à partir de la musique. Dans le contexte de la séance, nous pouvons penser au fait que le morceau imposé ait été choisi par moi-même parmi la liste proposée par Grocke. C'est un morceau que j'apprécie particulièrement et que j'ai pu jouer en concert. D'un autre côté, le morceau choisi est un morceau apprécié par la patiente. Nous pouvons imaginer ici une forme de partage, même inconscient, qui pourrait favoriser l'émergence de l'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est un facteur important pour les résultats d'un suivi en musicothérapie (Lee & Kim, 2021). En tant qu'élément constitutif du processus thérapeutique, le rapport établi entre le thérapeute et le sujet a un impact positif ou négatif sur les expériences de ce dernier. Dans une alliance thérapeutique positive, le thérapeute favorise un environnement contenant, un espace dans lequel le client peut se sentir en sécurité, accepté et soutenu tout au long de la thérapie. Noyce et Simpson (2018) reconnaissent l'importance de la perception des patients concernant la relation thérapeutique. Bruscia (2014, p. 42) a reconnu que la relation du patient avec le musicothérapeute et la musique elle-même était d'une « importance centrale pour le processus thérapeutique ».

Dès lors, nous pouvons penser que l'alliance thérapeutique est une notion importante qui aurait pu être intéressante à explorer dans le cas où notre étude se serait déroulée sur plusieurs séances et/ou dans le cadre d'un suivi psychologique, à moyen et long terme. En effet, Morris (2021) suggère que la durée de la prise en charge de musicothérapie ne joue pas un rôle significatif dans le développement de l'alliance thérapeutique. Si le temps est un aspect intégral et indéniable de la musique, la volonté du patient et celle du thérapeute de s'engager activement dans la thérapie semble être plus importante (Morris, 2021).

3. 4. Problématique de l'état-limite

On sait que le premier cri à la naissance inaugure le rapport intérieur/extérieur de toute production sonore vocale (Lecourt, 1987). Le son est émis et entendu simultanément, bien que différemment, dans une production interne bucco pharyngée et dans ces répercussions externes aériennes. C'est ici la première distanciation en termes de limite.

Lecourt (1987) souligne l'importance d'une préoccupation corporelle générale dans notre culture qui répond à une faiblesse ou des failles du Moi-Peau. En parallèle, les patients présentent un vécu du corps morcelé et une difficulté à se constituer une enveloppe musicale. Nous pouvons rapprocher ici ce vécu à la problématique psychosomatique des patientes qui

pourrait être liée à une défaillance du Moi-Peau. Or, les problématiques relevant de la perte, de la séparation, des limites, mais aussi les problématiques narcissiques sont tout à fait concernées par les effets de la musicothérapie. En réalité, la question de l'expérience sonore est à la base de toutes ces pratiques. Or celle-ci est caractérisée par le manque de limites physiques et la nécessité d'un travail psychique pour organiser cette matière sonore (Lecourt, 2011).

Certains auteurs font le lien entre le fonctionnement état-limite et la problématique du sevrage, favorisant l'apparition de troubles du comportement alimentaire dont l'obésité (Dechaud-Ferbus, 2011). Chez les patientes, cela peut se manifester par une forme de lutte contre la dépression (Mme J), des angoisses d'abandon (Mme H), des angoisses de mort (Mme F) ou encore par une relation anaclitique. Ici, il ne s'agit pas d'établir un diagnostic, ceci n'étant pas le rôle du thérapeute ni celui du travail de recherche. De plus, il me paraît hâtif de poser des hypothèses diagnostiques, n'ayant vu les patientes que deux fois.

Cependant, nous pouvons tout de même souligner que la problématique du sonore est caractérisée par l'absence de limites dans l'espace (Lecourt, 1987). Le son nous atteint de toutes parts. Il nous entoure, nous traverse et nous le produisons même involontairement. Il y a également une absence de limite dans le temps car notre perception sonore est active de jour comme de nuit et ne s'éteint qu'avec la mort ou la surdité complète. Dans le même temps, la musique permet également l'expérimentation des limites via son intensité sonore. Les variations de l'intensité ont été perçues par les patientes, notamment lorsque l'orchestre rentre dans la musique après un long moment de piano seul, calme. Il y a également un autre moment de rupture, lorsque la musique module ; c'est-à-dire qu'il y a un changement de couleur qui rend la musique d'un aspect différent.

En parallèle de ce vécu d'absence de limites, la musique apporte une enveloppe permettant de contenir l'expérience, ce qui paraît tout à fait pertinent dans le cadre des structures relevant d'une problématique limite et donc par rapport à nos sujets.

Conclusion

Dès le début de ce travail, nous avons mis en évidence qu'il est nécessaire de s'intéresser davantage à la prise en charge psychologique de l'obésité. La musicothérapie de manière générale et de manière plus précise l'imagerie guidée par la musique, présentent un intérêt spécifique dans la prise en charge de nombreuses psychopathologies. Malheureusement, les recherches portant à la fois sur la thérapie à dominante musicale et les patients en obésité sont encore quasi inexistantes. Nous avons donc décidé de nous intéresser à ce sujet à travers la technique de l'imagerie guidée par la musique.

Nous n'avons pas pu conclure sur les effets thérapeutiques de l'utilisation de l'imagerie guidée par la musique, compte tenu des limites de ce travail de recherche. Cependant, la séance d'imagerie guidée a favorisé l'émergence de mécanismes pertinents pour les patientes tels que les concepts de contenance et d'enveloppe sonore mais aussi d'alliance thérapeutique dans une perspective clinique et thérapeutique.

La médiation par la musique a permis de soulever des thématiques intéressantes chez les patientes. Celles-ci ont souvent abordé d'autres sujets durant l'entretien de recherche par rapport à l'entretien de bilan. Par exemple, Mme H semble avoir profité de la séance pour aborder d'autres sujets que son travail qui était omniprésent lors du premier entretien.

A partir du morceau choisi, nous avons pu approcher des éléments identitaires des patientes. Celles-ci ont d'elles-mêmes abordé leur rapport avec la musique ce qui m'a paru intéressant à explorer, en particulier dans le contexte familial mais aussi culturel.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire, nous donnant la possibilité de dégager des éléments de réflexion pertinents au regard de la clinique qui pourront être poursuivis ultérieurement.

Limites

Ce travail de recherche nous a confronté à plusieurs limites inhérentes à toute recherche mais aussi plus particulièrement à cet objet d'étude.

Pour commencer, le faible nombre de participants ne permet pas de conclure de façon objective à nos hypothèses. Il était d'ailleurs envisagé d'avoir quatre sujets au total afin de pouvoir avoir deux sujets par condition mais cela n'a pas été possible face aux contraintes du service. Il faut savoir que le taux d'absentéisme est très élevé parmi les patients, ce qui n'a pas

rendu possible d'avoir davantage de sujets pour ma recherche qui se déroulait dans le cadre de mon stage. Par rapport au contrebalancement que nous avons effectué, nous ne pouvons donc pas conclure davantage en comparant les deux conditions du fait de notre petit échantillon.

D'un point de vue contre-transférentiel, j'ai eu l'impression que les patientes ont eu du mal à adhérer à ma proposition de médiation. Par exemple, aucune des patientes n'a fermé les yeux pendant l'imagerie musicale et le concept de respiration n'a pas semblé les convaincre. Malgré tout, j'ai tenté de conserver une posture neutre et de ne pas les influencer par mes questions, mais ce point-là n'était pas évident à maîtriser.

J'ai eu également le sentiment que les patientes se sentaient piégées par mes questions, en particulier pendant l'imagerie musicale. Je me suis demandé si elles étaient déstabilisées ou si elles recherchaient la bonne réponse à ma question. Dans le même temps, les patientes répondaient parfois à côté ou ne répondaient pas. Comme je l'ai évoqué précédemment, j'ai perçu un aspect défensif, mais ce point-là peut être remis en question par le fait que mes questions n'étaient peut-être pas assez claires ou audibles. Afin de compenser ce problème, j'ai essayé autant que faire se peut de ne pas interrompre les silences pendant l'écoute de sorte qu'elles puissent s'imprégner de la musique. Parfois, le fait de ne pas intervenir les incitait à parler. Sur ce point j'ai peut-être été influencée par la séance avec Mme H où j'aurais aimé avoir moins besoin de combler les silences.

De plus, l'ordre des patientes a pu influencer ma façon d'être et de mener l'entretien. En effet, il faut souligner ici l'aspect intersubjectif de l'entretien. La compréhension du phénomène étudié me rend partie prenante, en tant que chercheuse, par ma nature humaine et par le prolongement qui se retrouve dans le recueil de données (Bioy et al., 2021).

Enfin, je note qu'à certains entretiens et en particulier pendant les entretiens de bilan, je portais la blouse, comme les autres praticiens du service. Pendant les entretiens d'imagerie guidée, je ne portais pas la blouse car je me rendais directement dans le service, sans passer par le bureau de ma tutrice de stage. Je me demande si les patientes s'en sont aperçues et si consciemment ou inconsciemment cela a pu changer quelque chose. En effet, j'ai déjà entendu une patiente appeler ma tutrice Docteur et je pense que cela est influencé d'une part par le lieu de l'hôpital, par la méconnaissance de la formation ou du titre de psychologue mais aussi par la blouse qui « place à un rang » ou plutôt qui donne une appartenance à la filière médicale. Cette appartenance me pose question également. La place du psychologue en institution

hospitalière, qui plus est au sein d'une équipe pluridisciplinaire, est à prendre en compte. Pour rappel, ces patientes sont d'ailleurs toutes suivies par un médecin et une diététicienne en parallèle des séances sur le plan psychologique.

Ouverture

Malheureusement, nous n'avons pu effectuer qu'une seule séance avec l'imagerie musicale ce qui implique que nous n'avons pas pu saisir l'évolution potentielle des patientes. Il me paraît pertinent de tester la technique d'imagerie guidée à plus long terme avec au moins plusieurs séances. Ensuite, il serait intéressant de proposer cette technique dans d'autres conditions. Les modifications de la méthode GIM ne sont pas un obstacle à son utilisation et les adaptations sont nombreuses (Grocke et Moe, 2015). Les recherches se penchent notamment sur l'utilisation de cette méthode dans le cadre du groupe et/ou avec des enfants. Il pourrait être intéressant également de tester une condition sans parole pendant l'imagerie musicale. Nous avons fait un choix d'un point de vue méthodologique mais cela a été parfois déstabilisant pour les patientes qui ont pu le verbaliser.

Enfin, nous nous sommes rendu compte que la pertinence de l'imagerie guidée par la musique dépend beaucoup de chaque patiente et de son rapport à la musique. Il me semblerait pertinent de proposer aux patients d'établir un bilan psychomusical avant de débiter les séances. Ainsi, nous pourrions proposer dans une recherche future d'ajouter un premier entretien qui serait dédié à l'histoire sonore et musicale du patient. On proposerait alors au patient l'écoute d'une dizaine d'extraits très courts de morceaux de musique et on observerait ses réactions comportementales et verbales. Ces dernières seraient analysées à partir d'une grille d'analyse en partie inspirée des tests projectifs, soit dans le sens d'une non-indication pour la musicothérapie (éventuellement la suggestion d'un autre mode d'approche), soit la confirmation de l'indication pour la musicothérapie en précisant la méthode et les objectifs. Cette synthèse pourrait être présentée à une réunion d'équipe. Le bilan psychomusical pourrait aussi être utilisé six mois après le début de la prise en charge pour observer l'évolution, voire pour réajuster ou modifier les objectifs et/ou la méthode initialement proposés.

Postlude

Dans cette partie, il est question d'aborder des considérations relevant du positionnement éthique du clinicien, en lien avec ce travail de recherche. Nous aborderons le discours du sujet et sa vérité mais aussi des éléments du contre-transfert.

La vérité

Dans son séminaire "La Télévision", Lacan énonce : "Je dis toujours la vérité". Ce dernier postule que notre inconscient est structuré comme un langage (Lacan, 1964). La vérité de ce que nous disons peut alors échapper à notre conscience. Ainsi, ce que nous disons est toujours partiellement déterminé par notre inconscient. L'inconscient, dit toujours la vérité. En effet, les lapsus, les actes manqués, les rêves, révèlent des vérités cachées sur notre inconscient.

Le sujet est divisé entre le conscient et l'inconscient (Lacan, 1964). Ce qui est dit par le sujet peut contenir des vérités inconscientes que le sujet conscient ignore. Quand Lacan parle de vérité, ce n'est pas la vérité objective ou factuelle mais la vérité de l'inconscient qui se manifeste à travers les mots et les actes du sujet. Dans le Séminaire "Le Moi", Lacan distingue le sujet de l'énoncé (le sujet qui parle dans le discours) et le sujet de l'énonciation (le sujet derrière le discours). Le "je" de l'énonciation est celui qui porte la vérité inconsciente. Quand on ne dit pas explicitement la vérité, il y a une vérité plus profonde de l'inconscient qui s'exprime. Si chaque énoncé n'est pas factuellement vrai, il porte une vérité inconsciente. Par exemple, dans le choix des mots ou la façon de les dire. Chaque acte de parole révèle, de manière plus ou moins voilée, des vérités sur le sujet parlant, en particulier des vérités inconscientes.

En ce sens, le sujet qui parle dit toujours la vérité. Dans le cadre clinique, le patient dit toujours vrai car c'est sa vérité à lui. Même quand il exagère, embellit, brode ou divague, il se dit et en cela réside une part de vérité. Le clinicien se doit d'être à l'écoute de comment le sujet se dit. La vérité est celle du sujet, c'est sa vérité.

Le discours de Mme H illustre bien cette idée. En effet, nous pouvons remarquer certaines incohérences dans son discours. Mme H saute du « coq à l'âne » et parfois son discours n'est pas clair. A certains moments, elle "brode" à partir de tissus assez défensifs avec des banalités. Mais même si son discours semble décousu, elle nous apporte des informations sur ses préoccupations mentales personnelles. Ses paroles traduisent ce qu'elle vit vraiment. Nous pouvons alors nous imprégner du matériel appartenant au sujet. Ici, il nous permet de comprendre que le regard de l'autre sur elle est éminemment important. Elle produit un

monologue en apportant des informations de plus en plus personnelles, nous parlant de ses “intuitions”. Nous pouvons nous rendre compte que certaines phrases nous permettent de percevoir une sorte de méfiance chez elle. Dans la posture de clinicien, nous puisons dans le tissu pour saisir la logique du patient.

Dans le même temps, Lacan tient également les propos suivants : “la vérité ne peut que se mi-dire” (Séminaire “Encore”, 1975). Le terme "mi-dire" implique que toute vérité exprimée est incomplète. Elle est partielle et ne peut jamais être entièrement verbalisée. Cela vient du fait que le langage, en tant que système symbolique, est toujours inadéquat pour transmettre l'intégralité de la vérité de l'expérience humaine. Lorsqu'il y a langage, il y a perte de cette vérité inconsciente qui est nécessairement déformée. En psychanalyse, cette idée signifie que le discours du patient ne peut jamais tout dire. Il y a toujours des éléments de vérité qui échappent à la parole. Le travail du clinicien est donc d'aider le patient à interpréter ces "mi-dits" pour accéder à des significations cachées ou refoulées, ce qui peut renvoyer également à la capacité de rêverie du thérapeute (Bion, 1979). Pour Lacan, l'interprétation psychanalytique n'a pas pour but de révéler une vérité absolue mais de naviguer dans les mi-dits pour approcher des vérités singulières et subjectives. La phrase de Lacan met en évidence la relation complexe entre la vérité et le sujet parlant. La vérité est toujours fragmentée et partielle lorsqu'elle est exprimée à travers le langage. Le psychanalyste est conscient que la parole du patient est toujours partielle. Il ou elle écoute non seulement ce qui est dit, mais aussi ce qui est implicite ou indicible.

La vérité surgit dans les incohérences, les sauts du coq à l'âne, les ambiguïtés. Toutes ces 'irrationnalités' dans le discours sont le terreau pour le travail de réflexion et d'hypothèses du clinicien.

La difficulté pour le thérapeute réside dans le fait de ne pas projeter sa propre vérité, pour combler le manque ou “reboucher les trous”. Sans empêcher le contre-transfert, il ne faudrait pas imposer une vérité au patient qui serait ma vérité. En cela, il faudrait essayer de constater le mi-dire et d'aider le patient à combler le manque de sa façon à lui. C'est accepter la vérité du patient et l'amener par lui-même à une réflexion.

Contre-transfert

Mon contre-transfert qualifié de “maternant” pourrait renvoyer à ma présence comme sujet désirant et donc ayant besoin d’étayage durant les séances. En effet, j’ai eu du mal à trouver la juste distance avec les patientes. Il est possible que je ne me sois pas assez rendue disponible durant la séance, ce qui expliquerait la sensation d’envahissement ressentie. Il aurait été important que je puisse davantage libérer, chez moi, de l’espace pour chaque patiente. En effet, mes attentes ont pu influencer mon contre-transfert, dans le positionnement de la recherche. La difficulté était de ne pas interpréter les propos du sujet pour m’étayer ou me rassurer, combler mon manque à moi. Ce positionnement me semble important à prendre en compte dans la recherche mais également pour réfléchir à ma pratique de future clinicienne.

Ainsi, il semble que j’aurais pu proposer des relances plus judicieuses pour les patientes, en prenant en compte cet aspect. Par exemple, pour Mme H qui était en demande de réassurance, des interactions alternatives auraient pu permettre de répondre à sa demande mais aussi d’approfondir certains sujets évoqués, notamment sa sensibilité au regard des autres.

Concernant les attaques du cadre, elles ne sont pas à entendre au sens du cadre institutionnel. En effet, il n’est pas question ici d’un irrespect des règles. Il s’agirait plutôt du cadre du clinicien. Nous pourrions nous interroger sur ce qu’il en est véritablement. Il est intéressant de se demander si c’est la patiente qui a essayé de me déstabiliser ou si je me suis sentie déstabilisée. Aussi, ce n’est peut-être pas qu’une attaque du cadre mais le ressenti d’une attaque dans mon contre-transfert. Si la vérité ne peut que se “mi-dire”, mon ressenti ne reste qu’une vérité personnelle qui n’est pas absolue.

Bibliographie

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.-J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*(11), CD004517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour research and therapy*, *45*(12), 2874–2883. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.007>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edn Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Anzieu, D. (2003). *Les Enveloppes psychiques*.
- Anzules, C., Haenni, C., & Golay, A. (2007). An experience of art therapy for patients suffering from obesity. *International Diabetes Nursing*, *4*(2), Article 2. <https://doi.org/10.1002/edn.81>
- Backman, M., Browall, M., Sundberg, C. J., & Wengström, Y. (2016). Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *21*, 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.007>
- Barrucand, D. (1970). Catharsis et psychodrame. In: *Bulletin de psychologie*, tome 23 n°285. Le psychodrame. pp. 736-739. DOI : <https://doi.org/10.3406/buppsy.1970.10151>
- Basdevant, A. (2011). *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Médecine sciences publications.
- Benenzon, R. (1981). *Manuel de musicothérapie*.
- Benenzon, R. (1992). *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'Iso* (Edition du Non-verbal).

- Bernstein, J. (2009). Consciousness and interpretation in modern psychoanalysis. *Modern Psychoanalysis*, 34(1),1–11.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bioy, A., Castillo, M. & Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01>
- Blake, R. L., & Bishop, S. R. (1994a). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, 12(2), 125-129. <https://doi.org/10.1093/mtp/12.2.125>
- Blake, R. L., & Bishop, S. R. (1994b). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, 12(2), 125-129. <https://doi.org/10.1093/mtp/12.2.125>
- Bokoch, R., Hass-Cohen, N., Fowler, G., & Liu, L. (2023). Obesity prevention : A pilot study on community workshops delivered by art therapists. *International Journal of Art Therapy*, 28(3), 117-124. <https://doi.org/10.1080/17454832.2022.2123010>
- Bonny, H. (1978). *The role of taped music programs in the GIM process*.
- Bonny, H. L. (1989). Sound as symbol: Guided Imagery and Music in clinical practice. *Music Therapy Perspectives*, 6, 7–11.
- Bonny, H. L. (2010). Music Psychotherapy : Guided Imagery and Music. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 10(3), Article 3. <https://doi.org/10.15845/voices.v10i3.568>
- Brun, A., Chouvier, B. & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chouv.2013.01>
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C. Thomas, Springfield. - *References—Scientific Research Publishing*. (s. d.). Consulté 6 janvier 2024, à l'adresse <https://scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2607808>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy*. Barcelona Publishers.

- Caïn, J. (1982). *Psychanalyse et musique* (Les Belles Lettres).
- Cattell, R.-B., & Saunders, D.-R. (1954). Musical preferences and personality diagnosis : I. A factorization of one hundred and twenty themes. *The Journal of Social Psychology*.
- Carasco, E. (2014). Le sonore dans l'espace thérapeutique. *Psychologues et Psychologies*, 234, XIV-XVII. <https://doi.org/10.3917/pep.234.0003e>
- Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson.
- Dechaud-Ferbus, M. (2011). États limite et hypothèse d'une problématique du sevrage. *Revue française de psychanalyse*, 75, 433-449. <https://doi.org/10.3917/rfp.752.0433>
- De La Motte-Haber, H. (1994). Chapitre premier - Principales théories scientifiques en psychologie de la musique : Les paradigmes. In *Psychologie de la musique* (p. 27-53). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.zenat.1994.01.0027>
- Desrosiers, B. (1996). *Le discours sur la musique, le discours sur l'identité à La Réunion*.
- Dumet, N. & Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 15, 45-66. <https://doi.org/10.3917/pcp.015.0045>
- Forestier, R. (2011). *Tout savoir sur la musicothérapie : L'art-thérapie à dominante musicale* (Favre).
- Gaudin, Y. (2015). *Musicothérapie et autisme : Du chaos à l'organisé*. Université Nice Sophia Antipolis.
- Ghetti, C. (2022). Music therapy for people with substance use disorders. *Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012576.pub3/full>
- Gide, A. (1987). *Les nourritures terrestres*.
- Goldberg, F. S. (1992) Images of emotion: The role of emotion in Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 1, 5–17.

- Goldstein, K. (1995). *The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man*. New York, NY: Zone Books.
- Grauer, P. (2002). Régression, décharge émotionnelle, catharsis : Quelques éléments de réflexion. *Gestalt*, no23, p69-83. <https://doi.org/10.3917/gest.023.0069>
- Grocke, D., Moe, T., McKinney, C. (2023). *Guided imagery & music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Grocke, D & Moe, T. (2015). *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Guilhot, J. (1984). *La Musicothérapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques*.
- He, J., Cai, Z., & Fan, X. (2017). Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity : An exploratory meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 91-103. <https://doi.org/10.1002/eat.22661>
- Heiderscheid, A. (2008). Discovery and recovery through music: An overview of music therapy in eating disorder treatment. In S. Brooke (ed.) *The Creative Arts Therapies and Eating Disorders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Heiderscheid, A. (2012). *Qualitative Analysis of Imagery Themes and Client Perceived Benefits of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with Eating Disordered Clients*. Presented at the International Association for Music and Medicine II Conference in Bangkok, Thailand.
- Heiderscheid, A. (2013a). GIM: Deprivation and its contribution to pain in eating disorders. In J. Mondanaro and G. Sara (eds) *Music and Medicine: Integrative Models in the Treatment of Pain*. New York, NY: Satchmo Press.
- Heiderscheid, A. (2013b). The Bonny Method of GIM and Mandalas: Addressing the Complex, Comorbid, and Underlying Issues of Eating Disorder Patients. 9th European Music Therapy Congress, Oslo, Norway.

- Ingarden, R. (1986). *The Work of Music and the Problem of Its Identity*. Traduction de Adam Czerniawski. Macmillan.
- Jost, J. (1990). *Equilibre et santé par la musicothérapie* (Albin Michel).
- Jost, J. (2001). *La musicothérapie ou l'utilisation de la musique dans un but thérapeutique*.
- Jung, C. G. (1960). *Psychology and Religion*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1962). *Symbols of Transformation: An Analysis of the Prelude to a Case of Schizophrenia* (Vol. 2, R. F. C. Hull, trans.). New York, NY: Harper and Brothers.
- Körlin, D. (2008) Music breathing: Breath grounding and modulation of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM): Theory, method, and consecutive cases. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 11, 79–113.
- Landis-Shack, N., Heinz, A. J., & Bonn-Miller, M. O. (2017). Music therapy for posttraumatic stress in adults : A theoretical review. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 27(4), 334-342. <https://doi.org/10.1037/pmu0000192>
- Larsen, R., & Buss, D. (2008). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. London, United States: McGraw-Hill Education.
- Lecourt, E. (1987). *L'enveloppe musicale: les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.
- Lecourt, É. (2001). La musicothérapie, le groupe et la musicothérapie analytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37(2), 99-112. <https://doi.org/10.3917/rppg.037.0099>
- Lecourt, E. (2011). Les thérapies médiatisées, médiations artistiques. Musicothérapie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(10), 685-689. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.10.011>
- Lee, I., & Kim, Y. (2021). A structural analysis of variables related to therapeutic outcomes as perceived by music therapists and clients in guided imagery and music. *The Arts in Psychotherapy*, 74, 101785. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101785>

- MacDonald, R. A. R., Davies, J. B., & O'Donnell, P. J. (1999). Un atelier de musique pour personnes qui présentent un retard mental : A musical workshop for persons with mental retardation. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 10(1), Article 1.
- Marín-Navarrete, R., Quintero, J., Correas-Laufer, J., Cortés-Ramírez, J., & Villalobos-Gallegos, L. (2016). Psychiatric symptoms, substance use, and other medical conditions in patients with obesity who seek treatment for weight loss. *Salud Mental*, 39(3), Article 3. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.008>
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique* (Synthélabo).
- Mathieu, J. (2018). *Approche psychologique de la résilience chez les personnes en situation d'obésité sévère candidates à une chirurgie bariatrique : Étude des effets d'une prise en charge multidisciplinaire avant chirurgie*. Lorraine.
- McIntosh, H. (2013). Directive Art Therapy and Food Addiction : Motivational Interviewing and Adjunctive Art Therapy in Obesity Management Programs. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S269. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.03.269>
- McKinney, C. H., & Honig, T. J. (2017). Health Outcomes of a Series of Bonny Method of Guided Imagery and Music Sessions : A Systematic Review. *Journal of Music Therapy*, 54(1), 1-34. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw016>
- Morris, B. (2021). *The Development of Therapeutic Alliance in Long-Term and Short-Term Music Therapy Treatment*. <https://digitalcommons.molloy.edu/etd/120>
- Murphy, K. M., & Ziedonis, D. M. (2015). Group Guided Imagery and Music for adults in addiction treatment : A pilot randomized control trial feasibility study. *Journal of the Association for Music & Imagery*, 15, 43-65.
- Newman, C.F. (2002). A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 165–174

- Noyce, R., & Simpson, J. (2018). The experience of forming a therapeutic relationship from the client's perspective: A metasynthesis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(2), 281–296. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208373>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.e éd.). Armand Colin.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 5(1), 11–31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (Brosson).
- Quenot, C. (2012). *Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique*. Lorraine.
- Robbins, A. (2001). Object relations and art therapy. In J. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy* (2nd ed., pp. 54-65). New York: Brunner-Routledge.
- Romano, H. (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatique: 10 contextes cliniques*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.roman.2015.02>
- Reymond, C. (2006). *Musicothérapie et psychothérapie. Approche d'une expérience*. Lausanne.
- Rouget, G. (1980). *La Musique et la Transe*.
- Schaeffer, J. (200). The triangular relationship and the aesthetic countertransference in analytical art psychotherapy. *The Changing Shape of Art Therapy : New Developments in Theory and Practice*.
- Schiltz, L., & Brytek-Matera, A. (2013). Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(4), 625-640. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.02.008>
- Schneider, K., Bugental, J. and Pierson, J. (2002) *The Handbook of Humanistic Psychology*. London: Sage Publications

- Sudres, J.-L., Dupuy, M., Ghrib, F., Desjardins, H., Hubert, I., Glattard, M., Diene, G., Arnaud, C., Tauber, M., & Jouret, B. (2013). Adolescents obèses : Évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.11.001>
- Summer, L. (1992) Music: The aesthetic elixir. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 1, 43–53.
- Summer, L. (1995). Melding musical and psychological processes: The therapeutic music space. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 4, 37–49.
- Summer, L. (2002). Music and Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music (Collected Works of Helen Bonny). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Traumaprojekt Hamburg. (2014). *Structural Analytical Trauma Therapy (SATT): A Concept for Curative Treatment of Complex Trauma*. Presentation at the ESTD 2014 Conference, Copenhagen, Denmark. Available from Traumaprojekt.Hamburg@gmx.de.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. and Steele, K. (2006) *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York, NY, and London: Norton and Company.
- Vinot, F., & Vivès, J.-M. (2014). *Les médiations thérapeutiques par l'art : Le Réel en jeu* (Erès).
- Vrait, F.-X. (2018). *La musicothérapie* (Presses Universitaires de France).
- Verdeau-Paillès, J. (1981). *Le bilan psychomusical et la personnalité*
- Weber, E. (1982). *Le Concile de Trente et la musique* (Champion).
- Westermann, S., Rief, W., Euteneuer, F., & Kohlmann, S. (2015). Social exclusion and shame in obesity. *Eating Behaviors*, 17, 74-76. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.01.001>
- Williams, K. (2018). *Resistance in Music Therapy*.
- Witusik, A., Kaczmarek, S., Kosmalski, M., & Pietras, T. (2023). The role of music therapy in the treatment of obesity and metabolic syndrome—Psychological and medical context. *Polski*

Mercuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, 51(1), 59-63.

<https://doi.org/10.36740/Merkur202301109>

Zenatti, A. (1994). *Psychologie de la musique*. (Presses Universitaires de France).

Annexe 1 : Trame d'entretien de bilan

Nom

Prénom

Date de naissance

Motif de consultation : diabète et/ou obésité

Demande de prise en charge psychologique

Famille

Père, mère, conjoint(e), enfant(s), relations avec eux

Vie sociale, amis, relation avec eux

Gestion de l'alimentation, gestion du diabète (le cas échéant)

Activités sportives

Activités de loisir et/ou de détente

Projets, objectifs

Évènements marquants

Éléments à ajouter

Annexe 2 : Trame d'entretien de recherche

Avez-vous pu choisir une musique à écouter aujourd'hui ?

Prélude

Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Est-ce que vous avez eu des préoccupations récemment ou depuis la dernière fois

La séance se déroulera en deux temps, je vous propose de vous laisser guider. Nous allons commencer par l'écoute d'une musique. Je ne vous dis pas ce que c'est. Vous pourrez alors me dire ce qui vous vient à l'esprit. Cela peut être des sensations corporelles, des émotions, des visions, des sentiments. Vous êtes libres de me dire tout ce qui vous vient. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Induction

Je vous propose de fermer les yeux si vous le souhaitez et de prendre une bonne inspiration et une bonne expiration.

Imagerie musicale

Qu'est-ce que vous imaginez ?

Pouvez-vous décrire ce que vous imaginez ?

Comment vous sentez-vous ?

Comment la musique sonne pour vous ?

Retour

Vous pouvez rouvrir les yeux et prendre une bonne inspiration et une bonne expiration.

Postlude

Comment vous êtes-vous sentie ?

Musique choisie

Est-ce que vous maintenez votre choix de musique ?

Nous allons écouter cette musique et cette fois-ci je ne vous propose pas d'intervenir pendant.

Échange

Comment vous êtes-vous sentie ?

Débrief

Comment cette séance s'est passée pour vous ?

Annexe 3 : Patiente 1 Mme H

1. Analyse de l'entretien de bilan de Mme H

Mme H me semble avenante et réceptive lors de l'entretien. L'entretien a duré 1h15 et j'ai eu beaucoup de mal à mettre fin à la séance car elle voulait absolument finir son histoire et avoir « mon avis » sans me demander directement sur quoi elle se questionnait. Elle souhaitait revenir, en particulier dans l'optique de finir son histoire. Globalement, elle restait distante émotionnellement et évasive sur certains sujets, notamment par rapport à sa relation avec son mari ou encore à propos du conflit avec sa mère. Son travail a pris énormément de place durant l'entretien et a comme « masqué » le reste.

Plusieurs fois, Mme H m'a poussé dans mes retranchements en s'adressant directement à moi presque de manière amicale « Vous voulez que je vous raconte ? » ; « j'aimerais bien votre avis ». Je n'ai pas répondu à ses questions et elle l'a bien compris, sa demande concernant mon avis est revenue à la charge de nombreuses fois, comme pour attaquer le cadre et voir jusqu'où je pourrai aller.

Nous pouvons remarquer certaines incohérences dans son discours. Mme H saute du « coq à l'âne » et parfois son discours n'est pas clair. Elle évoque une gare quand elle était à la Réunion mais il n'y a pas de train à la Réunion. Je note qu'elle utilise le mot « grossesse » mais ne parle pas de terme ni de la naissance de ses enfants. Quelques éléments restent flous sur son envie d'avoir des enfants. Elle dit que son deuxième enfant n'était pas voulu puis me dit que c'était sa mère qui ne voulait pas qu'elle en ait un deuxième. Dans ce cas, qui parle ? La mère ? Le conjoint ? J'observe une sorte de fusion avec l'autre, comme une problématique sur le plan des limites entre soi et l'autre.

La maturité de Mme H, déjà maman à un jeune âge, contraste avec son côté encore adolescent, notamment dans sa manière de parler et de raconter les choses. Elle s'adresse à moi comme à une amie, peut-être du fait de mon jeune âge. Mme H semble faire part d'une certaine immaturité relationnelle, que nous pourrions questionner du fait d'avoir été adulte très tôt par ses responsabilités de mère.

Dans cette idée, je note également une certaine passivité, peut-être même un sentiment de persécution. C'est sa mère qui l'a fait partir, elle est tombée enceinte, elle subit les agressions des clients, elle subit les changements d'humeur de sa collègue.

On observe un mécanisme d'identification/projection avec cette collègue qui vient aussi de la Réunion. Cette collègue est à la fois le bon et le mauvais objet, peut-être cela vient-il parler de son rapport conflictuel avec sa mère ou encore avec elle-même.

On observe également un mécanisme de clivage qui ressort par le contraste entre La Réunion et La France, son arrivée ayant été tellement décevante. L'idéalisation d'un ailleurs meilleur est finalement une grande déception, même désillusion. On peut se demander ce qu'elle s'imaginait avant de partir et il aurait été intéressant de creuser sur ce point.

Je ressens beaucoup de colère et un sentiment d'injustice chez Mme H lorsqu'elle parle de son travail. Ce sont des émotions latentes qu'elle n'arrive pas à verbaliser ou à reconnaître. Je ressens comme une pulsion agressive contenue en elle. Il semble que ses assises narcissiques soient très basses et qu'elle rejette cette agressivité vers l'extérieur. Je me demande si Mme H se place en position de victime ou si elle est simplement perdue.

Enfin, Mme H raconte avec beaucoup de détails certaines choses qui pourraient paraître insignifiantes, notamment les « carottes orange » ou encore les « vélos bleus » mais également sa précision ultime des dates. Cela pourrait s'expliquer par une manière de ne pas entrer dans les affects, quelque chose de défensif. Je l'ai laissée parler et j'ai tenté d'être patiente quand elle me racontait tous ses détails pour laisser le temps à l'élaboration. Mais il est vrai que tous ses détails me font trouver le temps long sur le moment et j'ai parfois du mal à ne pas décrocher.

2. Entretien de recherche Mme H

Mme H n'a pas réfléchi à une musique de son choix.

Prélude

D'emblée, Mme H me semble préoccupée mais ne souhaite pas rentrer dans les détails. Elle finit par dire qu'elle est fatiguée, comme pour couper mon interrogatoire, peut-être trop direct pour débiter. Elle revient sur cette « boule au ventre » d'aller au travail. Je décide de ne pas revenir dessus pour l'instant mais de voir si cette thématique reviendra durant la séance. Je lui explique le principe et le contenu de ce qui est prévu pour aujourd'hui.

Induction

Je lui propose de fermer les yeux et de prendre une bonne respiration. Elle garde les yeux ouverts et respire sans trop de conviction. Je me demande si elle est vraiment là avec moi. Je démarre la musique.

Imagerie musicale

Au bout de quelques secondes, ses premiers mots sont « ça fait tout drôle ». Mme H semble décontenancée et ne sait pas quoi me dire. Je lui laisse un moment de répit.

Elle pense alors à ses enfants et à sa grossesse car la musique lui fait penser à une berceuse. Quand je la relance sur le sujet, une vague d'émotions arrive et elle commence à pleurer. Elle se cache pour pleurer, la tête entre les mains. J'ai de la peine pour elle.

Un long moment passe et j'essaie de la ramener à l'entretien. Elle a du mal à verbaliser sur le coup et ne sait pas vraiment dire ce qu'elle ressent en termes d'émotions ou de sensations mais elle me dit qu'elle pleure souvent en écoutant de la musique.

La musique se poursuit, elle pleure toujours mais rigole en même temps. Elle réussit à verbaliser un peu sur sa honte de pleurer et au fait de « montrer ses faiblesses ». La musique s'arrête, elle rit, comme gênée par le silence mais aussi par tout ce qui vient de se passer.

Postlude

D'un seul coup, elle arrive à verbaliser énormément ses angoisses : la peur de ne pas être comprise, la peur d'être à la merci de son conjoint mais aussi la peur de ne pas subvenir aux besoins de ses enfants, la peur d'échouer envers elle-même et envers le regard des autres. Je lui demande si elle a déjà échoué et elle me dit qu'elle a réussi à l'école malgré le fait d'être enceinte en même temps et qu'elle est fière d'elle mais « pas assez » car elle a beaucoup à se prouver à elle-même. Sur le moment, je la trouve à la fois courageuse et exigeante envers elle-même.

Elle voudrait « une vie sans souci, de la stabilité, être bien chez soi, un boulot bien, sans personne méchante ». Plusieurs fois elle reviendra sur le fait qu'elle voudrait que « ça redevienne comme avant ». Mme H avait construit une sorte de carapace pour se protéger, elle avait « le cœur noir ». D'ailleurs, avant elle « mangeait la vie ». Cette expression retient sur le coup mon attention par rapport à sa problématique liée à la nourriture. Mais je n'ai pas la possibilité de revenir sur ce qu'elle dit, d'un seul coup c'est comme si tout sortait et elle me parle longuement, donnant énormément de détails mais sans dire ce qu'elle ressent. Elle n'arrive pas à verbaliser d'émotions. Pourtant, je ne vois que ça, pour moi l'émotion déborde à ce moment-là.

Elle me raconte une anecdote récente où elle a emmené ses enfants à l'hôpital et elle a trouvé que la secrétaire lui parlait mal. Le mot « agressée » me vient et cela me fait penser aux agressions qu'elle a vécues et observées au travail. Lorsqu'on aborde la question de ses enfants,

le visage de Mme H s'illumine et elle arbore un grand sourire. Ses enfants c'est « tout pour elle ». D'ailleurs elle s'inquiète beaucoup pour ses deux filles, particulièrement sur le plan de la nourriture, sur lequel elle insiste plusieurs fois, il me semble que c'est très inconscient.

Morceau choisi

Je lui propose d'écouter une musique de son choix. Elle choisit une musique de la chanteuse Indila, intitulée « Love Story ».

Pour la 2e fois, quand je mets la musique, elle se met à pleurer. Cette fois-ci pas d'intervention verbale demandée, elle ne fait donc que pleurer en silence. Il me vient que cela me semble purificateur pour elle, même si elle se cache pour pleurer, la tête entre les mains. Une foule de pensées me viennent, je pense aux paroles qui m'évoquent plein de choses et qui m'ont l'air intéressantes dans son cas. Je me sens très scolaire et j'ai envie de bien faire. Je pense au fait que la musique s'appelle « Love Story ».

Échange

Après la musique, je lui demande comment elle s'est sentie. Elle me dit que cette chanson raconte toute sa vie, qu'elle repense à tout. Elle me cite des paroles de manière très précise : « je serai riche et je te donnerai toute mon âme ». Cela lui fait penser à ses enfants pour qui elle veut « tout donner ». Puis, « si tu m'ignores je me battraï encore et encore », cela fait référence à son mari. Elle a peur de l'abandon, peur que « son mari la quitte ». Je lui demande si elle a déjà imaginé qu'ils ne soient plus ensemble et elle me dit que ce n'est pas quitter dans ce sens-là mais ne veut pas dire le mot. Pour elle, ils resteront toujours ensemble sauf si « ce truc-là » les sépare. A ce moment-là, énormément d'émotions surgissent chez elle. Elle me dit qu'il a « tout fait pour elle », quand elle était « en galère » il l'a aidée. Sa façon d'en parler m'interpelle car c'est comme si sans lui elle n'était rien.

Elle me redit qu'elle a toujours des intuitions quand quelque chose ne va pas, qu'elle sait reconnaître les personnes malsaines. Elle revient alors sur son travail, sa collègue qui lui a dit qu'elle était parano mais c'est juste que « c'est vrai elle a des intuitions ». Je ressens l'envie de parler de ses enfants, je me demande quel âge ils ont car elle ne l'a pas dit. J'ai envie de demander si elle pense que moi je suis une mauvaise personne Elle me coupe la parole plusieurs fois.

Je prends le « vous » comme si elle s'adressait à moi et je me sens assez vulnérable à ce moment-là. Également lorsqu'elle ajoute pour m'apostropher « vous vous rendez compte !! ».

Je me dis que tout ça ne correspond pas à ses valeurs et je me demande et lui demande quelle émotion vient là. Mais Mme H n'arrive pas à mettre de mot sur l'émotion et me dit qu'elle « s'en fout ». Sur le moment je n'en suis pas si certaine car elle m'en a parlé pendant un long moment.

Je reviens sur ses enfants et elle me dit qu'ils ont 2 ans et un an et qu'ils sont malades. Je sens que ça l'inquiète particulièrement. Elle revient sur son mari et m'explique que c'est « un tout, c'est son ami, son meilleur ami, son voisin, son cousin et son frère ». Sur le moment, cela me fait sourire. Elle me parle alors de son oncle qui est décédé à l'hôpital. Je lui demande de quoi cet oncle est mort, elle me répond « vous allez me détester ». Elle me dit alors que ce sont « les médecins qui l'ont tué ». A l'époque elle était au lycée, elle a fondu en larmes devant ses parents et a beaucoup pleuré parce que c'était pour elle une injustice.

Je lui demande pourquoi elle a choisi cette musique et elle me dit que pour elle c'est l'amour, la vie, le résumé de sa vie, à la fois positif et négatif. Habituellement, elle écoute de la musique de ses origines pour « s'ambiancer ». Elle n'écoute pas trop la musique d'Indila mais elle aime bien le son des basses et le violon.

Elle me dit qu'elle ne connaissait pas la première musique que l'on a écoutée, que ce n'est pas son style mais que ça ferait une bonne berceuse pour dormir, se sortir quelque chose de la tête. Cela la fait associer sur les bruits de la mer qu'elle écoute parfois.

Elle se sent vidée, elle pensait qu'elle n'allait pas pleurer mais ne semble pas pouvoir retenir ses larmes. Mme H me précise dans le même temps qu'elle veut toujours mon avis sur son histoire avec sa collègue mais également mon avis sur si cela peut l'affecter sur son poids.

Elle ressent le besoin de s'écouter, elle essaye mais elle est fatiguée et ne sait pas comment se reposer. A ce moment, j'ai vraiment l'impression que la musique a posé un cadre et que là ses pensées vont et viennent partout et que je n'arrive pas à la recentrer. J'ai un très fort contre transfert d'une amie à moi qui lui ressemble et ça me prend vraiment aux tripes.

Elle a beaucoup de réflexions qui semblent assez confuses ou peut-être ambivalentes. Par exemple, elle voudrait que cela redevienne comme avant mais l'ancienne elle-même lui fait peur. Elle se dit joyeuse mais n'a pas envie de l'être avec certaines personnes. Elle voudrait être égoïste mais pour elle « cela ne rime pas avec gentillesse ».

A la fin je me demande si moi j'arrive à la cadrer et je sens que mon attention diminue. Elle me demande comment je fais pour ne pas pleurer et sur le coup je ne m'attendais pas du tout à cette question, je n'ai donc pas répondu. Avant de partir, elle veut savoir si elle a les yeux rouges et si ça se voit qu'elle a pleuré car son mari risquerait de se demander pourquoi elle a pleuré.

Annexe 4 : Patiente 2 Mme F

1. Analyse de l'entretien de bilan Mme F

L'entretien de Mme F se rapporte beaucoup aux différents décès qu'elle a vécus. Il me semble que la mort soit aussi associée à une forme de superstition dont elle me fait part. La journée précédent la mort du frère, la mère avait acheté des soucis (fleurs) et elle lui avait dit « tu vas nous faire avoir des soucis ». J'ai eu l'impression que c'était là l'expression de sa culpabilité, comme si elle voulait contrôler la situation. D'ailleurs Mme F se fait « du souci » pour ses enfants.

Ses angoisses de mort prennent beaucoup de place durant l'entretien. Elle craint qu'il arrive des choses à sa famille et fait un peu le lien avec tous les décès. Mme F ne leur en fait pas part, elle essaye de penser à autre chose et ne leur dit pas. Pour elle, chaque événement de vie contrariant favorise son angoisse mais il me semble qu'elle parle davantage de son angoisse par rapport aux autres et du fait qu'il leur arrive quelque chose mais par forcément par rapport à elle. J'ai l'impression qu'elle rejette vers l'extérieur son angoisse, comme si elle ne pouvait pas être angoissée pour quelque chose qui la concerne « elle ». Mme F paraît constamment en train de vivre à travers l'autre et cela semble s'expliquer par le fait d'avoir dû s'occuper beaucoup de ses parents, peut-être jusqu'à s'oublier elle-même.

A travers mes questions, elle évoque la dynamique familiale et transgénérationnelle. La description de son mode d'éducation avec ses enfants est en totale opposition avec celle qu'elle a reçue, dans une forme de clivage très fort. Sur le plan familial, je m'interroge sur la présence de ses parents dans sa vie qui semblent avoir beaucoup travaillé. Je remarque une opposition par rapport à ses deux sœurs. Une est sa confidente tandis qu'elle est en conflit avec l'autre à cause d'une histoire familiale. Elle m'explique que sa sœur ne s'est pas occupée de leurs parents mais aussi qu'un jour un oncle a failli taper le père, et que la sœur a soutenu l'oncle et sa belle-famille. Cette dernière traitait leur père « d'alcoololo » et Mme F ne peut pas accepter cela. Elle a donc coupé le contact. Je me demande s'il n'y a pas aussi une forme de rancœur chez Mme F qui a dû beaucoup s'occuper des parents alors qu'elle était la fille cadette ?

Je note la prédominance de symptômes d'ordre psychosomatique comme des allergies ou encore sa crise d'asthme, un mois avant la retraite. Mme F se décrit avoir été en surpoids jeune même si les poids qu'elle me donne sont dans la norme. Je note également le fait qu'elle soit catégorique sur le fait de ne pas vouloir être opérée et cela m'interroge car elle était aide-soignante en chirurgie. Je vois ici éventuellement un lien avec ses angoisses la concernant et donc qu'elle ne verbalise pas directement.

D'un point de vue de la demande, Mme F dit se sentir bien sur le plan de l'humeur et ne souhaite pas poursuivre de suivi psychologique. Je m'interroge sur ce point car ses angoisses semblent être liées concrètement à des phénomènes de compulsion, chose sur laquelle elle est lucide. Je présume donc que tant qu'elle ne pourra pas gérer ses angoisses, ou du moins les accepter et peut-être faire le(s) deuil(s) des membres de sa famille, elle ne pourra pas gérer son trouble alimentaire, ou du moins le symptôme se déplacera sur autre chose. En fait, elle se place dans un fonctionnement assez rigide dans lequel elle ne semble ni pouvoir ni vouloir sortir, ce qui implique qu'il paraît compliqué de pouvoir travailler avec cette patiente. Pourtant, elle accepte de revenir pour l'entretien de recherche avec entrain. Je suis alors curieuse de savoir comment elle pourra se saisir de cette séance. Je la retrouve globalement dans une attitude assez passive, elle "demande à voir" ce que va donner la séance.

2. Entretien de recherche Mme F

Prélude

Mme F avait réfléchi à la musique de son choix : Bénabar, « 4 murs et un toit ». Elle me dit qu'elle n'a pas de préoccupations récentes sauf sa voisine. Je n'ai pas creusé ce point car elle l'a dit très vite, comme si elle ne voulait pas en parler. J'étais aussi assez concentrée donc je n'ai pas forcément relevé sur le moment, me disant qu'elle y reviendrait peut-être par la suite, ce qu'elle n'a pas fait.

Induction

Je propose à Mme F de fermer les yeux si elle le souhaite et de prendre une bonne inspiration et une bonne expiration. Mme F ne ferme pas les yeux, elle respire amplement.

Imagerie musicale

A l'écoute de la musique, Mme F parle de détente et de relaxation. Elle m'explique gênée que ce n'est pas quelque chose qu'elle pratique car elle n'aime pas ça. Pourtant, elle va régulièrement chez l'acupuncteur qui met ce genre de musique « douce », ce qui lui convient. Elle précise qu'elle aime bien la musique classique.

Elle ajoute « vous allez rire », comme si elle savait qu'elle me délivrait des informations en me confiant ses pensées. Je peux donc supposer qu'elle est assez lucide sur ses propres angoisses. Elle pense en fait à une musique d'enterrement, au moment des crématoriums. C'est

intéressant puisque Mme F a un rapport particulier avec la mort qui représente une angoisse majeure pour elle.

Au moment où l'orchestre rentre dans la musique, Mme F trouve cela plus gai. Pour elle c'est la vie qui reprend, l'avenir. Je sens alors la contradiction avec la mort, évoquée précédemment. Mme F a dû mal à décrire les émotions qu'elle ressent. Elle essaye de démarrer une réponse qui n'aboutit pas.

Un moment après, elle repense à son enfance et à sa vie, représentant pour elle des moments heureux. Elle associe la musique à de bons moments.

Il me semble qu'elle ne comprend pas toujours mes questions, ou alors que les questions sont difficiles pour elle. Pourtant, elle apporte alors des éléments sur autre chose, comme son côté optimiste où elle essaye de « voir la vie du bon côté ».

Mme F pense alors à un ballet. Elle a dû mal à développer et à créer des images malgré mes interventions dans ce sens. Elle me parle des concerts du nouvel an qu'elle voit à la télévision tous les ans. Encore une fois dans un registre positif avec des mots comme « belles », « ça repose beaucoup », « c'est magnifique ».

Mme F ne parle plus jusqu'à la fin de la musique.

Postlude

Le silence se poursuit une fois la musique finie. Comme gênée, elle me demande « ça vous va ? ». Je m'interroge alors sur ce point car je me demande si elle comptait partir ou si elle demandait mon approbation pour savoir si elle avait bien répondu à mes questions.

Au départ, il semble difficile pour elle de développer davantage autour de la musique mais quand je ne pose plus de questions, des pensées lui viennent. Elle me parle de séances chez l'esthéticienne où il y avait de la musique lorsqu'elle faisait des soins du visage. Par association libre, cela l'amène sur la thématique du corps et en particulier des massages qu'elle dit détester. Le médecin lui avait proposé d'en chercher la raison mais elle n'a pas trouvé. Mme F n'est pas tactile et ce depuis l'enfance. La proximité du contact direct la gêne. Elle me dit que l'acupuncture la soulage pour son asthme. Je me dis que c'est une ressource pour elle, un moment à soi où elle peut prendre soin de son corps.

Morceau choisi

Nous écoutons la musique de son choix. Elle choisit la musique de Bénabar, « 4 murs et un toit » et me précise que cette chanson lui correspond davantage. Sans l'avoir écoutée ni la connaître, je pense déjà que le titre est intéressant vis-à-vis de la problématique de Mme F, au niveau de la dynamique familiale.

Mme F me précise qu'elle ne connaissait pas la musique écoutée précédemment. Elle me parle de sa relation à la musique classique qu'elle n'écoute plus beaucoup même si c'était le cas auparavant et de sa passion pour Richard Clayderman, un pianiste qui a composé des musiques de films.

Échange

Après la musique de Bénabar, Mme F cherche mon approbation en disant que cette chanson est belle. Cette chanson représente pour elle « la vie, les enfants qui arrivent, partent, reviennent, grandissent et prennent leur indépendance ». Elle me parle alors de son rapport au foyer ayant habité un appartement, en contradiction avec ses parents qui vivaient dans une grande maison, où sa mère faisait tout le temps le ménage. Quand ils ont acheté l'appartement avec son mari, ils prévoyaient de prendre une maison plus tard mais ils ont finalement décidé de rester, ils y vivent donc toujours. Elle m'explique qu'elle est contente d'y accueillir sa petite fille.

Elle me parle de sa fille qui est revenue vivre chez elle pendant quelque temps. Cela l'amène sur l'éducation qu'elle veut donner à ses enfants, en rapport à l'éducation qu'elle a pu recevoir. Selon elle, ses parents la laissaient en autonomie et justement n'étaient pas possessifs. Elle a essayé de transmettre cette éducation à ses enfants et je me demande si ce n'est pas cela qui est difficile pour elle. Elle me paraît être une mère et une grand-mère possessive de par ses angoisses de mort mais dans le même temps, elle se refuse à elle-même car ce n'est pas ce qu'elle veut renvoyer. J'imagine que c'est pour cette raison qu'elle ne parle pas à ses enfants de ses angoisses.

Mme F vient à me parler d'un élément intéressant qu'elle avait omis la dernière fois. Elle fait le lien entre cet élément et le fait qu'elle est « quand même pas mal avec la mort ». Je me dis alors qu'elle est lucide sur le plan de ces angoisses de mort. Mme F me dit qu'elle a été hospitalisée 2 mois « ici » quand elle était bébé (à comprendre comme à l'hôpital). D'emblée je me dis qu'en revenant « ici », un phénomène de régression s'observe.

Elle m'explique que c'est sa sœur qui lui a dit qu'elle avait « l'estomac tordu », des selles qui sentaient très fort au point que sa sœur se souvienne vraiment de l'odeur désagréable. Elle pense qu'elle a dû se déshydrater et être amenée à l'hôpital. A ce moment-là, je ne comprends pas tout car son discours devient un peu incohérent, elle parle beaucoup et très rapidement. Je suppose que c'est justement "l'angoisse qui parle". Elle parle clairement et ne semble pas gênée d'utiliser un langage parfois un peu cru.

Elle fait le lien avec ses enfants et « la séparation » parfois difficile quand ils allaient chez la nourrice. Ce lien n'est pas très clair dans son discours mais semble clair dans son esprit. Elle m'explique que lorsqu'elle emmenait sa fille au centre aéré, celle-ci avait mal au ventre. J'imagine qu'elle fait le lien aussi par rapport à cette problématique du ventre mais qui s'est arrangé chez sa fille ensuite.

Mme F n'a pas eu d'autres problèmes intestinaux ensuite mais il est vrai que cette problématique autour du ventre questionne, d'autant plus que Mme F est une patiente en obésité, qui plus est de morphologie androïde ce qui signifie que la graisse sous-cutanée s'accumule au niveau du haut du corps et du ventre.

Mme F m'explique alors qu'elle a été pratiquement tout le temps malade jusqu'à 6 ans, raison pour laquelle elle n'est pas allée à l'école maternelle, tout comme ses enfants. Elle a l'air interrogative et est en demande que je fasse le lien et lui donne une réponse pour savoir si son « subconscient » est en lien avec tout ça.

Elle associe alors sur le fait que sa mère lui disait qu'elle était « la tuile » car elle n'était pas prévue. Les conditions de travail du père ajoutées à un hiver vigoureux ont fait que sa naissance a été associée à un moment compliqué. Sa mère avait d'ailleurs de l'eczéma de la tête aux pieds. Je me dis alors qu'il y a une problématique transgénérationnelle importante au niveau psychosomatique, qui peut aussi expliquer la prise de poids de Mme F. Mme F semble banaliser les propos de sa mère et de sa sœur. Il n'y a pas d'émotions concernant le fait qu'elle n'était pas prévue et que sa venue ait « posé problème à la famille », qui ce Noël-là n'a pas pu offrir de cadeaux à ses frères et sœurs.

Mme F se décrit comme une enfant sage et obéissante, tout comme ses enfants le sont. A ce moment-là, il se passe quelque chose dans le contre-transfert pour ma part, ayant été moi aussi une enfant sage et obéissante.

Mme F ne laissait pas ses enfants ouvrir les volets, de peur qu'ils tombent par la fenêtre. Même si je le comprends, ces derniers habitant au neuvième étage, cela parle ici de son angoisse de mort et de perte.

Mme F me dit qu'elle est calme mais a parfois 5 minutes de folie. Étonnée, je décide de creuser sur ce point mais elle a l'air alors très défensive. Elle se met à reparler de ses enfants et fait le lien entre les otites de son fils et son humeur.

Elle me dit qu'elle a « compensé par des chats », dont elle s'occupe beaucoup. Elle a une chatte qui a déprimé et un chat retrouvé abandonné dont elle a décidé de s'occuper. Si elle ne fait pas le lien direct, elle me dit que sa chatte est « comme un gosse » et je pense forcément au fait que les chats remplacent ses enfants qui sont partis, ce qui est toujours douloureux pour elle même si cela est difficile à avouer.

Annexe 5 : Patiente 3 Mme J

1. Analyse de l'entretien de bilan de Mme J

Je note la grande pression qui semble avoir toujours pesé sur elle de la part de ses parents. Dès 8 ans elle est suivie pour son poids à la demande du père alors que sa corpulence est normale. Le père projette son angoisse, ayant lui-même été en obésité dans sa jeunesse. Mme J se comporte alors en opposition. D'abord dans l'adolescence par des mensonges et des vols. Elle est encore dans ce fonctionnement mais sous forme de désaccords sur ses études ou sur la prise en charge de son poids.

Il me semble qu'il y a un mécanisme de faux self dans la famille, comme si tout allait bien. Je m'interroge sur l'enfance de Mme J, en particulier sur des carences émotionnelles qui pourraient expliquer le besoin d'étayage très important, qui se ressent particulièrement dans sa demande.

Elle entretient une relation compliquée avec le frère qui me semble très ambivalente. Ils ont été beaucoup en compétition dans l'enfance et semblent mieux s'entendre aujourd'hui même si elle lui reproche beaucoup de choses.

Mme J semble avoir vécu un épisode dépressif dans son adolescence. J'ai le sentiment qu'il n'a pas totalement été résolu et qu'elle est en lutte constante contre la dépression. Elle ne fait plus de crises d'angoisse du tout mais son humeur est difficile à gérer. Elle exprime beaucoup de colère contre elle-même et pleure beaucoup et souvent. L'image de soi et l'estime de soi sont très dépréciées.

La solitude est très difficile à vivre pour elle, cela la ramène à un état de vide qui semble très douloureux et tellement insupportable qu'elle a dû emménager très rapidement avec son copain pour le combler. Ce sentiment de vide se retrouve dans l'angoisse palpable lors des moments de silence qu'elle tente de combler en parlant beaucoup. Je retrouve ce sentiment de vide également dans ses études où elle s'ennuie. Cela me fait penser au concept de bore-out dans lequel on retrouve des symptômes similaires du burn-out causés par une sous-stimulation dans le travail.

Lors de son adolescence, elle avait été suivie psychologiquement, ce qui semble avoir été une grande ressource pour elle. Elle a fait un gros travail en terminale dans son suivi psy sur ses relations aux autres car les rapports étaient très déséquilibrés. Elle essaye d'écrire tous les jours dans un carnet où elle fait un suivi de ses habitudes, des soins matins et soirs pour prendre soin de son corps. Elle note aussi si elle a bien mangé et bien bu. Cela lui permet de prendre du recul sur sa semaine voire son mois. Sa porte de sortie est dans sa projection de déménagement

à Reims avec son copain. Elle a aussi le projet d'une grande maison avec un potager et des enfants, pour plus tard.

2. Entretien de recherche Mme J

Morceau choisi

Mme J a choisi Comptine d'un autre été de Yann Tiersen. C'est une musique issue du film « Le fabuleux destin d'Amélie Poulain », pour piano seul. Mme J m'explique qu'elle sait jouer cette musique au piano, c'est une de ses musiques préférées.

Induction

Je lui propose de fermer les yeux. Sur le moment, j'ai oublié de lui proposer de respirer.

Imagerie musicale

Au départ, un long moment de silence. Je lui demande si des choses lui viennent. Elle me dit que c'est le genre de musique qu'elle écoute beaucoup et que cela l'apaise car elle ne pense à rien, contrairement au reste du temps. Il y a plusieurs longs moments de silence. Elle me dit ne pas ressentir quelque chose de particulier à part du vide, elle est concentrée sur la musique, je la laisse dans sa réflexion.

Un peu après elle me parle des films ou animés japonais du Studio Ghibli, du producteur Miyazaki qu'elle regardait beaucoup quand elle était enfant en particulier. Elle pense aux films mais sans associer avec des images.

Elle trouve que le piano sonne toujours un peu mélancolique. Là-dessus elle associe sur plein de choses, le fait qu'elle écoute de la musique quand « ça va très bien » ou « très mal ». Quand elle va mal, elle écoute plutôt des chansons avec des paroles. Elle m'explique qu'elle écoute moins de musique qu'avant car elle a plutôt des films ou séries en fond sonore. Du fait de son travail, elle écoute des musiques d'enfant. Son copain écoute beaucoup de musique.

Elle reste silencieuse sur la fin de la musique puis baille.

Postlude

Elle me dit qu'elle a beaucoup aimé, qu'elle ne pense pas connaître la musique car elle écoute plutôt du piano seul. Elle pourrait le réécouter. Elle a des playlists entières de morceaux

de piano. Je reviens sur les associations qu'elle fait entre la musique qu'elle écoute et son humeur. Elle me dit qu'elle écoute des musiques tristes avec des paroles pour pleurer, comme un purgatoire de ses émotions finalement. C'était particulièrement le cas au lycée où elle avait du mal à exprimer ses émotions, elle avait besoin de cet « appui » pour libérer ses pleurs. Aujourd'hui, elle se sent davantage libre d'exprimer ses émotions car elle est entourée de personnes bienveillantes.

Elle regarde dans son téléphone les musiques qu'elle écoutait. Elle me cite « Train Wreck » de James Arthur, les Conan Grey, Lewis Capaldi, Birdy ou encore James Young. La playlist s'appelle « Triste » avec un sous-titre « pleurer un coup ça ira mieux après » et dure 2h42. Mme J parle alors pendant un long moment de ses crises d'angoisse à l'époque. Elle associe sur le fait d'être très sensible et que cela était et reste difficile à vivre avec ses parents. Son père a beaucoup de mal à la voir pleurer et se défend par de l'agressivité. Cela engendre toujours des conflits, récemment autour de ses projets professionnels. Elle souligne le fait de ne pas supporter voir sa mère pleurer en particulier et je le retiens car elle ne m'a pas beaucoup parlé de sa mère jusque-là.

Mme J parle beaucoup et associe très facilement en imaginant à l'avance des questions que je pourrais poser auxquelles elle répond. Elle me dit qu'elle est une vraie « éponge » à émotions des autres, ce qui est parfois compliqué à gérer. Mme J va parfois voir une ostéopathe avec qui elle fait de la kynergie, qui lui conseille de se construire un bouclier pour se protéger.

Après un silence, je lui demande où elle en est par rapport à sa demande de suivi psychologique. Je sens qu'elle a peur d'être illégitime en quelque sorte car elle dit aller mieux qu'au lycée ce qui lui fait questionner le fait d'avoir besoin d'un suivi. Elle est très ambivalente à ce propos. J'ai l'impression qu'elle cherche des excuses et c'est ce qu'elle finit par me dire ensuite. Elle met des barrières, sortes de mécanismes de défense. Elle me dit qu'elle repousse tout à l'année prochaine et que l'année dernière aussi et cela n'avait pas fonctionné car elle semble être dans une forme de cercle vicieux de procrastination sur ce plan. J'ai l'impression qu'il y a quelque chose de dépressif là-dessous.

Mme J me parle de la possibilité de son départ à Reims, en fonction de sa recherche d'alternance et de celle de son copain. Là aussi elle est très ambivalente et ne sait pas vraiment ce qu'elle voudrait. Rester à Nancy lui permettrait de passer du temps avec son frère. J'ai l'impression qu'elle retourne le problème dans tous les sens et je la laisse réfléchir. J'ai aussi du mal à suivre car je n'ai pas tout compris dans le fonctionnement de sa formation.

Ses parents voudraient qu'elle aille jusqu'au diplôme d'éducatrice de jeunes enfants mais ce n'est pas ce qu'elle veut. Pour l'instant, elle reste sans réponses des alternances.

Comme il nous reste du temps, je lui demande s'il y a d'autres choses dont elle voudrait parler. Sur le moment elle paraît gênée et ne sait pas. Mais finalement elle me dit qu'elle essaye de se donner des objectifs qu'elle ne tient pas à cause de la « flemme » qui devient de la fatigue par un mécanisme de cercle vicieux. Je sens qu'elle essaye de se donner des objectifs élevés mais jamais dans l'optique de détente ou de plaisir, ce qui ne fonctionne pas sur le long terme. Elle pense que cela ira mieux quand elle aura des réponses concernant les examens de santé mais aussi compte profiter des vacances pour « se reposer en pleine conscience ». Je suppose qu'elle culpabilise beaucoup par le fait de ne rien faire en semaine et a besoin d'un temps « banalisé » pour « s'autoriser » à ne rien faire.