

Musicothérapie réceptive auprès d'adolescents en milieu hospitalier

Présentation d'un protocole de détente psychomusicale instrumentale pour les personnes souffrant d'anorexie mentale : le « DÉPi-AM »

[Receptive Music Therapy and Anorexia Nervosa in Hospitalized Adolescents. Presentation of a Psychomusical Relaxation Protocol: The "DÉPi-AM"]

Stéphane Scotto Di Rinaldi, Ph.D(c), BMT

Résumé

La prise en charge de l'anorexie mentale reste encore difficile notamment en phase aiguë nécessitant une hospitalisation (Peretti et Bargiacchi, 2017). En France, les prises en charge traditionnelles sont axées davantage sur la parole et son émergence pour le patient et sa famille. On peut aussi avoir recours aux thérapies non médicamenteuses et non verbales, mais cela n'est pas fait de manière systématique. Après une recension de la littérature sur la musicothérapie auprès de personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires, en particulier l'anorexie mentale, nous présenterons les modalités de fonctionnement d'un protocole groupal de musicothérapie réceptive : la détente psychomusicale instrumentale pour personnes souffrant d'anorexie mentale (que nous avons nommé « DÉPi-AM ») appliquée à des adolescents hospitalisés. Durant plus de deux ans, nous avons utilisé le DÉPi-AM dans des moments vécus ou perçus comme hautement anxiogène pour les jeunes patients hospitalisés. Nous illustrerons l'utilisation de ce protocole par quelques données et observations cliniques qualitatives basées sur notre pratique que nous discuterons. Nos premiers résultats exploratoires et observations cliniques dénotent une recrudescence des émotions négatives en l'absence de séance

de musicothérapie et une augmentation des pensées positives et d'une perception des effets de relaxation en cours de séance. Nous proposerons également une réflexion plus étendue sur l'utilisation de la musique à des fins de relaxation, dans le cadre de la pratique de la musicothérapie, et nous tenterons d'esquisser un profil de patients pour qui cette démarche thérapeutique pourrait s'avérer pertinente dans un parcours de soins pluridisciplinaires.

Mots-clés : *Anorexie mentale, troubles des conduites alimentaires, musicothérapie réceptive, détente psychomusicale, relaxation, adolescent, unité d'hospitalisation*

Abstract

The treatment of anorexia nervosa remains challenging, particularly during the acute phase that requires hospitalization. In France, traditional care centres on talk therapy with the patient and their family; although non-pharmacologic and non-verbal therapies may be used, they have not been applied systematically. After a review of the literature on the use of music therapy for eating disorders, focusing primarily on anorexia nervosa, we will present the modalities of a group protocol of receptive music therapy (which we have termed DéPi-AM) applied to hospitalized adolescents suffering from anorexia nervosa. For more than two years, we used DéPi-AM in institutional situations that patients were experiencing as highly anxiety-inducing. We will discuss the use of this protocol through qualitative clinical data and observations from our practice. Our preliminary results point to an increase in negative emotions in the absence of a music therapy session and an increase in positive thoughts and a sense of relaxation during the session. We will also recommend a more extensive reflection on the use of music for relaxation within music therapy practice and attempt to define a patient profile for whom this therapy could prove useful when integrated into a course of multidisciplinary care.

Keywords: *anorexia nervosa, eating disorders, receptive music therapy, psychomusical relaxation, relaxation, adolescents, hospitalization unit*

Introduction

Anorexie mentale

L'anorexie mentale (AM) est un trouble des conduites alimentaires (TCA) qui s'installe généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Attia et Walsh, 2007). L'AM est caractérisée par une restriction prolongée des apports énergétiques, une peur intense de prendre du poids, et une dysmorphophobie — c.-à-d. une altération de la perception du poids et/ou de la forme de son corps (American Psychiatric Association, 2013). L'AM peut être de type hyperphagique/purgatif ou de type restrictif — c.-à-d. réduction importante de l'alimentation, régime, jeûne ou hyperactivité physique (APA, 2013).. La personne souffrant d'AM peut percevoir et éprouver son corps ou une partie de celui-ci comme lui étant étranger, ce qui peut entraîner un clivage corps-esprit, voire être perçu par certains patients comme une ascèse consistant à sublimer l'esprit au détriment de leur corps (Carraz, 2009).

En France, les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2010) encouragent une démarche pluridisciplinaire (somatique, nutritionnelle et psychologique) modulable en fonction de la réalité somatique et psychique du patient hospitalisé. Globalement, ces recommandations sont similaires aux recommandations internationales par rapport à cette population (*National Institute for Health and Care Excellence* : NICE, 2017), même si ces dernières ne mentionnent ni la musique, ni l'art-thérapie, ni la musicothérapie dans l'accompagnement des TCA (NICE, 2017). Pour les patients hospitalisés à temps plein, la priorité est donnée à l'aspect somatique des soins, conjugué à des éléments psychologiques et sociaux (thérapie de soutien, psychothérapie) ainsi que pharmacologiques. Par ailleurs, des approches psychocorporelles, comme la méditation de pleine conscience, le yoga (Peretti et Bargiacchi, 2017), ou encore les thérapies par les arts (Dubois, 2010) favoriseraient la prise de conscience du corps par la détente corporelle. Alors que les données probantes sont encore insuffisantes en ce qui concerne ces pratiques, on peut proposer la musicothérapie groupale en complément des thérapies individuelles, comme la psychothérapie (HAS, 2010).

Dans cet article, après une recension de la littérature, nous présenterons les modalités « types » du fonctionnement d'un protocole inédit et adapté à cette population que nous désignons par l'acronyme « DéPi-AM » (Détente Psychomusicale instrumentale pour les personnes souffrant d'anorexie mentale), utilisé auprès de patients ayant vécu des moments comme hautement anxiogènes dans le cadre de leur hospitalisation. Par la suite, nous illustrerons l'utilisation de ce protocole au moyen de quelques données et observations cliniques qualitatives, et discuterons de ceux-ci par rapport à notre pratique.

Intérêt de la musicothérapie dans l'accompagnement des TCA

À notre connaissance, il existe dans la littérature quelques données concernant l'utilisation de la musicothérapie auprès d'adultes souffrant de TCA, mais très peu par rapport aux adolescents. La musicothérapie serait utilisée en appui des autres méthodes d'accompagnements pour améliorer des éléments clés de la symptomatologie anorexique (émotionnelle, communicationnelle, psychopathologique, psychosociale, sphère psychocorporelle). Chez ces adolescents, la musicothérapie active a été plus étudiée (Robarts et Sloboda, 1994; Robarts, 2000; McFerran, 2006), en comparaison à la musicothérapie réceptive. Hilliard (2001) présente un protocole de musicothérapie basé sur une approche cognitiviste ayant un volet de détente psychomusicale, mais pas ses résultats. Quelques études font état de cette modalité de prise en charge chez l'adulte (Justice, 1994; Pasiali *et al.*, 2020; Shah *et al.*, 2021).

Dans une revue systématique des effets de la musique regroupant 119 études, Testa *et al.* (2020) en ont retenu 16, dont deux seulement répondaient aux critères de contrôle et de randomisation de la médecine fondée sur des données probantes (*evidence-based medicine*), pour un total de 3 792 patients. Les études en question s'intéressaient davantage à l'AM ou à la boulimie nerveuse (BN). Cet examen suggère qu'un travail sur les sensations corporelles, difficilement prises en charge en psychothérapie standard, pourrait être intéressant en musicothérapie. *In fine*, la musique aurait une influence positive sur le

comportement alimentaire et sur les apports alimentaires, sur l'anxiété, les biais attentionnels, les enjeux thérapeutiques et les expériences corporelles (Testa *et al.*, 2020). Toutefois, l'exposition à la musique semble bénéfique lorsqu'elle est encadrée par des thérapeutes, mais se révèle potentiellement néfaste lorsqu'elle est « consommée » sans surveillance sous la forme de médias sociaux ou de clips vidéo (Testa *et al.*, 2020). Ceci rappelle les différentes utilisations « saines » ou « malsaines » de l'écoute musicale et la mise en échec probable de l'autorégulation émotionnelle. En effet, auprès d'adolescents hospitalisés en phase aiguë, la musique peut aussi intensifier les humeurs négatives et dépressives, favoriser les pensées négatives (par rumination), ou encore rappeler et faire revivre des souvenirs traumatiques (Hense, Silverman et Skewes McFerran, 2018).

En outre, dans le cadre de la musicothérapie active (*c.-à-d.* où patient et thérapeute jouent) et à la lumière du concept de « *moments significatifs* »¹, Trondalen (2003) propose une analyse musicale d'une patiente de 26 ans souffrant depuis 6 ans d'AM. Par l'autoécoute de sa production musicale, le patient peut prendre conscience du clivage « corps-esprit » et de la dimension spatio-temporelle (le passé; le moment présent; le futur) suffisante et nécessaire pour lâcher prise.

Dans un autre usage de la musicothérapie, la détente psychomusicale – forme de musicothérapie réceptive – cherche à induire une sensation de relâchement et de bien-être sans participation active du patient (*c.-à-d.* que le patient ne joue pas d'instrument). L'écoute peut être instrumentale (jeu « *en live* » par le musicothérapeute), ou rendue possible par l'intermédiaire d'une bande sonore précise créée « sur mesure » selon les préférences et la sensibilité musicale de la personne. Cette bande respecte des caractéristiques musicales particulières en fonction de l'effet que le musicothérapeute cherche à induire (montages en « U » pour la relaxation, en « J » pour la stimulation sensorielle ou en « L » pour

¹ Le concept de « *moments significatifs* » développé par Gro Trondalen (2003) désigne de brefs instants d'une séance en musicothérapie active où le patient et le thérapeute éprouvent les bienfaits d'une communication intersubjective. Cette dernière pourrait soutenir la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle (Trondalen, 2003).

l'endormissement). Ces différents montages sonores requièrent différentes modalités musicales. Pour le montage en « J », visant la stimulation, on mettra l'accent sur une augmentation progressive du rythme et du nombre d'instruments ou de l'intensité sonore (de faible à modéré/rapide). Pour le montage en « L », qui vise l'endormissement, ce sera l'inverse. Pour le montage en « U », dont l'objectif est la relaxation (et le sujet du présent article), on misera davantage sur une diminution progressive du rythme (de 100 battements par minute ou BPM à 30, voire 20) et du nombre d'instruments et de l'intensité sonore, suivie, une dizaine de minutes plus tard, d'une augmentation progressive de l'intensité sonore et du rythme (de 20/30 à 80 BPM). Que le musicothérapeute fasse écouter des pièces musicales connues, préenregistrées ou jouées en séance, il veille à respecter les paramètres précis des contrastes rythmiques et mélodiques de la musique.

Des techniques de relaxation par induction musicale existaient déjà depuis Dardart et Jost (Guilhot *et al.*, 1979) dont le protocole mêlait techniques de relaxation, écoute musicale et massages. Initialement conçu par Guiraud-Caladou (1979), le montage en « U » (trois étapes : stimulation, relaxation et éveil) est une technique de détente psychomusicale reprise et standardisée par Guétin *et al.* (2010). Plus récemment, une technique instrumentale et verbale a été présentée auprès de personnes présentant des difficultés psychosociales (Wheeler, 2019). De nos jours, des études impliquant des outils innovants de détente psychomusicale comme le Montage Audio Personnalisé en musicothérapie réceptive (MAP), ont montré des résultats prometteurs et encourageants par rapport à la réduction de l'anxiété pour des enfants et des adolescents hospitalisés (Archambault *et al.*, 2019), et pour des jeunes sans-abris (Vaillancourt *et al.*, 2022). Utilisé auprès d'enfants et d'adolescents hospitalisés, le MAP favorise également une amélioration générale de l'humeur par la diminution des affects négatifs (Archambault *et al.*, 2019).

Dans l'accompagnement du TCA, la littérature appuie une diversification des techniques. Justice (1994) décrit (sans toutefois citer les effets obtenus) une technique de relaxation incluant la musique qui s'inspire de pratiques de relaxation verbales et corporelles

traditionnelles (p. ex. : Jacobson, Yoga, respiration, imagerie mentale) et se rapproche de la détente psychomusicale. Shah *et al.* (2021) présentent les bienfaits de la méditation de pleine conscience conjuguée à la musique. Par ailleurs, bien qu'elle ne soit pas une technique de détente psychomusicale, la Méthode Bonny (*Bonny Method of Guided Imagery and Music* ou GIM) met en lien la musique et l'imagerie guidée. Dans le cadre de cette méthode, qui nécessite une formation particulière, on laisse la musique agir sur les souvenirs, les images et les émotions inconscientes (Vaillancourt, 2012). Dans le cas du TCA, certaines études rapportent que le GIM présente des éléments de prise en charge de certains traumatismes et des émotions liées à l'image corporelle (Justice, 1994 ; Pasiali *et al.*, 2020). D'autres dispositifs utilisant des supports acoustiques et vibrotactiles présentent quelques résultats auprès d'adolescents hospitalisés pour AM. L'association des modalités multisensorielles semble amplifier l'intellectualisation des émotions perçues, qui sont nommées d'une part et métaphorisées d'autre part (Patiño-Lakatos *et al.*, 2020). Hors TCA, il existe une autre étude qualitative qui présente l'efficacité d'une thérapie vibroacoustique pour améliorer l'autorégulation émotionnelle, la connaissance de soi et la conscience corporelle chez les adolescentes hospitalisées pour forte anxiété, faible estime de soi ou faible perception corporelle (Rüütel *et al.*, 2004). Dans le cadre du TCA, l'écoute de musique aiderait à mieux identifier et exprimer des émotions vécues (Applewhite *et al.*, 2020; Krishna Priya *et al.*, 2021). L'écoute d'une pièce musicale peut entraîner toute une gamme d'émotions et de souvenirs (positifs ou négatifs), et peut s'avérer un moyen pour faire face à des émotions difficiles et des cognitions anorexiques² ou s'en distraire (Applewhite *et al.*, 2020; Krishna Priya *et al.*, 2021). Toutefois, les personnes souffrant de TCA peuvent écouter de la musique en double tâche (plusieurs heures par jour), mais rarement sans faire autre chose (Krishna Priya *et al.*, 2021). Or, la musique semble réduire le sentiment d'anxiété en devenant une nouvelle

² Ensemble de pensées pathologiques, envahissantes et excessives (provoquées par des stimuli externes ou internes) tournées vers l'alimentation, les moments d'hospitalisation en lien avec le TCA (*par exemple*, « la pesée », un rendez-vous avec un médecin ou la diététicienne, les repas passés ou à venir), l'estime de soi, l'image du corps (avec ou sans dysmorphophobie), le poids, les calories... et tout biais cognitif de confirmation en lien avec le TCA.

stratégie pour composer avec une situation, s'autoréguler et faire face aux émotions difficiles (Smeijsters, 2012). De plus, il semble que les personnes souffrant de TCA ont un plus haut niveau d'attention soutenue, un état de vigilance et une activité cérébrale accrue, en situation de repos comme de stimulation musicale (Sparlato *et al.*, 2020).

De son côté, une équipe australienne a obtenu des résultats significatifs en utilisant la musicothérapie active et réceptive pour réduire l'anxiété post-prandiale d'adultes souffrant d'AM, hospitalisés (Bibb *et al.*, 2015) et en prise en charge ambulatoire (Bibb *et al.*, 2019). La musicothérapie peut être utilisée comme un « coupe-circuit » contre les cognitions anorexiques et anxieuses faisant suite à un repas (Bibb *et al.*, 2016). Ces trois études démontrent le bien-fondé d'un soutien verbal et musical à l'issue des repas et les bienfaits d'une médiation pour aider les patients à se distraire des cognitions anorexiques.

L'ensemble de ces éléments peut donc justifier l'utilisation d'une démarche thérapeutique basée sur la relaxation psychocorporelle pour accompagner la réduction de l'anxiété dans des moments vécus comme anxiogènes par les patients hospitalisés.

Méthodologie

Présentation générale du protocole de musicothérapie : le DÉPi-AM

Le DÉPi-AM est un protocole de musicothérapie³ spécifique inédit, adapté aux particularités des patients souffrant de TCA et à une pratique groupale proposée une quarantaine de minutes avant « la pesée » hebdomadaire des patients hospitalisés (*cf.* tableau 1). À notre connaissance, il n'existe pas de tel groupe dans cette population ni à ce moment précis de l'hospitalisation. Depuis 2020, à des fins d'exploration et comme elle semblait

³ Ce protocole est largement adapté d'une technique de détente psychomusicale instrumentale individuelle non standardisée et non publiée à ce jour et à notre connaissance. Cette technique a été mise au point par l'ancien responsable pédagogique du Diplôme Universitaire de Musicothérapie de Montpellier (France). Nous nous sommes également inspirés du montage en « U » de Guétin *et al.* (2010), adapté à notre jeu de l'instrument et non à l'écoute par casque audio. Ces deux techniques complémentaires sont, à l'origine, utilisées de manière individuelle auprès d'autres populations adultes (algologie, maladie d'Alzheimer, troubles dépressifs majeurs). Dans le cadre précis de cette pratique, nous avons tenté de regrouper et d'adapter ces techniques aux caractéristiques de l'AM, à nos observations cliniques et aux différentes littératures existantes. Pour ce faire, nous avons exclu les exercices trop axés sur le corps ou les silences trop prononcés, par exemple.

indiquée dans ce contexte clinique, nous avons intégré cette démarche aux soins courants d'une unité d'hospitalisation en temps plein dans un service de pédopsychiatrie. Deux à huit patients étaient réunis dans une grande salle aux qualités acoustiques adaptées dans laquelle les bruits blancs parasites de la climatisation/chauffage étaient limités, et une faible luminosité ainsi qu'une température agréable (environ 20°) étaient favorisées. D'une part, nous savons que, similairement au sommeil, l'état de relaxation entraîne une diminution de la température corporelle (environ 0,3°C) (Larroque, 2013) et, d'autre part, que l'AM peut provoquer une hypothermie (<35,5°C) (APA, 2013; HAS, 2010). Ainsi, lors de séances hivernales, on demandait aux patients d'apporter une couverture. Par ailleurs, la position allongée pouvant être très difficile (malgré une hypertonie constatée chez certains patients), on leur demande de s'installer le plus confortablement possible (en position allongée ou semi-allongée sur des tapis de gym), les yeux fermés. Afin de réduire les tensions musculaires et le gainage en position semi-allongée, des ballons physio (c.-à-d. ballons de rééducation antidérapants de différentes tailles détournés ici de leur usage initial) pouvaient être mis à disposition. En raison de la problématique principale des patients au sujet de leur corps, nous n'avons pas inclus les suggestions verbales traditionnellement utilisées dans le « balayage corporel » et la détente progressive musculaire (*p. ex.*, Jacobson ou Schultz). Aussi, les phases de silence ont été réduites notamment par un jeu de la mailloche sur l'acier de l'instrument, entre le son des notes. Ces mesures permettent de diminuer l'accès aux cognitions anorexiques et aux pensées négatives en lien avec « la pesée » qui suit la détente. La séance se termine par un jeu lent de l'instrument par le musicothérapeute, en respectant davantage le principe du montage en « U » (Guétin *et al.*, 2010). Comme la verbalisation en groupe est plus difficile, nous avons recueilli par écrit les propos des participants en fin de séance, et le psychologue pouvait prévoir du temps, lors de ses entretiens cliniques, pour faire le point sur les séances et le vécu des patients.

Tableau 1

Différents temps du dispositif DéPi-AM.

| | |
|--|--|
| <p>Temps 1 : Installation</p> | <p>Les patients ont pour consigne de s’installer confortablement, de fermer les yeux, d’inspirer profondément, puis d’expirer complètement, à leur rythme. On leur suggère ensuite de porter attention au jeu instrumental et à l’ensemble des sons musicaux entendus dans la pièce. En présence de possibles sons parasites (bruits dans le couloir, ouverture de portes, personnes qui parlent en dehors de la salle, bruits dans la salle...), on leur demande de concentrer leur attention uniquement sur les sons de l’instrument.</p> |
| <p>Temps 2 : Jeu instrumental</p> | <p>Phase A (3 à 4 minutes) : En début de séance, on adapte le jeu instrumental à l’état de vigilance des patients. S’il parvient à relever les constantes physiologiques (tension artérielle systolique, diastolique, fréquence cardiaque) des participants avant la séance, le musicothérapeute les gardera en mémoire. Il observe, entre autres, la fréquence respiratoire. Ceci lui permet de calquer la pulsation à la noire sur le mouvement d’inspiration et d’expiration du patient qui respire le plus vite dans le groupe. Le rythme frappé est en croche et double croche, et reste soutenu entre les notes jouées. Les temps faibles sont marqués sur l’acier de l’instrument, et les temps forts sont marqués sur l’acier ou sur les notes. La note fondamentale (Si min ici) ponctue chaque mesure et permet de créer un espace sonore contenant. Cette note est jouée tout au long de la séance et permet, par sa régularité, d’induire un état de relaxation et de détente, en maintenant une certaine attention sans dormir.</p> <p>Phase B (6 à 10 minutes): Progressivement, la pulsation va diminuer pour atteindre un tempo entre 20 et 30 BPM. Cette progression dans le jeu musical laisse entendre la profondeur des harmoniques. À cette phase, on recherche davantage les intervalles naturels. Des intervalles harmoniques voire des accords sont toujours possibles au début de cette phase, mais font progressivement place à une forme d’arpège ou d’intervalles mélodiques.</p> <p>Phase C (≈ 3 minutes) : Le jeu est ponctué par la résonance des sons et des silences qui vont induire la rythmicité de la musique. Durant cette phase, en fonction de l’état de vigilance du groupe, le jeu instrumental peut s’intensifier très légèrement.</p> |

**Temps 3 :
Exercices de
reprise**

Ce temps est marqué par le jeu instrumental qui s'intensifie progressivement, et le volume de la voix du thérapeute douce, neutre et régulière augmente progressivement au fur et à mesure qu'avancent les exercices. Ces derniers permettent de revenir à un état de vigilance ordinaire. Les patients sont encore allongés, les yeux fermés.

Les consignes données, entrecoupées de pauses (d'environ 5 à 10 secondes), sont les suivantes :

- À présent, tournez la tête vers la droite
- Puis, vers la gauche
- Pointez votre menton vers le haut
- Pointez votre menton vers le bas
- Vous pouvez reposer votre tête
- Tendez votre bras droit
- Fléchissez-le
- Faites de petits mouvements avec votre main droite
- Relâchez votre bras
- Tendez votre bras gauche
- Fléchissez-le
- Faites de petits mouvements avec votre main gauche
- Vous pouvez relâcher votre bras
- À présent, prenez une grande inspiration puis expirez, à votre rythme
- Fléchissez votre jambe droite
- Relâchez votre jambe
- Fléchissez votre jambe gauche
- Relâchez votre jambe
- Faites de petits mouvements avec votre pied droit
- Faites de petits mouvements avec votre pied gauche
- Vous pouvez relâcher
- Pour celles qui le souhaitent, vous pouvez vous étirer profondément
- Prenez une grande inspiration puis expirez, à votre rythme
- Enfin, prenez une grande inspiration puis expirez, mais cette fois au rythme de la musique (*le musicothérapeute joue un mouvement conjoint ascendant lors de l'inspiration et descendant lors de l'expiration – cette étape peut être répétée selon l'anxiété du groupe*)
- Et quand vous le souhaitez, vous pouvez ouvrir les yeux et vous redresser

Déroulement type des séances

Les séances sont réalisées par un psychologue lui-même musicothérapeute clinicien et musicien (auteur de l'article) avec un instrument mélodico-rythmique (métallophone type *handpan* ou *tongue drum*) de forte amplitude afin d'induire une contenance sonore suffisante pour se détendre. L'instrument utilisé par le musicothérapeute sur l'ensemble des trois temps (cf. tableau 1) peut se jouer sur sa fondamentale et sur ses intervalles naturels (c.-à-d. sa tierce, sa quinte, sa septième et l'octave) afin de faire sonner les harmoniques⁴ et des résonances plus profondes. Ces types de métallophones qui peuvent être utilisés en musicothérapie n'ont cependant pas tous la même qualité acoustique et harmonique. Dans ce dispositif, l'instrument utilisé est un *Rav Vast*⁵ accordé en Si mineur. La recherche des harmoniques se fait donc autour des notes Si (fondamentale), Ré (tierce), Fa# (quinte), La (septième) et Si (octave). Si cet instrument se joue généralement avec les mains, dans le cadre de la musicothérapie, des mailloches sont utilisées pour réduire l'effet percussif du claqué des mains et obtenir des sonorités plus douces. On privilégiera des mailloches pour timbales (notamment en raison de leur feutre), ni trop souple ni trop rigide pour obtenir de la rondeur et une attaque maîtrisée.

À l'issue du temps 2 (jeu instrumental), sans dépasser 20 minutes, nous proposons un temps de reprise et de réveil corporel, pour favoriser la reprise de conscience de l'ensemble du corps, segment par segment. Pour ces exercices de reprise, nous suivons les lois développementales céphalo-caudales et proximo-distales qui régissent le développement psychomoteur, et l'appliquons d'abord à un hémicorps, puis à l'autre. Le musicothérapeute reprend la parole toutes les 5 secondes à 10 secondes, avec une prosodie douce dont la hauteur et le débit varient et progressent pour atteindre une voix plus forte et un rythme

⁴ L'harmonique d'une note est une fréquence dont le multiple entier correspond à une fréquence fondamentale. Sur ces instruments, chaque lame en dispose de plusieurs.

⁵ Instrument métallique (entre 1,5 à 2 mm d'épaisseur) idiophone mélodique appartenant à la famille des *tongue drums*, composé de 9 lames mises en vibration traditionnellement par la percussion des mains. Il est généralement en acier, rarement en inox, et son accordage est réalisé sur sa fondamentale et 4 à 7 de ses harmoniques, ce qui permet une grande précision et une justesse dans le temps, malgré le travail de l'acier au fil des années.

normal à l'issue du temps 3 (exercices de reprise). Cela favorise une émergence progressive depuis l'état de relaxation. Pour soutenir les patients dans la mobilisation de leur corps, le jeu instrumental se poursuit de manière plus énergique lors des exercices de reprise.

Participants

Dans l'objectif de poursuivre le raffinement de ce protocole, nous illustrerons ici quelques données qualitatives exploratoires recueillies. Parmi l'ensemble des patients bénéficiaires de cette prise en charge, nous présenterons les premières données de huit adolescentes souffrant d'AM âgées de 13 à 17 ans (âge moyen 14;8 ans; $\pm 2;4$), hospitalisées à temps plein dans un service de pédopsychiatrie durant 4 mois en moyenne. Leurs indices de masse corporelle (IMC) variaient de 12,83 à 15,06 kg/m² (IMC moyen de 14,02 \pm 0,77) lors de leur première séance, de 14,16 à 16,3 après 8 semaines (fin des séances de musicothérapie - T1) (IMC moyen de 15,13 \pm 0,68), et de 15,8 à 17,17 après 16 semaines (fin du T2 - IMC moyen de 16,21 \pm 0,48). Six d'entre elles présentaient une AM restrictive et une dysmorphophobie plus ou moins envahissante. Deux autres présentaient une AM purgative (comportement purgatif - avec ou sans diurétique, laxatif; vomissements). La plupart présentent ou ont présenté des comportements compensatoires avant et durant leur(s) hospitalisation(s) (hyperactivité physique, comportement purgatif, vomissements, potomanie), une anxiété de performance ou des troubles psychiatriques comorbides (idées noires, fléchissement thymique, anxiété de séparation, phobie sociale et/ou isolement social, scarifications, effondrement de l'estime de soi, troubles obsessionnels compulsifs). Cinq avaient déjà pratiqué de la relaxation. Trois sont musiciennes, pratiquent ou ont pratiqué la musique (chant, guitare, piano, batterie).

Les participantes s'intégraient progressivement à un groupe ouvert. Les critères d'inclusion étaient les suivants : sur 16 pesées hebdomadaires effectuées, 8 ont été précédées d'une séance de musicothérapie (T1) et 8 ont été précédées d'aucun soin (T2). Les critères d'exclusion étaient les suivants : ne pas avoir rempli ou avoir rempli partiellement une fiche (cf. annexes; remise à l'issue des séances - T1 - et dans les périodes sans séances - T2), avoir

donné des réponses écrites correspondant aux biais de désirabilité sociale ou aux biais de réponses binaires (en tout ou rien sur l'ensemble des séances).

Ce travail s'intègre dans le cadre du soin courant. Il n'y a pas eu de recrutement, car il s'agissait de l'offre de soins habituelle proposée au patient, n'entraînant aucune modification dans le parcours de soin. L'échantillonnage de ces 8 patients a été réalisé entre juin 2020 et avril 2021 et est conforme à la déclaration d'Helsinki⁶. Les patients et leurs familles ont été informés des modalités d'utilisation des données et du droit de rétractation. Personne ne s'est opposé à cette récolte de données pour ce travail.

Les données qualitatives hebdomadaires ont été recueillies par le même intervenant (auteur de l'article) sur 16 semaines (8 semaines avec musicothérapie - T1 - suivie de 8 semaines sans musicothérapie - T2) par écrit sous forme de suggestions (sur la nature des émotions) et de zone de réponse libre, puisque la verbalisation orale est difficile en groupe (cf. annexes 1 et 2). Les questions portaient sur la nature des pensées survenues pendant le jeu instrumental du musicothérapeute (à T1) ou lors des « pesées » sans musicothérapie (à T2) (au moyen d'une échelle de Likert pour les émotions; et des cartouches libres pour la nature des pensées immédiates ou survenues en cours de séances). Les questions relatives aux émotions ont été regroupées en deux items (émotions positives/négatives) à des fins de synthèse. Après chaque séance, le patient exprimait par écrit son vécu du dispositif DéPi-AM. Une grille de cotation a été créée *ad hoc* pour le recueil et l'analyse des réponses écrites (dans les zones de textes libres). En nous basant sur la récurrence des réponses, nous avons catégorisé les réponses en 7 items généraux et 6 items relatifs à la musicothérapie (cf. tableau 2). Nous avons retenu ces catégories qui nous paraissaient les plus explicites et représentatives et nous avons regroupé par thèmes l'ensemble de réponses qui étaient similaires. En raison de notre faible échantillon ($n=8$), nous nous servons de statistiques descriptives pour l'analyse.

⁶ <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

Résultats

Dans l'ensemble, ces résultats témoignent des bienfaits de ce type de protocole pour ces patients (cf. tableau 2). On observe une recrudescence des émotions négatives (*p. ex.*, en lien avec des événements institutionnels ou personnels passés ou à venir dans la semaine) en l'absence de séance de musicothérapie (pour 69 % des patientes). La musicothérapie pourrait jouer un rôle dans l'émergence d'émotions positives (69 %) ainsi que dans la diminution des projections anxieuses à long terme (13 % en condition musicothérapie - T1 - vs 33 % en condition sans musicothérapie - T2). Lors des séances, les patientes décrivent une émergence de pensées positives directement en lien avec la séance (48 %), et certaines décrivent des effets relaxants (36 %).

Tableau 2

Résultats des questionnaires qualitatifs après séances et sans séances de musicothérapie.

| Items en lien avec le vécu de l'AM et l'hospitalisation | Nombre d'occurrences | | | |
|---|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
| | Après musicothérapie (T1) | | Sans musicothérapie (T2) | |
| | Occurrences (score max. 64) | % | Occurrences (score max. 64) | % |
| Émotions positives | 44 | 69 % | 29 | 45 % |
| Émotions négatives | 34 | 53 % | 44 | 69 % |
| Projections anxieuses à long terme (<i>p. ex.</i> , « peur de ne jamais y arriver ») | 8 | 13 % | 21 | 33 % |
| Projections anxieuses à court terme (<i>p. ex.</i> , périodes d'hospitalisation, pesée, rdv médicaux...) | 20 | 31 % | 20 | 31 % |
| Cognitions anorexiques | 11 | 17 % | 5 | 8 % |
| Émergence de pensées positives distinctes de l'hospitalisation | 26 | 41 % | 14 | 22 % |
| Émergence de pensées négatives distinctes de l'hospitalisation | 18 | 28 % | 17 | 27 % |
| <i>Items relatifs aux séances de musicothérapie (T1)</i> | | | | |
| Pensées non définies liées à la relaxation (nature, voyage, univers...) | 8 | 13 % | - | - |
| Pensées positives liées à la séance | 31 | 48 % | - | - |
| Pensées négatives liées à la séance | 6 | 9 % | - | - |
| Remarques positives sur le jeu instrumental | 6 | 9 % | - | - |
| Remarques négatives sur le jeu instrumental | 2 | 3 % | - | - |
| Effets de relaxation, de détente ressentis | 23 | 36 % | - | - |

Discussion

Ces premiers résultats pourraient indiquer que le contexte de musicothérapie peut temporairement favoriser l'émergence d'émotions positives, de pensées ou de souvenirs positifs (récents comme plus anciens), et contourner certaines projections anxieuses à long terme. Cela correspond aux données trouvées dans la littérature chez l'adulte (Bibb, 2015; 2016; 2019; Shah *et al.*, 2021). Toutefois, nous proposons la musicothérapie dans les phases les plus aiguës de la maladie, or il existe un ralentissement fonctionnel dans l'AM notamment lié à la dénutrition (APA, 2013) pouvant expliquer les difficultés de décentration des patients sur les cognitions anorexiques (notamment en différant certaines stratégies compensatoires). Sur le plan clinique, nous observons qu'à mesure que l'indice de masse corporelle des patients augmente, les cognitions anorexiques peuvent diminuer et l'adhésion au soin peut devenir plus facile, même si ce n'est pas toujours systématique. Ainsi, la musicothérapie pourrait gagner en pertinence dans des phases moins aiguës.

Par ailleurs, en raison de l'hétérogénéité interindividuelle et intra-individuelle (*p. ex.*, dans l'expression de la maladie et des trajectoires développementales, dans l'histoire de vie du patient), il est difficile de généraliser nos propos. Néanmoins, dans le sillon de certains cliniciens (Carraz, 2009), il ne s'agira pas ici de proposer la supériorité d'une technique par rapport à une autre ou d'opposer les pratiques entre elles, mais plutôt d'en tirer un apprentissage clinique. Ainsi, sur la base combinée de ces premiers résultats renforcés par une pratique hebdomadaire de plus de deux ans (auprès de plusieurs dizaines de patients) et de nos observations cliniques, nous pouvons définir un profil de patient pour lequel cette forme de musicothérapie réceptive peut être ou non prescrite/indiquée dans le cadre d'une hospitalisation (*cf.* tableau 3). Nous ne disposons pas de données suffisantes pour comprendre le lien entre la sensibilité à la musique, le jeu d'un instrument et une pratique antérieure d'une forme ou d'une autre de relaxation par les patients pour faciliter ou non ce type de soin. Ce tableau n'est donc pas exhaustif; il faut plutôt l'étudier au cas par cas, et le raffiner au fil des travaux de recherche ultérieurs.

Tableau 3

Profil d'adolescents souffrant d'AM pour qui la musicothérapie peut être prescrite/indiquée.

| | |
|--|--|
| <p>Musicothérapie réceptive indiquée</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Patient adhérant au soin somatique et psychique; - Patient ayant engagé un réel travail de psychothérapie (absence de déni de la maladie, critique des cognitions anorexiques, externalisation); - Patient ayant un fonctionnement métacognitif efficient et/ou des capacités introspectives soutenantes; - Patient ayant un IMC plus élevé (lien avec la renutrition et un recours plus fonctionnel aux capacités cognitives nécessaires pour ce type de prise en charge); - Patient ayant réduit ou supprimé les stratégies compensatoires (<i>p. ex.</i>, hyperactivité physique, potomanie, vomissements, usage de laxatifs); - Patient ayant déjà eu une expérience positive de la relaxation verbale (<i>p. ex.</i>, Jacobson, Schultz, cohérence cardiaque), sophrologie, méditation (ou automéditation au moyen d'une vidéo <i>Youtube</i>), méditation de pleine conscience. |
| <p>Musicothérapie réceptive non indiquée, prescrite ou pouvant être envisagée ultérieurement</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Patient résistant aux soins proposés ou s'y opposant, avec peu d'alliance thérapeutique dans l'ensemble des espaces de soins médicaux, diététiques et thérapeutiques qui lui sont proposés; - À l'inverse, patient trop « bon élève » adhérant à tout, mais sans y mettre de sens; - Patient ayant des mécanismes de défense très présents (déniant, défensif, ou recours excessif à l'intellectualisation); - Patient ayant un IMC trop bas associé à une hyperactivité physique trop élevée entraînant des hypertonies, ou des stratégies compensatoires dans sa posture « assise » (contractions, gainage) et des difficultés pour s'allonger complètement ou partiellement; - Patient ayant des comorbidités psychiatriques trop envahissantes (<i>p. ex.</i>, idées suicidaires avec ou sans passage à l'acte, états dépressifs, troubles obsessionnels compulsifs); - Patient dont la dysmorphophobie est très envahissante; - Patient utilisant des stratégies de régulation émotionnelle basées sur les problèmes ou dont les capacités d'autorégulation émotionnelles sont trop affaiblies; - Patient prépubère ou à l'entrée de l'adolescence (<12 ans) pouvant avoir des difficultés de décentration importante; - Patient présentant un certain manque de maturité émotionnelle, des difficultés introspectives et métacognitives trop importantes. |

Réflexions sur la relaxation et les caractéristiques musicales

Nous pensons que la musique permettrait de créer son propre monde interne, de manière libre, sans guidance verbale de la part du thérapeute. Ici, nous nous sommes fondés sur le postulat voulant que la musique seule soit inductive. Or, nous connaissons encore mal ce qui est thérapeutique dans ce type de musique relaxante⁷, qui reste, selon nous, fortement subjectif, et il demeure difficile à ce jour de comprendre si la musique utilisée seule reste thérapeutique. En musicothérapie, comme le média utilisé est à la fois tangible (*instrumentarium*) et impalpable (aspect sonore), il nous apparaît difficile de généraliser et de déterminer clairement la dimension thérapeutique de ce type de séance. C'est pourquoi nous pensons que l'élément thérapeutique résulte d'une succession de facteurs (comme la présence du musicothérapeute, sa technicité musicale et sa subjectivité, le choix de l'instrument, de la technique de jeu, des caractéristiques musicales produites en séance et propres aux objets sonores utilisés, de même que l'existence et la dynamique de la relation thérapeutique).

Si le choix des mots dans les techniques de relaxation verbale, ou encore de la suggestion hypnotique, est primordial (Servant, 2009), nous pensons que l'étude des caractéristiques cliniques de la musique doit être soumise à la même analyse, tant sur le plan des émotions que celle-ci peut faire ressentir que dans les souvenirs que l'on peut y associer. Citons ici l'exemple d'une patiente à nouveau hospitalisée qui indique lors d'une reprise des séances (après plusieurs mois d'arrêt) que l'écoute de bandes « en U » et le retour à des séances de musicothérapie semblent revêtir pour elle, une dimension mnésique. Elle indique se souvenir de séances précédentes, du moment d'anxiété y étant associé et du moment précis de la relaxation. Cela invite à diversifier les instruments de même nature (*p. ex.*, en termes de gammes), et à réfléchir aux caractéristiques sonores de l'instrument (oscillation de son, présence de *tremolo*, temps de résonance des harmoniques, modalité majeure ou mineure).

⁷ Nous qualifierons ici de « musique relaxante », toute musique écoutée permettant de se détendre tant physiquement que psychiquement. Si nous sommes conscients que la qualité subjective de la relaxation reste propre à la personne (selon son histoire personnelle, identitaire, culturelle, émotionnelle, mnésique [liées aux souvenirs]), nous pouvons observer la pertinence de certains invariants présents dans ce type de musique (*p. ex.*, sonorités particulières, son cristallin, jeu doux et contenant, présence de bruits de la nature).

Si la sonothérapie (thérapie par le son ou sonologie) peine à prouver son efficacité, celle-ci présente toutefois un axe de réflexion important pour la musicothérapie. On peut définir cette démarche comme étant une sorte de méditation par le son et les vibrations provoquées par le praticien jouant l'instrument. Cette technique vibratoire fait usage d'un *instrumentarium* particulier résonnant entre 32 et 4225 Hz (diapason thérapeutique, bols tibétains, vaisseaux de cristal, cloches, gongs, table harmonique), ou des techniques de chant particulier (chants harmoniques, mantras, chants taoïstes) (Haugmard, 2010). Dans ce travail, nous avons utilisé un instrument mélodico-rythmique accordé en 440 Hz (ce qui correspond à l'accordage fréquemment utilisé en musique contemporaine). L'exploration de différents diapasons pourrait être tout aussi intéressante à observer, mais sur des cohortes de participants plus nombreux. Aussi, le musicothérapeute doit réaliser une analyse consciente et sensible de l'instrument par rapport à ses objectifs thérapeutiques, et proscrire le choix par défaut (*instrumentarium* limité, raisons financières). Dans le DéPi-AM, le Rav, qui n'est pas un simple ersatz du célèbre Hang suisse (dont sont aujourd'hui dérivés les métalphones à forme arrondie d'une dizaine de notes), est choisi pour ses qualités propres (harmoniques riches, métal plus épais, écho, résonance et vibrations importantes, amplitude sonore remplissant une salle entière – sans amplification – adaptée à un groupe).

La technique de jeu du musicothérapeute peut être discutée également. En effet, bien que le jeu à la main procure une plus grande richesse harmonique et des contrastes sonores plus intéressants, il demeure trop percussif (*p. ex.*, jeu avec les phalanges, paumes orientées vers l'instrument ou avec le poing fermé, jeu claqué ou étouffé, accords possibles en frappant simultanément trois ou quatre notes plutôt que deux notes avec les mailloches, harmoniques qui sonnent mieux au doigt en obstruant une partie de la lame). Les mailloches doivent être choisies de manière à créer une contenance sonore qui diminue l'attaque et augmente la résonance accrue de l'instrument malgré une frappe plus légère. On peut, par ailleurs, enrichir le jeu par le recours à différentes techniques de maintien des baguettes (prise croisée, méthodes Burton ou Stevens) propres aux joueurs de percussions à clavier

(marimbas, xylophones, vibraphones, glockenspiels). Ainsi, le musicothérapeute pourrait jouer simultanément avec 4 mailloches et développer différents motifs rythmiques et mélodiques pour obtenir un jeu plus riche, apparenté au jeu à la main et aux doigts.

Le jeu d'instrument conserve une part d'improvisation musicale, selon l'inspiration et l'état interne du musicothérapeute qui veille à ne pas créer de redondance. Les commentaires des patients quant à la qualité des séances n'indiquent aucune lassitude, ni d'effets néfastes propres à l'usage du DÉPi-AM. Une patiente écrira à l'issue de sa 8^e séance : « *c'était vraiment trop agréable ! C'est fou comme chaque séance est différente !* ». Afin de potentialiser les effets de cette démarche thérapeutique, une bonne connaissance des différents dispositifs instrumentaux et de leurs effets respectifs serait de mise.

Une application numérique seule ou une simple écoute de musique de relaxation en accès libre ou payant (*p. ex., Music Care* utilisée dans le milieu hospitalier) ne saurait remplacer le travail du thérapeute, puisque celui-ci dispose de la capacité d'ajuster son travail musical aux besoins particuliers de l'individu. En effet, il semble difficile d'assurer une utilisation autonome adéquate de ces dispositifs tant que les mécanismes de défense (dénier de la maladie, opposition passive, attitude défensive, recours excessif à l'intellectualisation) sont à l'œuvre, et que le patient reste dans une non-demande de prise en charge ou refuse de s'inscrire dans une dynamique générale de soin (qu'il s'agisse de musicothérapie ou de thérapie somatique, psychiatrique, psychologique, diététique ou infirmière). Aussi, indépendamment de la qualité de la relation thérapeutique, en s'abandonnant à une écoute active de musique à visée relaxante, le patient en phase aiguë risque de compromettre cette maladie qui lui interdit le lâcher-prise, augmente le contrôle de ses pensées et ses émotions, le pousse à intellectualiser tout ressenti ou vécu corporel, et lui cause de la culpabilité pour tout plaisir vécu. Paradoxalement, la musicothérapie semblerait être indiquée pour des patients qui souffrent d'AM ayant un fonctionnement opératoire (pensée utilitariste, concrète, dénuée de conscientisation par rapport à leurs problématiques) et qui éprouvent des difficultés à identifier et à exprimer leurs émotions (Dubois, 2010).

Bien qu'encore méconnu de cette population, le jeu acoustique pourrait présenter un intérêt non négligeable contrairement à la musique diffusée dans un casque audio, en raison de ses qualités vibratoires. C'est d'ailleurs ce que propose l'étude de Patiño-Lakatos et ses collègues (2020) auprès d'adolescents souffrant d'AM. En effet, si l'on arrive à repérer les « moments significatifs » grâce à la musicothérapie active auprès de cette population (Trondalen, 2003), il serait intéressant d'envisager que le jeu spontané du musicothérapeute puisse créer ce type de moment entre le monde sonore qu'il propose et le monde intérieur des patients. Le chant thérapeutique (sous forme de vocalises tenues ou ponctuelles, chantées ou fredonnées) pourrait soutenir l'instrument et combler les moments de silence trop profond, et serait du ressort du musicothérapeute. En effet, alors que le silence fait partie de la musique (au même titre qu'il fait partie du langage parlé), il peut ici s'avérer anxiogène et donner lieu à l'émergence de cognitions anorexiques.

Par ailleurs, alors que le recours à un groupe ouvert semble mieux indiqué ici, il présente tout de même, pour le thérapeute, des difficultés à maintenir sa visibilité pour constituer un groupe homogène, comme à garantir la contenance et la dynamique d'un groupe qui dépend des problématiques psychologiques des patients « sortants » et « entrants ». En effet, le thérapeute connaît généralement l'histoire du patient et s'assure, après chaque séance, de comprendre ce qui a pu le motiver à venir, ses éventuelles résistances, ce qui a pu gêner la séance, son adhésion au soin général. Il doit aussi tenir compte de la dynamique générale du groupe (la vie du groupe dans l'unité d'hospitalisation aussi bien que dans le cadre des séances de musicothérapie). En contexte hospitalier, l'espace groupal en musicothérapie est généralement ouvert, car le clinicien ne peut déterminer d'avance la durée de la prise en charge globale, puisque celle-ci dépend du patient (Guittard, 2021).

Nos observations cliniques nous poussent à favoriser l'utilisation de cette technique en séance individuelle et à la demande des patients, parce qu'elle permet d'ajuster le jeu de l'instrument au rythme des constantes physiologiques (fréquences cardiaques et respiratoires), pour accompagner d'autres moments vécus par le patient hospitalisé comme étant

anxiogènes. Par ailleurs, comme l'aspect de groupe a été peu étudié jusqu'à maintenant (dans ce cadre précis), le thérapeute doit demeurer vigilant pour éviter des effets psychosociaux de conformisme social et les phénomènes de contagion émotionnelle, de compétition et de comparaison (HAS, 2010). Aussi, ce groupe ne vise pas l'acquisition de compétences, contrairement à d'autres techniques de relaxation plus traditionnelles (Servant, 2009). Ces dernières favorisent l'autonomisation du patient et la généralisation des effets à d'autres contextes. Nous pensons que cette autonomisation est possible en fonction de la demande des patients, mais serait plutôt rare pour des adolescents hospitalisés souffrant d'AM. Il s'agissait donc ici de proposer un espace où chaque personne expérimente la possibilité de la relaxation dans un instant présent difficile à vivre.

Enfin, dans ce cas précis, la pratique rythmique s'inscrit dans un tempo institutionnel plus délicat. Différentes temporalités s'entrechoquent dans le cadre d'une hospitalisation (temporalités internes au patient, évolutions de l'AM, de la vie extérieure à celle de l'hôpital, de la qualité et l'authenticité de l'alliance thérapeutique). Les temporalités psychiques de chaque personne ne sont pas toujours vécues au même rythme que celles de l'hospitalisation et des soins somatiques et diététiques. Dans l'AM, la prise de poids est généralement plus rapide que la prise de conscience psychique et corporelle qui devrait l'accompagner. Le DéPi-AM cherche donc à ralentir le temps qui, aux patients, semble éternel et répétitif et, pour le personnel médical, dicte la pertinence de l'urgence d'une hospitalisation brève pour éviter d'une part la rechute et d'autre part que l'AM ne devienne chronique. Un travail d'équilibriste s'impose ici, puisque le DéPi-AM s'inscrit dans un moment au double tempo.

Perspectives

En ce qui concerne la musicothérapie, les séances ont fait émerger des demandes de création de bandes sonores avec des montages en « U » ou en « L » pouvant se poursuivre selon les besoins de chacun et/ou les comorbidités anxio-dépressives associées au TCA. Ces bandes sonores pourraient être réalisées selon la méthode du montage composite réceptif

(MCR), qui a montré une amélioration significative de l'humeur lors du traitement de patients dépressifs hospitalisés (Delpech et Sudres, 2021). Cette technique de musicothérapie réceptive comporte trois phases (A : musiques stimulantes et négatives; B : musiques relaxantes à connotation négative puis positive; C : musiques d'éveil et positives). Selon le même principe, afin de réguler l'anxiété et les émotions associées, le MAP (Archambault *et al.*, 2019 ; Vaillancourt *et al.*, 2022), pourrait également s'avérer très utile.

Aussi, une seconde séance à un autre moment de la semaine moins lourd de connotations émotionnelles, pourrait permettre aux patients de comparer les bienfaits ressentis d'une séance à l'autre et de se les remémorer avant la pesée. La relaxation permet la décentration des pensées automatiques négatives et des ruminations anxieuses (Servant, 2009). Si la détente psychomusicale seule ne fonctionne pas pour certains patients, une nouvelle combinaison peut être proposée. Par exemple, une relaxation guidée associée à la musicothérapie, pourrait accompagner une hyperconscientisation de soi positive et contourner les cognitions anorexiques émergentes.

Sur le plan méthodologique, de futures recherches devront adopter 1) une méthodologie transversale qui tient compte de la forte hétérogénéité de la manifestation symptomatologique de l'AM; 2) une méthodologie davantage mixte (quantitative et qualitative); 3) un effet d'ordre (musicothérapie/contrôle) contrôlé, même dans une logique de soins continus. Enfin, on pourra améliorer le dispositif de manière à renforcer les effets obtenus (utilisation de masques oculaires, recours éventuels à des couvertures lestées pour améliorer la conscience corporelle - à proposer au cas par cas, selon les préférences et particularités de chaque personne).

Conclusion

La réduction de l'anxiété liée à la prise ou à la perte de poids est un enjeu important dans la prise en charge d'adolescents souffrant de TCA. En outre, une hospitalisation n'est pas un événement anodin dans la vie et la construction identitaire d'un adolescent. Dans ce contexte, le recours à la musicothérapie, pour laquelle on n'a observé ou rapporté aucun effet néfaste, permettrait d'optimiser l'offre limitée de soins pour ces patients hospitalisés, en dépit de la difficulté qu'ils éprouvent à s'inscrire dans « l'ici et le maintenant ». On doit tenir compte des biais méthodologiques inhérents aux recherches en musicothérapie (échantillonnage limité, hétérogénéité des protocoles de recherche et d'intervention, techniques de musicothérapie non suffisamment explicitées) dans de futurs travaux de recherche clinique sur ce sujet, notamment en se servant de méthodologies transversales et mixtes. Aussi, des études fondamentales pourraient être entreprises pour étudier les effets neurophysiologiques de la relaxation musicale sur les états de conscience modifiés, ainsi que les effets à moyen terme possibles (*p. ex.*, au cours de la journée, sur la qualité du sommeil).

Par ailleurs, si en France, la musique est entrée dans certains hôpitaux, la personne du musicothérapeute semble encore rester à leurs portes. Pourtant, la détente psychomusicale est de plus en plus standardisée dans l'accompagnement individuel d'autres personnes ayant des pathologies diverses. Ces protocoles utilisent la musique écoutée avec un casque audio, sur une application calibrée par un soignant (non musicothérapeute, généralement infirmier), dans des conditions similaires à l'utilisation du DéPi-AM. Or, nous pensons que les vibrations provoquées par l'instrument et ressenties par les patients, ainsi que le jeu et la présence du musicothérapeute et la relation humaine et thérapeutique qu'il entretient avec les patients, restent des éléments qu'il est nécessaire d'envisager dans cet accompagnement. La musicothérapie devrait être une indication thérapeutique à part entière, et devrait n'être ni occupationnelle, ni un choix par défaut, même si sa prescription ou son indication peut encore porter cette forme, en France notamment (Sudres, 2012). C'est pourquoi l'utilisation du DéPi-AM peut être sérieusement envisagée auprès de ces patients, non par dépit comme

son nom pourrait le supposer, mais en raison de son utilité clinique aujourd'hui constatée. Ce dispositif permettrait d'accompagner ces patients pour les aider à se distancer de leurs pensées anorexiques, prévenir la recrudescence de pensées anxieuses et permettre un lâcher-prise cognitif et corporel. Dans la pratique d'art-thérapie auprès de cette population, l'idée d'un lâcher-prise « *dans le sens d'être face à soi, pour soi et avec soi ; tout cela sans culpabilité et intellectualisation* » (Sudres, Bordet, & Brandibas, 2020) est déjà présente.

Tout en sachant que la musicothérapie doit encore faire valoir sa validité scientifique auprès de cette population, on peut néanmoins lui trouver une place dans l'accompagnement individuel et groupal de l'AM dans les différentes périodes anxiogènes vécues par ces adolescents dans le cadre de leur hospitalisation. La musique qu'utilise le thérapeute comporte ses codes, son langage, sa théorie, sa technique. Tout en étant paradoxale dans sa lecture, de par son essence tantôt ineffable et éphémère, tantôt très claire et prévisible, elle semble néanmoins se substituer au langage parlé utilisé dans la tradition thérapeutique classique. En effet, la musicothérapie se révèle être un outil pertinent qui s'inscrit dans un *continuum* langagier, entre le verbal et le non-verbal. Le DéPi-AM, quant à lui, peut se situer dans le champ des psychothérapies brèves⁸, en cela qu'il est une thérapie de l'instant, de l'immédiat, touchant les vicissitudes de l'hospitalisation de l'adolescent, et complétant l'hétérorégulation émotionnelle comprise dans un accompagnement plus traditionnel.

Conflit d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

⁸ Approche psychothérapeutique consistant à obtenir des résultats sur une courte période de prise en charge d'un client ou d'un patient. En France, Jacqueline Verdeau-Pailles (2003), désigne la musicothérapie comme une forme de psychothérapie non verbale.

Remerciements

Nous remercions Pierre-Luc Bensoussan, ancien responsable pédagogique du Diplôme Universitaire de Musicothérapeute Clinicien de l'Université Paul Valéry à Montpellier pour nous avoir inspiré les bases du protocole présenté dans cet article; Nadège Roussillon, psychomotricienne formée à la posturologie, pour sa précieuse relecture, la pertinence et la précision de ses remarques, et ses conseils avisés sur la relaxation; Abir Wannada et Marine Daures, musicothérapeutes, pour leurs réflexions et nos échanges sur la détente psychomusicale; l'équipe soignante, pour les retours de séances très constructifs et Laurine Guagliardo, psychologue clinicienne du développement, pour son intérêt pour la musicothérapie, sa participation active et ses retours de séances toujours très enrichissants.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Applewhite, B., Krishna Priya, A., Cardi, V., Himmerich, H. (2020). A software-assisted qualitative study on the use of music in people with Anorexia Nervosa. Dans H. Himmerich (dir.), *Weight Management* (p. 195–206). IntechOpen.
- Archambault, K., Vaugon, K., Deumié, V., Brault, M., Macabena Perez, R., Peyrin, J., Vaillancourt, G., Garel, P. (2019). MAP: A personalized receptive music therapy intervention to improve the affective well-being of youths hospitalized in a mental health unit. *Journal of Music Therapy*, 56(4), 381–402. <https://doi.org/10.1093/jmt/thz013>
- Attia, E. et Walsh, B.T. (2007). Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1805–1810. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071151>
- Bibb, J., Castle, D., Newton, R. (2015). The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0088-5>

- Bibb, J., Castle, D., Newton, R. (2016). « Circuit breaking » the anxiety: Experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa. *Australian Journal of Music Therapy*, 27, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0088-5>
- Bibb, J., Castle, D., Skewes McFerran, K. (2019). Reducing anxiety through music therapy at an outpatient eating disorder recovery service. *Journal of Creativity in Mental Health*, 14(3), 306-314. <https://doi.org/10.1080/15401383.2019.1595804>
- Carraz, J. (2009). *Anorexie et boulimie : approche dialectique*. Elsevier Masson.
- Delpech, L., et Sudres, J.-L. (2021). Le MCR : de la musicothérapie pour soutenir l'hospitalisation de la dépression. *L'Encéphale*, 47(6), 533-539. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.10.006>
- Dubois, A.-M. (2010). Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(7), 538-541. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.011>
- Guétin, S., Giniès, P., Picot, M.C., Brun, L., Chanques, G., Jaber, S., Hérisson, C., Touchon, J. (2010). Évaluation et standardisation d'une nouvelle technique de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur : le montage en « U ». *Douleurs*, 11, 213-218. <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2010.06.001>
- Guilhot, J., Guilhot, M.A., Jost, J., Lecourt, E. (1979). *La Musicothérapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques*. Editions ESF.
- Guiraud-Caladou, J.M. (1979). *Un chant d'action*. J.-M. Fuzeau
- Guittard, E. (2021). Expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme avec des groupes d'adolescents en santé mentale. *Canadian Journal of Music Therapy*, 27(1), 34-48.
- Haugmard, I. (2010). ABC de la thérapie par les sons. Grancher.
- Haute Autorité de Santé (HAS), Association Française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm ; 2010). *Recommandation de bonnes pratiques. Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire*. Saint-Denis La Plaine : ANESM, HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201009/argu_anorexie_mentale.pdf

- Hense, C., Silverman, M. J., Skewes McFerran, K. (2018). Using the healthy-unhealthy uses of music scale as a single-session music therapy intervention on an acute youth mental health inpatient unit. *Music Therapy Perspectives*, 36(2), 267–276. <https://doi.org/10.1093/mtp/miy013>
- Hilliard, R. E. (2001). The use of cognitive-behavioral music therapy in the treatment of women with eating disorders. *Music Therapy Perspectives*, 19(2), 109-113. <https://doi.org/10.1093/mtp/19.2.109>
- Justice, R. W. (1994). Music therapy interventions for people with eating disorders in an inpatient setting. *Music Therapy Perspectives*, 12(2), 104-110. <https://doi.org/10.1093/mtp/12.2.104>
- Krishna Priya, A., Applewhite, B., Au, K., Oyeleye, O., Walton, E., Norton, C., Patsalos, O., Cardi, V., et Himmerich, H. (2021). Attitudes surrounding music of patients with Anorexia Nervosa: A survey-based mixed-methods analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–7. [https://doi: 10.3389/fpsy.2021.639202](https://doi:10.3389/fpsy.2021.639202)
- Larroque, M. (2013). Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. *L'Information Psychiatrique*, 89(9), 751–758. <https://doi:10.1684/ipe.2013.1120>
- McFerran, K., Baker, F., Patton, G. C., Sawyer, S. M. (2006). A retrospective lyrical analysis of songs written by adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(6), 397–403. <https://doi.org/10.1002/erv.746>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Pasiali, V., Quick, D., Hassall, J., Park, H. A. (2020). Music therapy programming for persons with eating disorders: A review with clinical examples. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(3), 1–15. <https://doi.org/10.15845/voices.v20i3.2785>

- Patiño-Lakatos, G., Lindenmeyer, C., Magalhaes, I. B., Corcos, M., Letranchant, A., Genevois, H., et Navarret, B. (2020). Dispositif de médiation thérapeutique par le son, la musique et la vibration : Sentir, ressentir, entendre l'in audible du corps dans les anorexies mentales. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(4), 541-558. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.07.001>
- Peretti, N. et Bargiacchi, A. (2017). *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Elsevier Masson.
- Robarts, J. Z. (2000). Music therapy and adolescents with anorexia nervosa. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(1), 3-12. <https://doi.org/10.1080/08098130009477981>
- Robarts, J. Z., & Sloboda, A. (1994). Perspectives on music therapy with people suffering from anorexia nervosa. *Journal of British Music Therapy*, 8(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/135945759400800104>
- Rüütel, E., Ratnik, M., Tamm, E., Zilensk, H. (2004). The experience of vibroacoustic therapy in the therapeutic intervention of adolescent girls. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(1), 33-46. <https://doi.org/10.1080/08098130409478096>
- Servant, D. (2009). *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Elsevier Masson.
- Smeijsters, H. (2012). Analogy and metaphor in music therapy. Theory and practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 227-249. <https://doi.org/10.1080/08098131.2011.649299>
- Shah, P., Mitchell, E., Remers, S., Van Blyderveen, S. et Ahonen, H. (2021). The impact of group music therapy for individuals with eating disorders. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 1-22.
- Spalatro, A. V., Marzolla, M., Vighetti, S., Daga, G. A., Fassino, S., Vitiello, B., et Amianto, F. (2021). The song of Anorexia Nervosa: A specific evoked potential response to musical stimuli in affected participants. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(3), 807-816. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00898-4>
- Sudres, J.-L. (2012). Anorexie et Art-thérapie : Eléments pour une pratique. *Psychothérapies*, 32(2), 73-83. <https://doi.org/10.3917/psys.122.0073>

- Sudres, J.-L., Bordet, A., et Brandibas, G. (2020). Art-thérapie et troubles des conduites alimentaires. Évaluation en follow-up. *Annales Médico-psychologiques*, 178(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.006>
- Testa, F., Arunachalam, S., Heiderscheit, A., et Himmerich, H. (2020). A systematic review of scientific studies on the effects of music in people with or at risk for eating disorders. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 334-345. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.334>
- Trondalen, G. (2003) "Self-listening" in music therapy with a young woman suffering from anorexia nervosa. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12, 3-17. <https://doi.org/10.1080/08098130309478069>
- Vaillancourt, G. (2012). Une musicothérapeute en musicothérapie, ou quand la cliente est une musicothérapeute ! *Canadian Journal of Music Therapy/Revue canadienne de musicothérapie*, 18(1), 8-25.
- Vaillancourt, G., Peyrin, J., Brault, A., Thibeault C.-A., et Gosselin, N. (2022) Personalized audio montage: Impact of a receptive music therapy method-variation on youth experiencing homelessness. *Nordic Journal of Music Therapy*, 32(4), 307-320. <https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2129428>
- Verdeau-Pailles, J. (2003). La médiation de la musique en psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques*, 161, 97-100. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00011-2](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00011-2)
- Wheeler, B. (2019). La musique dans l'appui et le soutien psychosocial (MPC). Dans M. Thaut, et V. Hoemberg (dir.), *Manuel clinique de rééducation par la musique. Comment la musique contribue à soigner le cerveau* (p. 421-460). Editions DeBoeck Supérieur.

Annexe 1

Questions écrites distribuées directement après la séance de musicothérapie

Lors de cette relaxation, as-tu eu des pensées :

- Positives
- Plutôt positives
- Plutôt négatives
- Négatives

Précise la nature de tes pensées :

Qu'as-tu pensé de cette séance ?

Annexe 2

Questions écrites (distribuées à l'issue de la prise en charge, au même moment, mais sans musicothérapie)

En ce moment as-tu eu des pensées :

- Positives :
- Plutôt positives :
- Plutôt négatives :
- Négatives :

Précise la nature de tes pensées :

A propos de l'auteur

Stéphane Scotto Di Rinaldi est doctorant français en psychopathologie au laboratoire CERPPS (EA 7411) à l'Université Toulouse Jean Jaurès (UT2J), psychologue clinicien du développement, musicothérapeute clinicien (Diplôme universitaire de Montpellier) et chargé d'enseignement à l'UT2J. Ses travaux de recherche appliquée en musicothérapie portent sur l'anorexie mentale et, parallèlement, sur l'autisme et sur la déficience visuelle. Lui-même musicien, il exerce actuellement la psychologie et la musicothérapie au service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Salvator à Marseille, utilisant une démarche théorico-clinique intégrative auprès d'adolescents en unité d'hospitalisation en temps plein.

scotto.stephane@hotmail.fr

