

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

médiation

Anorexie mentale et musicothérapie

■ L'accompagnement de la personne souffrant d'anorexie mentale reste difficile. ■ Alors que les prises en charge traditionnelles s'axent davantage sur la parole et son émergence pour le patient et sa famille, les thérapies non médicamenteuses et non verbales sont utilisées de manière plus systématique, parfois en dernier recours. ■ Or, en tant que thérapie médiatisée non verbale, la musicothérapie peut trouver une place légitime et s'inscrire en complémentarité de l'ensemble des espaces psychiatriques, psychothérapeutiques, somatiques, diététiques, infirmiers, où la parole circule déjà.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – anorexie mentale ; évaluation ; musicothérapie ; recherche ; thérapie complémentaire

Anorexia nervosa and music therapy. Supporting people suffering from anorexia nervosa remains a challenge. While traditional treatment focuses more on speech and its emergence for the patient and family, non-medicinal and non-verbal therapies are used more systematically, sometimes as a last resort. Yet, as a non-verbal mediated therapy, music therapy can find a legitimate place and complement all the psychiatric, psychotherapeutic, somatic, dietetic and nursing areas where speech already circulates.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – anorexia nervosa; assessment; music therapy; complementary therapy; research

L'anorexie mentale (AM) est un trouble des conduites alimentaires (TCA) qui est souvent comorbide avec d'autres troubles psychiatriques et qui apparaît à différents âges de la vie [1]. Elle se caractérise par une restriction prolongée des apports énergétiques et/ou de certains aliments, une peur intense de prendre du poids et une dysmorphophobie (c'est-à-dire une altération de la perception du poids et/ou de la forme de son corps) [2]. En unité d'hospitalisation temps plein, l'accent porte prioritairement sur le plan somatique (restauration pondérale), puis psychologique (création de l'alliance thérapeutique, psychothérapie familiale, thérapies centrées sur l'AM). Quant à la prise en charge en hôpital de jour, elle s'axe davantage sur le maintien d'un poids de bonne santé ainsi que sur l'amélioration des relations sociales et familiales. En ambulatoire, l'objectif de prise en charge reste principalement somatique [3]. Notons que les thérapies familiales constituent une des approches les plus efficaces et les plus documentées scientifiquement [4], avec en contrepoint les médiations thérapeutiques habituellement proposées sous forme d'ateliers.

LA MUSICOTHÉRAPIE : UN ACCOMPAGNEMENT COMPLÉMENTAIRE ?

Historiquement, la musicothérapie (MT), modalité non verbale, entretient des frontières

poreuses avec toutes les psychothérapies. Elle peut être considérée comme une sorte de continuum langagier allant du verbal au non verbal [5]. La musique (pièces musicales comme objets sonores) devient un espace de relations et l'instrument un objet de relations (espace et objet transitionnels) [5]. Les relations transférentielles et contre-transférentielles (ailleurs appelées alliances aidantes) existent entre le patient et le thérapeute ; entre le patient et la musique (en tant que substitut du thérapeute) ; entre le thérapeute, son instrument et sa propre musique [5]. Ainsi, en MT, nous sommes au moins trois, voire plus, dans le cadre clinique.

■ **Aujourd'hui, la MT s'inscrit dans un ensemble de connaissances scientifiques** (neuroanatomiques, neuropsychologiques, psychologiques, psychanalytiques) et musicales [6] qui lui confère un fort ancrage théorique-clinique. En utilisant le sonore et la musique de manière active et/ou réceptive dans une démarche de soins individuelle et/ou groupale, la MT se révèle précieuse pour les patients souffrant d'AM. Toutefois, la (re)connaissance des bénéfices de cette pratique reste encore modeste en France, la MT pouvant être parfois confondue avec une activité occupationnelle.

■ **La psychopathologie des AM est complexe.** L'indication ou contre-indication d'une prise en charge en art-thérapie, et plus spécifiquement en MT, tient compte davantage de la

STÉPHANE

SCOTTO DI RINALDI^{a,b}

Psychologue clinicien du développement, doctorant en psychopathologie, musicothérapeute clinicien, musicien

JEAN-LUC SUDRES^{b,c,d}

Professeur de psychologie, psychologue, psychothérapeute, art-thérapeute, psychomotricien

AMÉLIE ROUSSEAU^b

Professeur de psychologie, psychologue, psychothérapeute

JEAN-PIERRE BOUCHARD^{e,f,*}

Psychologue, docteur en psychologie, docteur en droit, professeur extraordinaire
*Service de pédopsychiatrie Espace-Arthur, Hôpital Salvator (AP-HM), 249 boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^bCentre d'études et de recherches en psychopathologie et en psychologie de la santé (CERPPS), EA 7411, Université Toulouse Jean-Jaurès, Maison de la recherche, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9, France
^cDU art-thérapies et DU musicothérapie, Formation continue, Université Toulouse Jean-Jaurès, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9, France

^dClinique Castelviel, HDJ L'Oasis, chemin des Affieux lieudit Castelviel, 31180 Castelmaurou, France
^eStatistics and Population Studies Department, Faculty of Natural Sciences, University of the Western Cape, Robert Sobukwe Road, Bellville, 7535, Cape-Town, South-Africa
^fPsychologie-criminologie-victimologie (PCV), Cours de Gourgue, 33000 Bordeaux, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

jean_pierre_bouchard@yahoo.fr (J.-P. Bouchard).

NOTE

¹ Le prénom a été modifié pour des raisons de confidentialité.

RÉFÉRENCES

[1] Attia E, Walsh BT. Anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2007;164(12):805-10.

[2] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). Washington (États-Unis): American Psychiatric Association Publishing; 2013.

[3] Peretti N, Bargiacchi A. Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Elsevier Masson; 2017.

[4] Haute Autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire. Juin 2010. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf.

[5] Verdeau-Pailles J. La médiation de la musique en psychothérapie. *Ann Med Psychol (Paris)* 2003;161(1):97-100.

[6] Brancatisano O, Baird A, Thompson WF. Why is music therapeutic for neurological disorders? The therapeutic music capacities model. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;112:600-15.

[7] Dubois AM. Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire. *Ann Med Psychol (Paris)* 2010;168(7):538-41.

[8] Sudres JL, Bordet A, Brandibas G. Art-thérapie et troubles des conduites alimentaires. Évaluation en follow-up. *Ann Med Psychol (Paris)* 2020;178(1):52-9.

[9] Nolan P. Music as a transitional object in the treatment of bulimia. *Music Therapy Perspectives* 1989;6(1):49-51.

[10] Parente AB. Feeding the hungry soul: music as a therapeutic modality in the treatment of anorexia nervosa. *Music Therapy Perspectives* 1989;6(1):44-8.

[11] Pasioli V, Quick D, Hassall J, Park HA. Music therapy programming for persons with eating disorders: a review with clinical examples. *Voices* 2020;20(3):1-15.

symptomatologie du patient que de son diagnostic [7]. L'efficacité thérapeutique est souvent analysée sous le prisme de l'amélioration symptomatologique mais cela n'exclut ni rechute ni chronicisation [8].

■ **Depuis les études princeps menées en 1989** [9,10], la littérature scientifique démontre le potentiel thérapeutique cognitif, affectif, créatif, socioculturel de la MT dans l'accompagnement des TCA. La majorité des recherches concerne davantage les adultes souffrant d'AM. Tous les protocoles ou activités utilisés (*tableau 1*) n'ont pas toujours bénéficié d'une objectivation scientifique standardisée. En effet, les travaux menés sont descriptifs (protocole simple sans vignette clinique) ; des études de cas uniques ou multiples (bien ou peu documentés) ; ou des études quantitatives et/ou qualitatives rares (faible cohorte de participants).

LA PRATIQUE DE LA MT : POUR QUELS OBJECTIFS ?

La totalité des données thérapeutiques actuelles converge vers une amélioration de

la symptomatologie de l'AM avec un accès relatif à la métacognition (c'est-à-dire s'observer et réfléchir à ses propres états mentaux et processus de pensée) du fonctionnement de ces personnes avec une prise en charge pluridisciplinaire. Plus spécifiquement, la MT contribue au transfert métacognitif de nouvelles compétences dans la vie quotidienne. Ainsi, même si le niveau de preuve est à ce jour encore insuffisant, à notre connaissance, la MT dans la prise en charge des TCA permettrait [11-15] :

- **au niveau émotionnel** : d'améliorer l'identification et l'expression verbale et émotionnelle, le dévoilement de soi pendant les séances et dans d'autres cadres thérapeutiques ; de favoriser le changement émotionnel, l'émergence et le maintien de sentiments et de souvenirs positifs, de diminuer les affects négatifs ; d'optimiser l'autorégulation émotionnelle (baisse de l'anxiété générale et post-prandiale, des cognitions en lien avec l'alimentation, des comportements compensatoires) et la confiance et l'estime de soi ;
- **au niveau psychopathologique** : de consolider la compréhension des professionnels sur l'état

TABLEAU 1. Ensemble des protocoles et activités utilisés dans la littérature MT-TCA.

Type MT	Protocoles de prise en charge-activités proposées
MT active	<ul style="list-style-type: none"> • Écriture de chanson [11]. • Chansons écrites autour des thématiques en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> - le vécu anorexique (par exemple : peur de prendre du poids, schémas de pensées contradictoires, manque d'estime de soi, contrôle, sentiment de honte, dépendance aux autres, besoin de validation émotionnelle ou de développer des stratégies de coping plus efficaces, etc.) ; - la construction identitaire ; - les dynamiques relationnelles ; - les aspirations ; - des références au TCA et son impact ; - la conscience émotionnelle ; - l'accès au soutien émotionnel. • Groupes basés sur le chant seul : le chant, l'écriture de chansons, la danse, l'improvisation et le théâtre [10]. • Groupes fondés sur le chant thérapeutique, l'improvisation musicale, l'utilisation d'instruments spécifiques qui ne nécessitent aucune compétence musicale (différentes cloches), la musique et le mouvement [12-15]. • <i>Cognitive-Behavioral Music Therapy</i> dispensée en petit ou en grand groupe comme en individuel. Par le biais de la pair-émulation, de l'amusement provoqué par la nature même du média, ce programme permettrait de renforcer l'alliance thérapeutique, d'accompagner sur les composantes comportementales du TCA, les distorsions cognitives, pensées erronées et croyances irrationnelles et de donner un aperçu de l'étiologie individuelle du trouble chez le patient [16]. • Autoécoute des productions [17]. • Protocole de la "toile sonore", qui consiste par exemple à coconstruire une composition originale durant plusieurs séances par musique assistée par ordinateur [18].
MT réceptive	<ul style="list-style-type: none"> • Détente psychomusicale [12,16]. • Écoute et discussion de chansons familières [19-1].
Dispositif non MT	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration d'un objet médiateur (ballon, coussin, plaid ; manettes de contrôles d'un dispositif acoustique et vibrotactile) et/ou d'une séquence sonore (environnements familial, naturel, humain - sons physiologiques ; extraits de musiques traditionnelles et acousmatiques) [22].

L'anorexie mentale



RÉFÉRENCES

- [12] Fancourt D, Finn S. Health evidence network synthesis report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen (Denmark): World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe; 2019.
- [13] Testa F, Arunachalam S, Heiderscheit A, Himmerich H. A systematic review of scientific studies on the effects of music in people with or at risk for eating disorders. *Psychiatr Danub* 2020;32(3-4):334-45.
- [14] Trondalen G. The future of music therapy for persons with eating disorders. In: Dileo C, editor. *Envisioning the future of music therapy*. Philadelphia (État-Unis): Temple University's Arts and Quality of Life Research Center; 2016. p. 31-44.
- [15] Loth H. Music therapy with people who have eating disorders. In: Edwards J, editor. *The oxford handbook of music therapy*. Oxford (Royaume-Uni): Oxford University Press; 2016. p. 351-68.
- [16] Schiltz L. *Histoires écrites sous induction musicale*. Courlay: Fuzeau; 2008.
- [17] Verdeau-Paillès J, Falcou S. Traduction picturale directe du message musical par des groupes d'adolescents. *Expression et Signe* 1975;5:17-32.
- [18] National Institute for Health and Care Excellence (Nice). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline. Mai 2017. www.nice.org.uk/guidance/ng69.

La littérature scientifique démontre le potentiel thérapeutique cognitif, affectif, créatif, socioculturel de la MT dans l'accompagnement des TCA.

psychologique des patients et de renforcer l'alliance thérapeutique (accès au soutien émotionnel, validation émotionnelle du thérapeute) ; d'encourager la construction identitaire (sentiment de soi, de soi en relation avec l'autre, individuation ; diminution d'un faux self pour un soi plus authentique) ; de réduire et/ou de contourner les résistances et mécanismes de défense en œuvre (contrôle, rigidité, déni, intellectualisation) et de promouvoir la créativité ; de favoriser le lâcher-prise en s'inscrivant dans l'instant présent (et non dans des souvenirs douloureux ou dans des projections anxieuses) ; d'améliorer les capacités introspectives et l'externalisation ;

- **au niveau psychosocial** : de restaurer les liens sociaux et son rapport aux autres ;
- **au niveau psychocorporel** : de travailler sur la prise de conscience du clivage corps-esprit ; de mettre en avant les sentiments positifs du corps et de corriger l'image corporelle en général.

Au total, les dispositifs de MT deviennent susceptibles, d'une part, de contribuer à l'amélioration de l'ensemble de la symptomatologie des AM et, d'autre part, de s'inscrire dans une complémentarité des prises en charge plus

“traditionnelles” selon les besoins individuels de chacun.

PERSPECTIVES CLINIQUES

L'amélioration de l'accompagnement des patients hospitalisés en phase aiguë de l'AM, dont le suivi individuel précoce demeure un enjeu crucial, doit se penser par la diversification des modalités de prise en charge non verbale. Ces dernières devraient passer au crible de l'objectivation scientifique, qu'elle soit quantitative ou qualitative, afin de rendre davantage crédible la subjectivité des praticiens.

Notons que les études MT-TCA souffrent de nombreux biais méthodologiques empêchant le plein développement de la MT pour accompagner ces personnes. D'ailleurs, au cours des différents temps de l'hospitalisation de l'adolescent souffrant d'AM, la priorité reste souvent somatique puis psychothérapeutique. En l'occurrence, les thérapies médiatisées les accompagnent là où les mots peuvent devenir superflus en raison d'une intellectualisation symptomatologique activée ou maintenue par la parole. Les prises en charge exclusivement

POUR EN SAVOIR PLUS

- Bibb J, Castle D, Newton R. The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2015;3(1):50.
- Bibb J, Castle D, Newton R. "Circuit breaking" the anxiety: experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa. *Australian Journal of Music Therapy* 2016;27:1-11.
- Bucharová M, Malá A, Kantor J, Svobodová Z. Arts therapies interventions and their outcomes in the treatment of eating disorders: scoping review protocol. *Behav Sci* 2020;10(12):188.
- McFerran K, Baker F, Patton GC, Sawyer SM. A Retrospective lyrical analysis of songs written by adolescents with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2006;14(6):397-403.
- Patiño-Lakatos G, Lindenmeyer C, Magalhaes IB, et al. Dispositif de médiation thérapeutique par le son, la musique et la vibration : sentir, ressentir, entendre l'in audible du corps dans les anorexies mentales. *Evol Psychiatr (Paris)* 2020;85(4):541-58.
- Pavlakou M. Benefits of group singing for people with eating disorders: preliminary findings from a non-clinical study. *Approaches: Music Therapy and Special Education* 2009;1(1):30-48.
- Shah P, Mitchell E, Remers S, et al. The impact of group music therapy for individuals with eating disorders. *J Music Ther* 2021;1-22.
- Trondalen G. "Self-Listening" in music therapy with a young woman suffering from anorexia nervosa. *Nord J Music Ther* 2003;12(1):3-17.

Déclaration de lien d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

basées sur la parole, ou au format "papier-crayon" (parfois peu écologique), sont toujours susceptibles de provoquer un manque d'adhésion au soin, ou une passivité. L'alliance thérapeutique devient ainsi mésalliance en ne permettant plus d'accès au changement. En s'appuyant sur la créativité des patients, par son caractère ludique, la MT amène à comprendre et à solliciter leurs mécanismes créatifs ainsi que l'imaginaire pragmatique du soignant.

LÉA OU « LES CHÂÎNES INVISIBLES » ET « LES FILS DE L'INCONSCIENT »

Agée de 16 ans, Léa¹ est hospitalisée depuis plusieurs mois pour AM restrictive avec un important fléchissement thymique et la présence d'idées suicidaires. Fortement dénutrie à son arrivée (indice de masse corporelle < 13 kg/m²), avec une sonde naso-gastrique, elle conserve un manque de flexibilité mentale important, un défaut de cohérence centrale et des difficultés dans les cognitions sociales (notamment dans sa compréhension des relations sociales), au point qu'un diagnostic différentiel de trouble du spectre autistique a été évoqué sans être explicitement posé. Elle possède de grandes compétences en dessin ; elle apprécie les arts, la céramique et la musique (surtout le rap, qui peut être identificatoire et explicite pour elle).

■ **Des temps individuels de MT réceptive sont proposés à Léa.** Le recours à la technique du graphisme sous induction musicale [16,17] lui permet d'utiliser toutes ses compétences créatives pour développer sa pensée symbolique et l'inscrire dans le réel. Dans cette dynamique, l'écoute du rap advient comme un outil de protection contre l'intellectualisation et en même temps comme une voie/voix pour ciser ses pensées et ses émotions par le dessin. En lui demandant de donner un titre à chaque production graphique, le clinicien parvient à comprendre avec Léa que cette maladie la retient de ses « chaînes invisibles » dont « les fils de l'inconscient » devront être « coupés ».

■ **Progressivement, et au fil des quelques insights répétés, Léa se sert du dessin** pour illustrer spontanément l'émotion du moment, le vécu de la séance, imager ses idées noires ou tout ce qu'elle souhaite communiquer, ce qu'elle ne pouvait faire jusqu'alors car elle n'avait pas les mots. Ainsi, elle peut questionner la maladie, sans nécessairement la nommer mais sans s'identifier à elle.

La MT, intégrée de manière cohérente et écologique à une équipe pluridisciplinaire complète pleinement la psychothérapie afin de favoriser une régulation émotionnelle plus efficiente et une expression de soi plus fluide.

CONCLUSION

Bien que les recommandations internationales ne mentionnent ni la musique, ni l'art-thérapie, ni la MT [18] dans l'accompagnement des TCA, il transparaît à travers les études et la clinique de terrain que cette pratique constitue une réelle alternative pour des profils de patients d'AM en proie au déni de la réalité, ayant peu d'alliance thérapeutique ou étant très envahis psychologiquement par des cognitions liées à l'alimentation et au poids. Pour parvenir à une réelle efficacité de ces dispositifs de MT, il convient de recourir à des personnes diplômées et formées à leur utilisation sans qu'une confusion et/ou glissement de tâche ne s'effectue entre les différents professionnels. Exercer la MT nécessite des compétences cliniques mais aussi une pratique instrumentale solide, une culture musicale la plus éclectique possible et une connaissance du solfège. Toutefois, il semble pertinent que les infirmiers en (pédo)psychiatrie, qu'ils soient ou non musiciens mais sensibles à la musique, puissent soutenir le travail du musicothérapeute en élaborant à ses côtés des axes de travail transversaux et en participant de manière active aux temps de groupe. ■

Points à retenir

- En utilisant le sonore et la musique de manière active et/ou réceptive dans une démarche de soins individuelle et/ou groupale, la MT se révèle précieuse pour les patients souffrant d'AM.
- Les dispositifs de MT contribuent à l'amélioration de l'ensemble de la symptomatologie des patients AM et s'inscrivent dans une complémentarité des prises en charge plus "traditionnelles" selon les besoins individuels de chacun.
- Il est important de faire appel à des professionnels diplômés et formés aux dispositifs de MT.
- Il semble pertinent que les infirmiers en (pédo)psychiatrie soutiennent le travail du musicothérapeute en élaborant à ses côtés des axes de travail transversaux et en participant de manière active aux temps de groupe.