# Musicothérapie, dépression et évaluation : Entre art et clinique innovante

Laurie d'Abbadie de Nodrest, Jean-Luc Sudres, David da Cruz, Laurent Schmitt, Antoine Yrondi

▶ **To cite this version:**

Laurie d'Abbadie de Nodrest, Jean-Luc Sudres, David da Cruz, Laurent Schmitt, Antoine Yrondi. Musicothérapie, dépression et évaluation : Entre art et clinique innovante. Revista Portuguesa de Arte-Terapia, 2018, Arte Viva n°8, 8, pp.46-52. hal-01968900

**HAL Id: hal-01968900**
**https://univ-tlse2.hal.science/hal-01968900**

Submitted on 3 Jan 2019

**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.

# Musicothérapie, dépression et évaluation :

# Entre art et clinique innovante


## Laurie D'Abbadie de Nodrest, Jean-Luc Sudres, David Da Cruz,

## Laurent Schmitt et Antoine Yrondi

**Adresses des auteurs**

**- Laurie D'ABBADIE DE NODREST.** Psychologue Clinicienne, Musicothérapeute, Doctorante en Psychopathologie, Chargée d'enseignement chez Université Toulouse - Jean Jaurès, Membre du bureau de la SIPE-AT. Mail : lauriedabbadie@gmail.com

**- Jean-Luc SUDRES.** Professeur de Psychologie. Membre de la SIPE-AT. Centres d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé. Psychologue et art-thérapeute. Université Toulouse - Jean Jaurès. UFR de Psychologie, 5 allées Antonio Machado. F- 31058 Toulouse Cedex 9 - Mail : sudres@univ-tlse2.fr

**- David DA CRUZ.** Directeur de la clinique Marigny. Clinique Marigny, 2 rue du Treil – 31140 Saint-Loup-Cammas- Mail : d.dacruz@orpea.net

**- Laurent SCHMITT.** Médecin psychiatre, Chef du service de Psychiatrie et psychologie médicale [hôpital de psychiatrie] du CHU de Toulouse, Président de la commission médicale d'établissement, Professeur à la faculté de médecine de Rangueil de l'université Paul-Sabatier à Toulouse. Président de la SIPE-AT. Place du Dr Joseph Baylac -31300 Toulouse- Mail : schmitt.sec@chu-toulouse.fr

**- Antoine YRONDI.** Ancien interne des hôpitaux de Toulouse. Ancien Chef de clinique des hôpitaux de Toulouse. Responsable du centre expert dépression résistante Fondamental CHU Toulouse. Affilié à l'U1214 TONIC (TOulouse NeuroImaging Centre) INSERM dans le cadre de recherche en neuro imagerie dans le domaine de la dépression et la dépression résistante. CHU Purpan, service de psychiatrie et psychologie médicale, 330 avenue de Grande Bretagne- 31059 Toulouse- Mail : yrondi.a@chu-toulouse.fr



**Résumé :** Même si les termes cliniques et techniques employés varient au fil du temps, avoir recours à la musicothérapie en réponse à une psychopathologie dépressive est une pratique datant d'avant l'Antiquité (Aristote et Platon, préconisant la musique dans le soin psychique ; David secourant Saül ; Farinelli chantant au chevet de Philippe V…). Néanmoins, alors que le nombre de cas repérés de dépression résistante augmente, rares sont les travaux originaux, proposant une vision pratique et théorique, qui intègrent la Musicothérapie, ainsi que la rencontre avec des personnes présentant une dépression dans une même recherche exploratoire. Cette étude propose ainsi une réflexion sur l'ajustement d'ateliers de Musicothérapie auprès de ces sujets, pris en charges dans deux services de dépression (Centre Expert Dépression Résistante du CHU de Purpan, Clinique Marigny). Etayée par la littérature et les données récoltées avant, pendant et après chaque atelier, cette perspective qualitative permet d'identifier divers bénéfices

rendus possibles par une souplesse psychothérapeutique permanente et la nécessité de créer des outils adaptés et adaptables, en fonction des aléas de la réalité psychiatrique.

**Mots clefs :** Musicothérapie- Dépression résistante – Vécu des ateliers- Art-Thérapie

Quel que soit le lieu (supermarché, ascenseur, rue, voiture, bars…), le moment de la journée, ou d'une vie (mariage, funérailles, anniversaire…), nous échappons difficilement à la musique dans notre univers social. Elle reste un médium fondamental lorsqu'il est question d'inviter des personnes à faire lien dans un contexte de rupture avec l'extérieur (secteur fermé d'un hôpital psychiatrique) voire de contacts contraints avec son voisin de chambre, englué lui-aussi dans une psychopathologie ne lui donnant parfois pas l'énergie suffisante pour parler, regarder, ou aller vers l'autre.

A la lumière des expériences humaines et cliniques qui ont pu être rapportées durant les deux journées organisées par la SPAT (21, 22 octobre 2017), il semble également essentiel de rappeler la pertinence de la multiplication des supports artistiques (sans aller vers un extrême dans lequel l'abondance pourrait donner lieu à un non-choix) dans une prise en charge Art-thérapeutique. En effet, dans un contexte d'ateliers groupaux de Musicothérapie composés de personnes présentant une dépression résistante, généralement avec comorbidité, accueillir la musique sans autre aménagement, ni préparation progressive, peut s'avérer intrusif. Ainsi, dans des services[1] où tout un dispositif fût à penser et construire en fonction des rencontres et de la littérature, chaque séance (et séquence de séances) a été réfléchie afin d'éviter toute exclusion (groupe ouvert, 6 ateliers renouvelables), de préserver la temporalité de chacun (approches active, réceptive, créative, proposées au cours d'une même séance), ou encore dans l'optique de ne pas surmener les sujets (alternance de temps forts, actifs, créatifs et de temps faibles, réceptifs, favorisant une réparation). Toujours dans ce travail dont la trame de fond pourrait être d'amener les personnes à la fantasmatisation, la créativité ou tout simplement au plaisir du jeu, divers assemblages d'arts ont été mis en place tels que : sélectionner des odeurs en fonction d'une musique, choisir des sons par rapport à ce que l'ambiance d'un tableau inspire, écrire un rap, un slam, une histoire en partant d'un son créé en amont, etc. Il arrive qu'un groupe, quasiment constamment modifié par les entrées et sorties hospitalières, préfère faire trace sur CD (raps, slams, chants individuels ou collectifs), tandis que d'autres participants demanderont de l'aide

[1] Centre Expert Dépression Résistante du Service de Psychiatrie et psychologie médicale – CHU Toulouse-Purpan. Pôle adulte spécialisé dans la clinique de la Dépression – Clinique Psychiatrique Marigny, Saint-Loup-Cammas.

pour produire des paysages sonores éphémères en fonction d'un rêve, d'un affect, d'un souvenir, ou encore d'une œuvre déjà existante.

L'aspect « art-tisanal » de ces séances élaborées en amont, mais ajustées en permanence, n'est pas à exclure, ce bricolage étant nécessaire dans cette recherche innovante, tant la dépression résistante reste l'une des grandes absentes des études abordant les thérapies médiatisées. A ce propos, bien que le recours à la musique soit une pratique ancienne fréquemment utilisée durant l'Antiquité (Lecourt, 2014), nous retrouvons par ailleurs peu de recherches récentes mettant en exergue les possibles retentissements qu'auraient des ateliers de Musicothérapie en réponse à la dépression. Parmi ces travaux, notons que l'approche réceptive permettrait d'atténuer la fatigue, la faible estime de soi et la tristesse (Eckhardt et Dinsmore, 2012). En termes de durabilité, la Musicothérapie aurait des effets bénéfiques sur la symptomatologie dépressive qui persisteraient au minimum pendant 3 mois (Lee et Thyer, 2013). Le chant jouerait également une fonction prépondérante puisque participer à une chorale atténuerait davantage la perspective dépressive que l'appartenance à un groupe sans prise en charge (Petchkovsky et al., 2013). Néanmoins, force est de remarquer que ces constats restent superficiels, voire confidentiels, car le manque de précisions quant aux dispositifs établis tendraient à empêcher la reproductibilité, la transmission des expériences décrites (D'Abbadie de Nodrest, Sudres, Schmitt, Yrondi, 2017), pourtant si souhaitables dans le domaine de la recherche clinique.

En ce sens, c'est dans une volonté de palier ce point qu'il a été imaginé une étude exploratoire sur environ 3 ans (dans le cadre d'un travail de thèse), en vue d'ajuster au mieux des ateliers de Musicothérapie (active, réceptive, créative) à des groupes de personnes présentant une dépression résistante. Pour éviter toute redondance avec un article déjà publié et disponible (D'Abbadie de Nodrest, Sudres, Schmitt, Yrondi, 2017), nous indiquerons seulement que ce protocole a pour vocation de proposer aux patients, ainsi qu'aux praticiens un dispositif ainsi qu'un plan expérimental personnalisables et applicables. Pour cela, c'est sur un plan théorico-clinique que nous évoluons depuis deux ans, en utilisant une approche mixte sur le versant évaluatif (approches qualitatives et quantitatives qui s'enrichissent mutuellement), ainsi que sur le versant pratique : les approches actives, créatives, et réceptives étant choisies successivement au cours d'une même séance, dans un ordre modifiable, faisant sens pour le groupe à un moment spécifique.

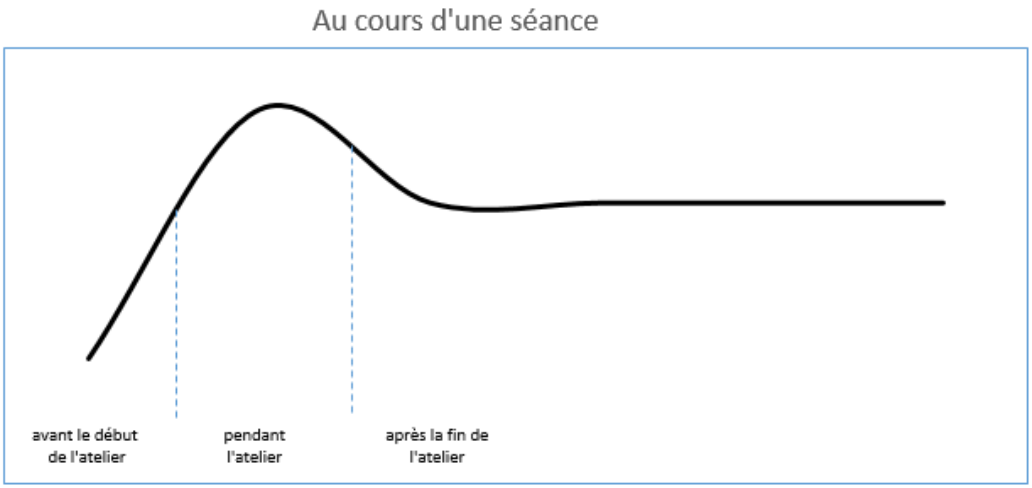
Conjointement à cette idée de haute couture (inspirée par J-L. Sudres), de sur-mesure, la créativité est aussi un élément consubstantiel, qui doit sans cesse être enclenché du côté du chercheur. Ainsi, puisqu'il arrivât que nous nous retrouvions à animer seuls des ateliers collectifs de Musicothérapie, dont l'effectif pouvait pourtant s'élever à plus de 15 sujets, il fût notamment décidé de créer une échelle qualitative pour enrichir l'observation participante. Cette échelle de vécu par séance est remplie par les participants (consentement libre et éclairé) à la fin de chaque atelier. Elle est composée de 3 phrases (« *Avant le début de la séance, je me sentais :* », *« Pendant la séance, je me sentais :* », « *Après la séance, je me sens :* »), suivies chacune de 4 émoticônes[2]. Il est demandé aux personnes d'entourer le visage qui correspond le plus à l'état dans lequel elles se sentaient à différents moments d'une même séance. Elles ont ensuite la possibilité d'écrire des remarques qui nous permettent d'individualiser la prise en charge et/ou de reprendre dans la semaine en entretien des éléments problématiques. Ces visages sont volontairement proposés sans adjectif (« *joyeux* », « *triste* » …) et ne sont interprétés qu'avec les termes « *positifs* » ou « *négatifs* ». En effet, la dépression étant souvent accompagnée d'aspects alexithymiques (Speranza et al., 2005 ; Abbas, 2006 ; Bréjard, Bonnet, Pedinnielli, 2008 ; Foran, 2013), il semble peu judicieux d'ériger des règles verbales archaïques, nommant des émotions ne pouvant parfois pas être ressenties par le participant.

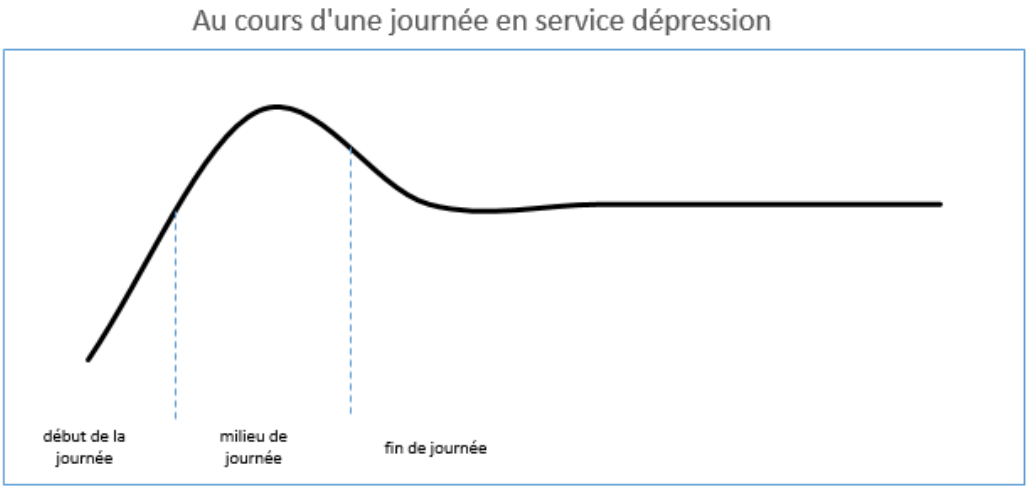
L'accent est davantage porté sur la présence d'un mouvement thymique, quel qu'en soit le sens. De ce fait, la présence, l'alternance, ou l'équilibre entre pulsion de vie et pulsion de mort n'est-elle pas fondamentale dans le processus de création ? (Emmanuelli, 2010). Bien que cette dernière observation puisse s'étendre jusqu'à l'essence-même de l'existence, nous pouvons rappeler que « *la pulsion créatrice n'est ni assimilable à la pulsion de vie qui est tendance à échapper au vide, ni à la pulsion de mort qui est tendance à aller au vide. La pulsion créatrice exprime une synergie vide-informations de bien-être ».* Ainsi, *« quant à la créativité : la pulsion de mort permet au vide de se manifester ; ça ouvre la porte à des adaptations et donc à inventer ultérieurement des solutions originales, même si elles sont connotées de mort »* (Lysek et Gariglio, 2008). Ces variations de vécu d'atelier peuvent être également d'ordre affectif, émotionnel, pulsionnel… l'affect exprimant quelque chose du fond corporel de la pulsion (Assoun,1996) et les éprouvés

2

affectifs correspondant aux faces subjectives des émotions (relatives au corps et, étymologiquement, à un certain mouvement).

A ce stade de la recherche, il importe de souligner que les changements d'états rapportés par les sujets au sein d'une même séance prennent pour le moment une forme bien particulière pouvant être illustrée par cette courbe illustrant l'évolution du début à la fin de l'atelier :




En combinant les vécus par séance à des expériences relatées dans « l'après-coup » grâce aux réponses issues de l'ECTM[3] passée à la fin de l'ensemble des ateliers (et 2 mois plus tard), nous pouvons proposer certaines interprétations (ou « *inter-prétentions* »[4]). Au regard de la courbe ci-dessus, obtenue grâce aux réponses des sujets, nous repérons que les états positifs sont

[3] Sudres, J.-L. (1993). *Echelle clinique de thérapies médiatisées : Dessin, peinture, modelage, collage : art-thérapie.* Issy-les-Moulineaux : E.A.P.

[4] Royol, JP. (2017, 12 avril). *La cause de l'autiste- Jean-Pierre ROYOL.* [Vidéo en ligne]. Repéré à https://www.youtube.com/watch?v=2RC3wNSf-Ls.

majoritairement perçus pendant la séance et après, mais dans de plus faibles proportions. L'ECTM nous permet de préciser qu'après un amorçage nécessitant le plus souvent un effort, les ateliers sont vécus comme étant agréables en s'apparentant soit à du bien-être, soit à un sentiment d'ouverture aux autres (pour plus de précisions, cf. D'Abbadie de Nodrest, Sudres, Schmitt, Yrondi, 2017).

Ces fluctuations décelées pendant l'atelier deviennent singulièrement remarquables lorsque nous nous apercevons que la même ondulation peut s'exprimer cliniquement. Effectivement, au cours d'une même journée, la personne présentant une dépression résistante dans le service psychiatrique pourra avoir des difficultés à s'éveiller le matin, à assumer d'exister. Graduellement, toujours dans une temporalité spécifique souvent marquée par un ralentissement, elle trouvera la force qui lui permettra de sortir d'un état, pouvant parfois se rapprocher de la clinophilie, afin de se nourrir, parler aux autres, de s'habiller, de vivre… La seule différence restant encore à mettre à l'épreuve plus longuement concerne la fin de la séance vis-à-vis de la fin de la journée pour ces mêmes personnes. Les premiers résultats auraient tendance à nous laisser présumer que l'impact positif de la Musicothérapie perdurerait au-delà du dénouement des séances. Le parallèle devient alors plus complexe à révéler car : le soir arrivant, les premières angoisses apparaissent mais n'épuiseront pas totalement le patient, qui risquera alors de passer à l'acte, le suicide étant majoritairement commis à ce moment de la journée. En effet, la nuit représenterait la phase la plus propice pour réaliser cet acte, puisqu'une étude de l'Université de Pennsylvanie affirme que les suicides se produisent plus fréquemment entre minuit et 4h du matin (Perlis et al., 2014). Malgré une similarité pouvant être identifiée grâce aux possibles angoisses survenues en fin d'atelier (ou de journée), l'énergie retrouvée ne semble pas parvenir à la même résolution.

Tout comme Rousseau a pu l'énoncer en 1782, nous soutenons que « *sans mouvement, la vie n'est que léthargie* ». Pourtant, quand le philosophe avance que l'état de rêverie ne peut être atteint qu'en étant séparé des Hommes, nous conjecturons que cette « *imagination riante* », « *nécessaire* » serait permise par un cadre sécurisant, le jeu ou l'écoute musicale, et/ ou un groupe contenant. Dans ce mouvement interne, « *le repos est moindre, il est vrai, mais il est aussi plus agréable […]. Il n'en faut qu'assez pour se souvenir de soi-même en oubliant tous ses maux »* (Rousseau, Crogiez, 2001).

Bien évidemment, la part de subjectivité à l'œuvre dans ce travail doctoral constitue autant une limite qu'un atout. D'une part, l'observation participante suppose que nous pouvons

difficilement éviter le biais de désirabilité sociale, les effets placebo ou encore nocebo. D'autre part, si nous n'avions pas joué de la musique avec les patients, si nous n'avions pas participé entièrement à la construction d'une relation thérapeutique, voire à un « accordage empathique »[5], l'impact des ateliers au niveau corporel, affectif, créatif, social, communicationnel… démontré dans nos premières publications, aurait-il été le même ? Aurait-il pu exister ? Malgré une sensation d'évidence qui pourra apparaître à la lecture de ces lignes, le parti pris pour cette recherche n'est pas celui de tout le monde dans le domaine de la Psychologie et/ ou de la Psychopathologie.

*In fine*, l'ouverture (à de nouvelles approches, de nouveaux médiums artistiques, etc.), la connaissance technique (des outils, du dispositif, des instruments de musique, des diverses formes d'art, etc.) et l'authenticité du chercheur-clinicien demeurent déterminants dans le cadre d'une étude associant recherche et pratique sur le terrain.

## Bibliographie de référence


- Abbass AA. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depress Anxiety* ; 23(7) : 449–52.
- Assoun, JP. (1996). *La doctrine pulsionnelle*. In. De Mijolla, A., De Mijolla-Mellor, S., Psychanalyse, Paris : PUF, p. 170-177.
- Bréjard, V., Bonnet, A., Pedinielli, JL. (2008). Emotion regulation, depression and risk-taking behaviour: alexithymia as a moderating factor, *Annales medico-psychologiques*, 166: 260-8.
- D'Abbadie de Nodrest, L., Sudres, JL., Schmitt, L., Yrondi, A. (2017), Jouer son blues quand la dépression résiste… : évaluation de l'efficacité d'un programme de musicothérapie pour des personnes présentant un trouble dépressif et/ ou bipolaire résistants, *Annales médico-psychologiques*, Volume 178, Issue 1, 3/2017, Pages 3-62, ISSN 0003-4487
- Eckhardt, K. J., & Dinsmore, J. A. (2012). Mindful music listening as a potential treatment for depression. *Journal of Creativity In Mental Health*, 7(2), 175-186.
- Emmanuelli, M. (2010). Processus de sublimation et jeux de la pulsion de mort. *Psychologie clinique et projective,* 16, (1), 233-246.
- Foran, *H.* M. & O'Leary, K. D. (2013). The role of relationships in understanding the alexithymia-depression link. *European Journal of Personality,* 27, 470–480.
- Lecourt, E. (2014). *La musicothérapie : Une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*. Paris : Broché.


[5] Bezzina, P. (2016, mars). L'accordage empathique : Une attitude du praticien en ART-THÉRAPIES. Communication présentée lors des Conférences-débats d'Art-Thérapies à l'Université du Temps Libre (UTL), Toulouse, France.

Lee J, Thyer BA. (2013). Does music therapy improve mental health in adults? A review. *Journal of Human Behavior In The Social Environment*, 23(5): 591-603.
- Lysek, D., Gariglio, D. (2008). *Créativité, Bien-être : Mouvements créatifs en analyse.* Paris : L'Age d'Homme.
- Perlis, M., Chaudhary, N., Grandner, M., Basner, M., Chakvorty, S., Brown, GK. (2014). When accounting for wakefulness, completed suicides exhibit an increased likelihood during circadian night (Oral presentation), *Sleep*.
- Petchkovsky, L., Robertson-Gillam, K., Kropotov, J., & Petchkovsky, M., (2013). Using QEEG parameters (asymmetry, coherence, and P3a Novelty response) to track improvement in depression after music therapy. *Advances in Mental Health*, 11 (13), 257-267.
- Rousseau, JJ., Crogiez, M. (2001). *Rêveries du promeneur solitaire.* Paris : Librairie Générale Française.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., & Perez-Diaz, F. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 153–163.