

Organisation limite et marginalisation: ouverture sur la musicothérapie

L. Schiltz

Résumé

La proportion d'adolescents et de jeunes adultes présentant une organisation limite de la personnalité tendrait à augmenter. Après avoir distingué entre les approches structurale, catégorielle et dimensionnelle des Etats Limites, nous présenterons une synthèse des données cliniques et empiriques actuelles sur la psychopathologie de base de l'organisation limite et nous donnerons un aperçu sur les instruments diagnostiques pertinents.

Nous réfléchirons sur les possibilités de la musicothérapie psychanalytique avec des adolescents à fonctionnement limite en nous basant sur des résultats d'études longitudinales personnelles.

Ces résultats nous fournissent nos hypothèses de travail dans une recherche pluriannuelle portant sur différents groupes de personnes en voie de marginalisation et d'exclusion. Cette recherche nous permettra éventuellement d'éclaircir l'hypothèse traumatogène du fonctionnement limite

Mots-clés: adolescence, exclusion sociale, Idéal du Moi, musicothérapie, organisation limite.

Borderline Personality Organization and Marginalization: Might Music Therapy be a Solution.

Summary

At present the proportion of adolescents and young adults suffering from a borderline personality organization seems to increase. After having distinguished between the structural, categorical and dimensional approach of the borderline functioning, we shall present a synthesis of current clinical and experimental data about the core psychopathology of the borderline personality organization and we shall give a survey of the most pertinent diagnostic tools.

We shall reflect on the impact of psychoanalytical music therapy with borderline adolescents, basing our analysis on personal research results.

From these considerations we derive our working hypotheses for a research project running over several years, focused on different populations risking marginalization and exclusion. This study might enable us to investigate the traumatogenic hypothesis of borderline functioning.

Key-words: adolescence, borderline personality organization, Ego Ideal, music therapy, social exclusion.

Introduction

Selon le témoignage de nombreux cliniciens, il existerait à l'heure actuelle une proportion plus élevée d'adolescents présentant une organisation limite de la personnalité. Cette évolution serait en rapport avec des changements au niveau de la société, du style éducatif et des mœurs (1,2,3).

Marcelli et Braconnier (4) rappellent que, pour les Etats Limites, la spécificité ne réside pas dans le tableau des symptômes, mais dans l'organisation conflictuelle, économique et dynamique sous-jacente, à savoir la prévalence des mécanismes mentaux archaïques, tels que le clivage, l'identification projective, l'idéalisation ou la dévaluation primitive, le déni. Par conséquent, le moi perd une partie de son potentiel d'adaptation, ses relations d'objet se font avec des objets partiels, tantôt idéalisés tantôt dépréciés, avec de brusques changements d'un état à l'autre. Ces mécanismes archaïques empêchent le sujet d'accéder à l'ambivalence névrotique, caractérisée par l'inquiétude, la culpabilité envers l'objet et le désir de réparation.

Comment élaborer les critères diagnostiques différentiels entre les troubles de la conduite passagers, liés à la quête de l'identité de l'adolescence, et le fonctionnement limite risquant d'évoluer vers les différents tableaux de la personnalité pathologique à l'âge adulte?

Pour analyser la structure profonde de la personnalité, le recours aux questionnaires de personnalité et aux grilles d'observation comportementale est insuffisant, car ni les indices comportementaux ni la description qu'on donne de soi-même ne permettent de donner un diagnostic différentiel entre les troubles passagers liés à la quête d'identité et le fonctionnement limite. En effet, un passage à l'acte violent paraît plus dramatique qu'une disposition habituelle aux mensonges et petits larcins; mais le premier peut être une réaction unique à une situation de stress émotionnel, alors que la seconde, beaucoup plus discrète, peut signaler l'absence d'instances morales personnalisées et indiquer un risque d'évolution vers la personnalité anti-sociale.

L'organisation sous-jacente de la personnalité apparaît dans les tests projectifs, qui permettent entre autre d'étudier l'adaptation du sujet à la réalité, ses ressources cognitives et émotionnelles permettant de résister au stress et à l'angoisse, l'économie établie des mécanismes de défense. Dans ce contexte, la personnalité limite se caractérise par la prévalence des mécanismes de défense archaïques, méca-

nismes que tout le monde utilise à l'occasion et surtout au moment de la crise d'adolescence, mais non pas de manière envahissante, comme c'est le cas dans les organisations limite (5). Pour faire ce diagnostic différentiel, il peut être intéressant d'utiliser, à côté du TAT, du Rorschach et du Rotter, les histoires écrites sous induction musicale, pour lesquelles nous avons montré qu'elles peuvent fonctionner à la manière d'un test projectif (6,7). La grille d'analyse de contenu des histoires permet de passer des catégories qualitatives à la quantification et au calcul statistique, à condition de rester au niveau de mesure ordinal.

1. Du fonctionnement limite à la personnalité limite

Pour les Etats Limites, les chercheurs distinguent traditionnellement entre les approches structurale, catégorielle et dimensionnelle (8).

L'approche structurale

La conception structurale est illustrée par les développements théoriques de Jean Bergeret (9).

Tableau 1: *Comparaison entre les lignées structurelles*

	Instance dominante dans L'organisation	Nature du conflit	Nature de l'angoisse	Défenses principales	Relation d'objet
Structures névrotiques	Surmoi	Surmoi avec le Ça	De castration	Refoulement	Génitale
Structures psychotiques	Ça	Ça avec la réalité	De morcellement	Déni de la réalité Dédoublément du Moi	Fusionnelle
Structures limites	Idéal du Moi	Idéal du Moi avec: -Ça – réalité	De perte d'objet	Clivage des objets Forclusion	Anaclitique

(d'après Bergeret, 1996, p. 146)

Ce tableau montre la spécificité de l'organisation limite par rapport aux structures psychotiques et névrotiques. Il est basé sur quatre critères de classification:

- la nature de l'angoisse latente
- le mode de relation d'objet
- les mécanismes de défense principaux
- le mode d'expression habituelle du symptôme

A partir des organisations limites, qui sont provisoires et instables, il y a une évolution possible vers les structures névrotiques, de même qu'il y a un danger d'évolution vers les structures psychotiques ou vers la régression psychosomatique. D'autre part, le tronc commun peut donner lieu à des aménagements spontanés caractériels.

La possibilité de réaménagements ultérieurs vers des structurations plus stables en profondeur ou vers des organisations caractérielles compensatoires montre cependant l'urgence d'interventions thérapeutiques préventives au moment de l'adolescence et pourrait donner naissance à une attitude d'optimisme thérapeutique, mais devrait aussi nous alerter sur les évolutions malignes possibles.

L'approche catégorielle ou classificatoire

L'approche catégorielle, représentée par le DSM-IV et l'ICD-10, comprend, dans le groupe B des personnalités pathologiques, la personnalité limite, la personnalité narcissique et la personnalité antisociale. Celles-ci correspondent au fonctionnement limite dans son sens plus large, évoqué également par le concept d'Etats Limites.

L'approche dimensionnelle

L'approche dimensionnelle admet une continuité entre le fonctionnement normal et pathologique, d'où la tendance à étudier les tableaux psychopathologiques avec des échelles de psychologie générale (8).

L'approche intégrative actuelle

Plusieurs auteurs essaient actuellement de concilier l'approche descriptive ou catégorielle avec l'approche structurale issue de la tradition psychodynamique.

S'appuyant sur une longue expérience thérapeutique dans le traitement institutionnel d'adolescents et de jeunes adultes borderline de bas niveau, Dulz et Schneider, (10) décrivent une fluctuation des symptômes sous l'effet du traitement psychothérapeutique et médicamenteux, une symptomatologie d'allure psychotique, caractérisée par des pseudo-hallucinations, pouvant par exemple se résoudre en une problématique narcissique, relayée ensuite par une problématique anxieuse ou dépressive ou par des symptômes névrotiques (ou pseudo-névrotiques) classiques.

Aux Etats-Unis, Kernberg, Weiner et Bardenstein (11) essaient de concilier l'approche dimensionnelle et l'approche classificatoire, en se plaçant dans une perspective développementale. Ils affirment que le diagnostic de fonctionnement limite peut déjà être fait à l'enfance, d'où la possibilité d'une prise en charge psychothérapeutique préventive.

2. La psychopathologie de base

Gunderson (12, p 295) passe en revue les théories les plus importantes par rapport à la psychopathologie de base («core psychopathology») des Etats limites en les confrontant aux résultats de la recherche empirique. Les théories suivantes sont retenues:

- L'agressivité excessive (13)
- L'angoisse d'abandon liée à une déficience dans la 2^e phase de séparation-individuation, appelée phase de rapprochement par Mahler (14)
- Le dérèglement affectif (15, 16, 17, 18)
- L'incapacité d'être seul liée à une déficience du mécanisme de l'attachement (19, 20, 21)
- Un état de stress posttraumatique complexe (22).

Parmi ces théories, seule la troisième présuppose une base constitutionnelle, les autres privilégient les facteurs environnementaux.

Interprétation psychanalytique

Selon la terminologie kleinienne (23), la pathologie limite peut apparaître comme une tentative inachevée d'élaborer la problématique de la **position dépressive**, d'où une oscillation perpétuelle entre le sentiment de toute-puissance et le sentiment de nullité, ce qui expliquerait l'instabilité émotionnelle et le manque de constance dans les buts bien caractéristiques, ainsi que l'incapacité d'accepter l'ambivalence inhérente aux relations humaines.

Or, le fonctionnement psychique archaïque se traduit par des perturbations à la fois affectives et cognitives. Celles-ci correspondent à une inhibition de la **fonction symbolique** (24), ce qui nous permet d'avoir un autre regard sur la dysgnosie et la dyschronie des psychopathes (25) ou sur le fonctionnement opératoire de la personnalité psychosomatique (26).

D'après l'analyse de Bergeret (9), toutes les formes d'organisation limite se caractérisent par une **relation objectale anaclitique**, se manifestant clairement dans une symptomatologie dépressive sous-jacente. Une conception actuelle relie l'incapacité d'être seul ou l'avidité sociale à un trouble de l'attachement (21,27).

Pour Cahn (2) les Etats limites ne se situent pas entre la névrose et la psychose mais entre «*la capacité et l'incapacité à accéder à la position de sujet*» (p.54); ces sujets éprouvent une difficulté majeure pour faire le travail de mise en sens, étape ultime du processus de subjectivation, d'où leur propension à l'agir.

Dans toutes les théories psychanalytiques, nous voyons à l'oeuvre une agressivité archaïque, liée beaucoup plus aux avatars de l'économie psychique interne, qu'à celles de la réalité extérieure.

L'hypothèse traumatogène des Etats Limites

A côté de la lecture psychodynamique classique, une lecture plus actuelle, basée sur l'étude des **états de stress posttraumatiques** est possible (28). En effet, les cliniciens commencent à faire un rapprochement entre le fonctionnement limite et les séquelles d'un traumatisme violent. Certains auteurs, ayant une longue expérience de la prise en charge psychothérapeutique des adolescents et jeunes adultes présentant une organisation limite, (10, 29, 30) disent que les carences affectives ou les blessures psychologiques ne suffisent pas, mais qu'il faut avoir subi la violence dans son corps, sous forme d'abus sexuel ou d'agression physique, qu'il faut donc avoir éprouvé le non-respect de son intégrité corporelle, pour en arriver à scotomiser une partie de son vécu psychique. Une autre possibilité d'explication, c'est que la pathologie limite résulte d'une suite de traumatismes ayant dépassé à la longue les capacités d'adaptation du sujet, qu'il s'agit donc d'une forme de pathologie adaptative. D'après ces théories, **le clivage**, mécanisme de la défense fondamental de la pathologie limite apparaît dans une autre lumière, puisqu'il est lié à des troubles de la mémoire objectivables. La littérature clinique récente commence d'ailleurs à souligner la parenté entre le fonctionnement limite et les troubles dissociatifs, qui eux aussi sont accompagnés de dysfonctionnements de la mémoire (31).

L'hypothèse neuropsychologique

D'autre part, des études neuropsychologiques ont mis en évidence un facteur organique (troubles instrumentaux d'origine frontale ou liés à un dysfonctionnement de l'hémisphère droit) chez un grand nombre d'enfants souffrant de troubles de la conduite (11). Ce facteur organique pourrait concourir à l'éclosion des troubles de la personnalité en favorisant l'impulsivité et la difficulté à tolérer les frustrations. Gunderson (28) évoque également les bases neuropsychologiques des troubles anxieux qui pourraient jouer un rôle dans l'évolution vers la personnalité limite.

3. Instruments de diagnostic

D'après Rapaport (32), le diagnostic structurel peut être fait dès l'enfance. Il ne doit pas se baser uniquement sur l'observation des conduites, ni sur des questionnaires de personnalité, mais exige également le recours aux tests projectifs. Espada & Dufour (5) présentent une grille d'entretien clinique permettant de cibler les troubles spécifiques de la symbolisation, les perturbations du sentiment d'identité, ainsi que les fantasmes de «recherche d'un objet contenant» chez les enfants borderline. Kernberg, Weiner et Bardenstein (11) préconisent l'utilisation du CBCL (Child Behaviour Checklist, 33) parallèlement au CPTI (Children's Play Therapy Instrument, 34). Cet inventaire permet d'induire le fonctionnement des mécanismes de défense et des stratégies d'ajustement grâce à l'observation directe de l'enfant durant une situation de jeu.

Pour le diagnostic des personnalités pathologiques à l'âge adulte, il est possible de recourir à différents questionnaires et entretiens semistrukturés issus des classifications internationales comme par exemple au DIB (Diagnostic Interview for Borderline Patients, 35) ou au PDQ (Personality Diagnostic Questionnaire, issu du DSM III, 36).

Il n'existe pas d'instrument d'analyse de ce type pour l'adolescence. Le PAI (Personality Assessment Interview, 37) constitue un premier essai d'adapter l'interview structural développé par Otto Kernberg (38) à la tranche d'âge de l'adolescence, en posant systématiquement des questions sur la représentation de soi et d'autrui, l'empathie, ainsi que l'auto-observation des affects et des cognitions. Cet instrument n'a pas encore été validé et son utilisation est soumise aux précautions générales liées aux entretiens cliniques avec les adolescents. En effet, ceux-ci sont hypersensibles à la problématique des limites et se défendent contre les questions intrusives.

En tout cas, il s'agit d'un domaine critique et relativement inexploré, et, d'après l'état de la recherche, nous avons intérêt à combiner l'approche psychométrique, l'approche projective et l'observation clinique directe dans le cadre d'une consultation ou de l'interaction thérapeutique.

4. Le pouvoir restructurant de la musicothérapie

Plusieurs études expérimentales et cliniques que nous avons effectuées au cours des dix dernières années et dont l'analyse détaillée a été présentée ailleurs (39), ont abouti à la conclusion que l'utilisation d'une psychothérapie à médiation musicale spécifique peut aboutir à une restructuration de la personnalité chez les adolescents à fonctionnement limite. Les changements ont été mis en évidence au moyen d'un plan quasi-expérimental systématique à mesures répétées, à travers des tests psychométriques et projectifs, et par rapport à des critères de validation extérieurs à la thérapie et espacés dans le temps. Nous présenterons quelques résultats qui permettront de concrétiser nos attentes par rapport à la musicothérapie (6, 40, 41).

Méthodologie de traitement et d'évaluation

Des adolescents présentant des troubles de la conduite liés à un fonctionnement limite étaient suivis par une psychothérapie hebdomadaire à médiation artistique, combinant la musicothérapie active et réceptive, c'est-à-dire l'improvisation musicale et l'écriture d'histoires sous induction musicale, pendant une durée variant entre six mois et deux ans. Nous présenterons quelques données de l'étude longitudinale comparative du sous-groupe clinique I, caractérisé par l'inhibition et la direction de l'agressivité contre le corps propre et le groupe D, caractérisé par la prédisposition aux passages à l'acte auto-agressifs (6).

Changements survenus à l'intérieur du groupe clinique

a. Changements prétest-posttest au niveau du TAT et des histoires écrites sous induction musicale

Groupe I Test de Wilcoxon: TAT (N = 25)

Variable	Z	Signification bilatérale	Sens de la différence
Pa	- 2.142	< 5 %	I > II
Mea	- 2.074	< 5 %	I > II
Dep	- 2.006	< 5 %	I < II
Ipp	- 2.343	< 5 %	I < II
So	- 2.131	< 5 %	I > II
Pt	- 1.647	< 10 %	I < II

Pa = passage à l'acte auto-agressif, Mea = mécanismes de défense archaïques, Dep = dépression, Ipp = image paternelle positive, So = omission, Pt = perspectives temporelles de durée longue

Entre la phase I et la phase II, nous assistons à une diminution significative du passage à l'acte autoagressif, des mécanismes de défense de type archaïque, de l'humeur dépressive, de la tendance à la soumission chez les héros. Nous trouvons une augmentation significative des descriptions d'image paternelle positive et de la présence de perspectives temporelles de durée longue.

Groupe D Test de Wilcoxon: TAT (N = 25)

Variable	Z	Signification bilatérale	Sens de la différence
Ep	- 2.060	< 5 %	I < II
Blo	- 2.214	< 5 %	I > II
Mea	- 2.219	< 5 %	I > II
Ipn	- 2.345	< 5 %	I < II
Pre	- 1.841	< 10 %	I < II

Ep = élaboration psychique, Blo = blocage, Ipn = image paternelle négative, Pre = préoccupations morales

Entre la première et la deuxième phase, nous trouvons une augmentation significative de l'élaboration psychique et des tendances aux préoccupations morales, ainsi qu'une diminution significative du blocage imaginaire et des mécanismes de défense archaïques.

A la fin du traitement, nous trouvons chez les adolescents désinhibés (groupe D) une augmentation des descriptions d'images paternelles négatives, ce qui, vu leur histoire familiale dans la vie réelle, peut être un signe d'accès à la conscience et à l'élaboration imaginaire d'une réalité traumatisante, scotomisée jusqu'ici ou évacuée grâce à l'instabilité et aux passages à l'acte.

Chez les adolescents bloqués (groupe I), par contre, fixés surtout à la figure maternelle dans la première phase du traitement, l'apparition plus fréquente d'une figure paternelle positive peut être un signe d'assouplissement du lien de dépendance exclusive à la mère et indiquer une possibilité d'accès à la triangulation, du moins sur le plan imaginaire.

**Groupe I Test de Wilcoxon:
histories écrites sous induction musicale (N = 25)**

Variable	Z	Signification bilatérale	Sens de la différence
Or	- 2.217	< 1 %	I < II
Des	- 2.078	< 5 %	I > II
Ri	- 2.345	< 5 %	I < II
Dn	- 1.925	< 10 %	I < II
Str	- 2.214	< 5 %	I > II
Fs	- 2.008	< 5 %	I > II
Rd	- 2.130	< 5 %	I > II
Es	- 2.060	< 1 %	I > II
Ta	- 2.212	< 5 %	I < II

Or = originalité, Rd = richesse de détails, Des = description, Es = élaboration symbolique, Ri = richesse imaginaire, Ta = thèmes archétypaux, Dn = dénouement, Fs = flexibilité stylistique, Str = structuration

Dans les deux sous-groupes cliniques, l'évolution entre la première et la deuxième phase est assez semblable. Nous trouvons une augmentation significative de la richesse imaginaire, des qualités formelles et stylistiques, de l'élaboration symbolique et artistique et de la présence de thèmes archétypaux. Dans le groupe I, nous assistons en outre à une augmentation significative d'un dénouement confirmé, alors que dans le groupe D, il est apparu une augmentation significative de l'agressivité adaptée et de la tendance à décrire des conflits entre pairs.

Groupe D Test de Wilcoxon: histoires écrites sous induction musicale

Variable	Z	Signification unilatérale	Sens de la différence
Co	- 2.156	< 1 %	I > II
Des	- 2.532	< 5 %	I > II
Ri	- 2.074	< 5 %	I < II
Rd	- 2.142	< 5 %	I < II
Vn	- 2.217	< 5 %	I < II
Es	- 2.343	< 5 %	I < II
Ea	- 1.914	< 10 %	I < II
Cp	- 2.131	< 5 %	I < II
Ta	- 2.060	< 5 %	I < II

Co = conformisme, Des = description, Ri = richesse imaginaire, Rd = richesse de détails, Vn = vocabulaire nuancé, Es = élaboration symbolique, Ea = élaboration artistique, Cp = conflit entre pairs, Ta = thèmes archétypaux

b. Covariation au niveau de la production musicale et littéraire

L'hypothèse de travail prévoyait une covariation au niveau de la production musicale et littéraire, dépendant de l'amélioration des capacités d'élaboration imaginaire et symbolique du sujet.

Corrélations entre la différence prétest- posttest des histoires et la production musicale: Matrice des coefficients Rho de Spearman (N total = 50)

Variable Histoire	Variable Production musicale	Rho	Niveau de signification
Agp	Sf	0,516	< 1 %
Vec	Ip	0,472	< 5 %
Agp	Fl	0,465	< 5 %
Agp	Ip	0,454	< 5 %
Vec	Sf	0,441	< 5 %
Vec	Ic	0,436	< 5 %
Vec	Fl	0,433	< 5 %
Agp	In	0,432	< 5 %
Agp	Ic	0,352	< 10 %
Vec	In	0,335	< 10 %

Age	Em	0,332	< 10 %
Age	Ic	0,320	< 10 %
Mis	Em	- 0,320	< 10 %
Age	Ip	0,320	< 10 %
Mis	Ic	- 0,319	< 10 %

Agp = agressivité primaire, *Vec* = vécu dépressif, *Age* = agressivité élaborée, *Mis* = mise à distance intellectualisante, *Sf* = Structuration formelle, *Ip* = Intégration des différents paramètres, *Fl* = Flexibilité, *Ic* = Implication corporelle, *In* = Individuation, *Em* = Expressivité musicale, *Mis* = mise à distance intellectualisante

L'augmentation de l'agressivité primaire dans les extraits musicaux est corrélée positivement à l'amélioration de la structuration formelle, de la flexibilité, de l'intégration des différents paramètres, de l'individuation, de l'implication corporelle dans le jeu musical. L'augmentation du vécu dépressif est liée positivement à ces mêmes variables. L'augmentation de l'agressivité élaborée est liée à l'expressivité musicale, à l'implication corporelle et à l'intégration des différents paramètres, tandis que la mise à distance intellectualisante est corrélée négativement avec l'expression musicale et l'implication corporelle dans le jeu musical. Ce résultat montre la convergence des changements qualitatifs dans la production littéraire et musicale, plaidant en faveur de l'hypothèse qu'un processus symbolique commun sous-tend ces deux formes d'expression.

c. Changements dans la structure groupale des sous-groupes cliniques I et D, caractérisés par l'inhibition ou la désinhibition de l'agressivité. (N total = 50)

L'hypothèse de travail prévoyait une évolution spécifique dans les deux sous-groupes.

Structure groupale des sous-groupes cliniques phase I (pré-test)

<i>Musique baroque</i> Groupe I Groupe D	Un bonheur qui ne peut pas durer La discorde
<i>Musique ethnique</i> Groupe I Groupe D	Lutte sans merci se soldant par la victoire d'un des protagonistes Idem
<i>Musique romantique</i> Groupe I Groupe D	Besoins affectifs inassouvis Lutte pour combler ses besoins personnels

Structure groupale des sous-groupes cliniques phase II (post-test)

<i>Musique baroque</i> Groupe I Groupe D	Accès à une rivalité saine dans une atmosphère non anxiogène. Tendance accrue aux préoccupations morales et sociales
<i>Musique éthique</i> Groupe I Groupe D	Les âges de la vie et de la civilisation Idem
<i>Musique romantique</i> Groupe I Groupe D	La quête d'amour et d'aventures Idem

Alors que, dans la première phase du traitement, l'analyse phénoménologico-structurale permet de dégager une structure groupale commune, les histoires deviennent beaucoup plus disparates et individualisées dans la phase finale. On peut seulement décrire quelques tendances générales, correspondant aux préoccupations habituelles des jeunes du même âge. L'évolution va à la fois dans le sens de l'individualisation et de la socialisation.

D'autre part, la thématique générale est assez semblable dans les deux sous-groupes au début du traitement; dans le groupe D, elle se caractérise par une dramatisation plus prononcée. Par la suite, les deux sous-groupes évoluent de manière analogue.

Synthèse des résultats de recherche

Grâce à plusieurs recherches cliniques et expérimentales (6,7, 40, 41, 42), nous avons eu l'occasion de montrer que la capacité d'élaboration imaginaire et symbolique peut être renforcée grâce à la musicothérapie psychanalytique, ce qui réduit la tendance à évacuer l'excitation émotionnelle et les tensions accumulées par le recours au passage à l'acte, par la somatisation ou par le retrait défensif consistant à se couper soi-même de ses affects et de ses fantasmes.

Au niveau de la **production musicale**, il y a eu une évolution dans le sens d'une plus grande flexibilité rythmique et dynamique, de l'intégration des différents paramètres musicaux, de la diminution de l'attitude fusionnelle, de l'amélioration de la structuration formelle et du développement d'un style musical personnel. Parallèlement, les protocoles des histoires sont devenus plus riches, plus nuancés et plus conflictuels.

Une des conclusions de la recherche, c'était la suivante: C'est grâce à la possibilité de faire émerger l'agressivité inconsciente, d'en permettre la canalisation, l'élaboration imaginaire et la symbolisation que la musicothérapie est efficace dans la

prévention du passage à l'acte auto- ou hétéroagressif et qu'elle peut donc empêcher une évolution vers la marginalisation et l'exclusion. En effet, elle aboutit à une restauration des capacités de mentalisation et à un regain d'énergie psychique.

5. Un projet de recherche pluriannuel

A partir de l'étude théorique du domaine (43, 44, 45) et en nous basant sur des résultats d'études exploratoires, nous avons donc des raisons d'admettre qu'une prise en charge musicothérapeutique des personnes complètement démotivées et en rupture de projet de vie peut faciliter l'émergence de leur motivation intrinsèque et de leur désir authentique. Elle pourra aboutir à un regain d'énergie permettant à la personne de faire de nouveau des choix personnels (46).

Au Centre de Recherche Public- Santé à Luxembourg, nous avons mis en place un projet pluriannuel portant sur les relations entre le fonctionnement limite et l'évolution vers l'exclusion et la marginalisation. La recherche théorique et méthodologique est suivie d'une recherche-action. Celle-ci comporte 3 volets:

- Une recherche biographique et psychosociale, basée sur des entretiens semi-structurés et des questionnaires, a été entreprise auprès de personnes fréquentant une structure recueillant des SDF. Nous essayerons de donner un aperçu sur le devenir de ces personnes, d'identifier d'éventuels événements biographiques traumatogènes, de décrire les facteurs sociaux à risque, d'analyser les conditions de vie actuelle des SDF, de décrire leur état psychique du moment, de mettre à jour les relations entre les variables psychiques et somatiques et de découvrir l'éventuel potentiel d'évolution des différents sous-groupes (47).
- Cette recherche est accompagnée par un **examen clinique approfondi** d'un groupe de jeunes en rupture de projet de vie (chômage de longue durée, SDF, vagabondage, toxicomanie etc.). L'objectif de cette étude, c'est la compréhension approfondie de la structure de personnalité de ces adolescents marginalisés, ainsi que le dégagement d'une typologie.
- Dès le début de notre recherche, un **service d'art thérapie** est mis à la disposition des SDF et d'autres exclus. En effet, comme nous l'avons exposé ci-dessus, les psychothérapies à médiation artistique et surtout musicale peuvent être particulièrement utiles pour traiter un déficit des capacités de mentalisation.

Dans certains cas, les séances de musicothérapie de groupe pourront constituer l'amorce d'une psychothérapie individuelle de longue durée, aboutissant éventuellement à une restructuration véritable de la personnalité.

Les dimensions diagnostiques les plus pertinentes

De l'étude qualitative et quantitative de notre matériel projectif se sont dégagées quelques dimensions diagnostiques bipolaires particulièrement discriminatives qui seront à l'origine des hypothèses de travail pour notre recherche-action (47):

- Le narcissisme pathologique ou mature
- L'agressivité archaïque ou adaptée
- La relation d'objet anaclitique ou l'autonomie
- La maturité ou l'immaturité des instances morales
- La richesse ou la pauvreté au niveau des caractéristiques formelles et structurales du discours.

Les dimensions hypothétiques fondamentales ont servi à la construction de grilles d'analyse de contenu pour le Rotter et d'autres tests projectifs. L'interprétation du Rotter est basée sur l'approche phénoménologico-structurale globalisante (48) et non pas sur l'analyse psychosociale traditionnelle.

6. Perspectives d'avenir

Les premiers résultats de notre étude nous ont montré que, parmi les personnes marginalisées, il existe parfois des blocages très profonds, qui les réduisent à mener une existence appauvrie, tournant uniquement autour de la satisfaction des besoins oraux primaires. D'un autre côté, certaines personnes présentent des séquelles de traumatismes récents et ont adopté des mécanismes de défense et d'adaptation dysfonctionnels, ayant servi à la survie physique, mais bloquant toute évolution psychique véritable.

Les résultats exploratoires (47) nous montrent la pertinence de notre approche méthodologique et nous encourageant à poursuivre les recherches qui permettront à long terme d'acquérir une compréhension approfondie du fonctionnement psychique des personnes en situation d'exclusion (voir également l'article ci-dessous).

Nos premiers essais de mise en place d'ateliers d'art thérapie à l'intention de ces populations en rupture de projet de vie ont d'ailleurs montré que, parmi toutes les médiations artistiques, la médiation musicale semble être la plus efficace pour redynamiser les personnes et pour les motiver pour un travail thérapeutique plus approfondi.

A travers ce projet de recherche pluriannuel, nous nous attendons à trouver des réponses par rapport à nos interrogations théoriques sur les relations entre le fonctionnement limite et l'impact des événements traumatisants récents, et également une compréhension approfondie des compatibilités ou incompatibilités entre les approches structurale, dimensionnelle et catégorielle des Etats Limites.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **ANATRELLA T.** La violence-transgression, in L'ABBE Y.(dir). La violence chez les jeunes. 1995. Montréal: Science et Culture. p. 37-51.
- (2) **CAHN R.** L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation. 1998. Paris: PUF.
- (3) **HENDREN R.L.** (ed.) Disruptive Behavior in Children and Adolescents. 1999. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- (4) **MARCELLI D., BRACONNIER A.** Adolescence et psychopathologie. 1999. Paris: Masson.
- (5) **ESPASA F.P., DUFOUR R.** Diagnostic structurel chez l'enfant. 1995. Paris: Masson.
- (6) **SCHILTZ L.** Musique et élaboration imaginaire de l'agressivité à l'adolescence Evaluation d'une expérience thérapeutique. Thèse de doctorat en psychologie clinique. 1999. Paris: Université Paris-V.
- (7) **SCHILTZ L.** Archétypes signalant la reprise du processus de subjectivation. *La Revue de Musicothérapie* 2002; XXII, 1: 8-11.
- (8) **FELINE A., GUELFY J-D., HARDY P.** Les troubles de la personnalité. 2002. Paris: Flammarion.
- (9) **BERGERET J.** La personnalité normale et pathologique, (3^e éd.), 1996. Paris: Dunod.
- (10) **DULZ B., SCHNEIDER A.** Borderline Störungen Theorie und Therapie. (2^e éd.), 1996. Stuttgart: Schattauer.
- (11) **KERNBERG P.F., WEINER A.S., BARDENSTEIN K.K.** Personality disorders in children and adolescents. 2000. New York: Basic Books.
- (12) **GUNDERSON J.G., GABBARD G.O.** (eds) Psychotherapy for Personality Disorders. 2000. Washington DC: American Psychiatric Press.
- (13) **KERNBERG O.** Borderline Personality Organization *Journal of American Psychoanalytical Association* 1967; 15: 641-685.
- (14) **MASTERTON J.F.** Diagnostic et traitement du syndrome «Borderline» chez les adolescents. *Confrontations Psychiatriques* 1972; 7: 125-155.
- (15) **KLEIN D.** Psychopharmacology and the Borderline Patient. In Mack I. (ed). Borderline State in Psychiatry. 1975. New York: Grune & Stratton. p. 75-92.
- (16) **AKISKAL H.S.** Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the «Borderline» Realm. *Psychiatric Clinic of North America* 1981; 4(1): 25-46.
- (17) **STONE M.** Contemporary Shift of the Borderline Concept from a Sub-schizophrenic Disorder to a Subaffective Disorder. *Psychiatric Clinic of North America* 1979; 2: 577-594.

- (18) **LINEHAN M.M.** Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1993. New York: Guilford.
- (19) **GUNDERSON J.G., SINGER M.** Defining Borderline Patients. An Overview. *American Journal of Psychiatry* 1975; 132: 1-10.
- (20) **ADLER G., BUIE D.H. jr.** Aloneness and Borderline Psychopathology: the Possible Relevance of Child Development Issues. *International Journal of Psychoanalysis* 1979; 60: 83-96.
- (21) **FONAGY P.** Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient. *International Journal of Psychoanalysis* 1991; 72(4): 639-656.
- (22) **HERMAN J.** Trauma and Recovery. 1992. New York: Basic Books.
- (23) **KLEIN M., RIVIERE J.** L'amour et la haine. Le besoin de réparation. trad.franç. 1968. Paris: Payot.
- (24) **SEGAL H.** Rêve, art, phantasme, (trad. De l'angl.). 1993. Paris: Bayard.
- (25) **FLAVIGNY H.** De la notion de psychopathie. *Revue de Neuropsychiatrie infantile* 1977; 25, 1: 19-75.
- (26) **MARTY P.** Mentalisation et psychosomatique. 1991, Paris: «Les Empêcheurs de tourner en rond», Ulysse.
- (27) **GUEDENEY A., GUEDENEY N.** L'attachement. 2003. Paris: Masson.
- (28) **GUNDERSON J.G.** Borderline Personality Disorder. 2001. Washington D.C: American Psychiatric Publishing, Inc.
- (29) **GOODWIN J.M., ATTIAS R.** (ed.) Splintered Reflections. Images of the Body in Trauma. 1999. New York: Basic Books.
- (30) **SPENCER E.** (ed) PTSD in Children and Adolescents. 2001. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- (31) **HACKING I.** L'âme réécrite, étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire. 1998. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- (32) **RAPAPORT J.L.** (ed.) Childhood Onset of «Adult» Psychopathology. 2000. Washington D.C American Psychiatric Publishing, Inc.
- (33) **ACHENBACH T.M.** Child behaviour checklist for ages 4-18. *University of Vermont monographs of the society for research in child development* 1991; 56, 3: 225.
- (34) **KERNBERG P.F. & al.** The Children's Play Therapy Instrument (CPTI). *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1998; 7, 3: 196-207.
- (35) **GUNDERSON J.G. et al.** The Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry* 1981; 138: 896.
- (36) **HYLER S.E.** The Personality Disorder Questionnaire (PDQ-4+). 1994. New York: New York State Psychiatric Institute.

- (37) **SELZER M.A. & al.** The personality assessment interview: preliminary review. *Psychiatry* 1987; 50, 2: 142-153.
- (38) **KERNBERG O.** The Diagnosis of Borderline Conditions in Adolescence. In. FEINSTEIN S. & GIOVACCHINI P. (eds). *Adolescent Psychiatry*. 1978. Chicago: University of Chicago Press. Vol 6; p. 298-319.
- (39) **SCHILTZ L.** La subjectivation entravée. Approche clinique et expérimentale intégrée. Habilitation à diriger des recherches. 2004c. Metz: Université de Metz.
- (40) **SCHILTZ L.** Morosité, déficience rythmique et blocage imaginaire. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2001; V, 44: 11-15.
- (41) **SCHILTZ L.** Musicothérapie et processus de symbolisation chez les adolescents à fonctionnement limite. *La Revue française de Psychiatrie et de Psychologie médicale* 2004; VII, 73: 17-20.
- (42) **SCHILTZ L.** Lorsque le temps s'est arrêté.... La pratique de la musicothérapie auprès des personnes traumatisées. *La Revue de Musicothérapie* 2004; XXIV, 1: 44-49.
- (43) **D'ALLONDANS A.G.** L'exclusion sociale. 2003. Paris: L'Harmattan.
- (44) **DAMON J.** La question SDF. 2002. Paris: PUF.
- (45) **KOVESS-MASFETY V.** Précarité et santé mentale. 2001. Ruel-Malmaison: Doin.
- (46) **DELAGE M.** Conséquences de la notion de résilience pour la pratique du soin en psychiatrie. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2004; VII, 62 p. 55-60.
- (47) **SCHILTZ L. HOUBRE B.** Idéal du Moi et Surmoi chez les personnes en situation d'exclusion. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2004; VII, 81: 21-28.
- (48) **MUCCHIELLI A.** L'Analyse phénoménologique et structurale en sciences humaines. 1983. Paris: PUF.

Présentation de l'auteur:

Lony SCHILTZ, docteur en psychologie clinique, HDR,
chercheur au Centre de Recherche Public-Santé à Luxembourg

Adresse professionnelle:

CRP-Santé, 18,rue Dicks L-1417 Luxembourg
E-mail: Lony.Schiltz@education.lu