



HAL
open science

Perturbations multimodales dans les polyrythmies interpersonnelles en musicotherapie : un rejeu perpetuel du traumatique ?

Dominique Brugger

► To cite this version:

Dominique Brugger. Perturbations multimodales dans les polyrythmies interpersonnelles en musicotherapie : un rejeu perpetuel du traumatique ?. Revue française de musicotherapie, 2019, 38 (2). hal-03432236

HAL Id: hal-03432236

<https://hal.science/hal-03432236>

Submitted on 17 Nov 2021

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.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume XXXVIII - numéro 02 - décembre 2019

Perturbations multimodales dans les polyrythmies interpersonnelles en musicothérapie : un rejeu perpétuel du traumatique ?

Dominique Brugger

Musicothérapeute, 15 rue de la Mouillère, 25 000 Besançon. E-mail : tempo.mta@gmail.com

Résumé

En musicothérapie, peut-on repérer des perturbations dans les polyrythmiques interpersonnelles ? Si oui, que nous indique cet angle de vue nous permettant de comprendre mieux le patient et l'aider ?

Une clarification des termes ci-dessus est effectuée. La question du traumatisme est brièvement examinée. À la lumière de résumés cliniques (adulte, enfant, nourrisson), des hypothèses sont interrogées et discutées : les maillons traumatiques sont-ils à considérer dans l'ensemble d'une chaîne ? Les perturbations en sont-elles le rejeu ? La musicothérapie concentre-t-elle cette expression, pour quelles raisons objectives ? Existe-t-il des « typologies » de perturbations, comme des stades en psychologie du développement, appelant une forme d'accompagnement adaptée ?

Dans cette force de réactualisation spécifique que favorise la musicothérapie, animant profondément l'imaginaire, le sensori-psychique, et la rythmicité temporelle et narrative dans un corporel à deux battants, y a-t-il des précautions particulières à prendre et lesquelles ?

Mots clefs

Musicothérapie, perturbations polyrythmiques, chaîne, traumatisme, rythmicité, corporel, système, rejeu, réactualisation.

Abstract

Can we identify polyrhythmic disturbances in music therapy? If so, what do they indicate that could allow us to better comprehend the patient's needs? A clarification of the title words is carried out and the issue of trauma is briefly examined. In the light of clinical summaries (adults, children and preterm infants), the following hypotheses are being discussed. Do the traumatic links have to be considered as part of a whole chain? Are the disturbances a replay of traumatic links? Is music therapy fostering this replay? For which objective reasons? In such case, could we establish a typology of disturbances inspired by other systems and provide solutions for an appropriate support? Music therapy encourage a form of specific review by deeply stimulating the imagination, the psychosensory field, both the temporal and narrative rhythmicity within a two-side body. Yet, are there any precautions to be taken and which ones?

Keywords

Music therapy, polyrhythmic disturbances, chain, trauma, rhythmicity, corporeal, system, replay, review

Introduction

Communication partagée aux 12^{èmes} rencontres professionnelles de musicothérapie active du groupe Carmina à Versailles le 2 novembre 2018 et revue pour publication en septembre 2019.

Poser la perturbation en premier terme de travail peut paraître contraire à nos usages, voire négatif. D'ordinaire, nous partons des forces de nos patients pour chercher comment les déployer. Si je choisis cette fois de nous arrêter sur « les problèmes », c'est parce que ces dernières années, ils me sont apparus comme indicateurs de tendances musicothérapeutiques envisageables pour aider nos patients à vivre mieux. Et peut être également parce qu'une réflexion sur le traumatique en musicothérapie implique à elle seule un arrêt sur l'arrêt ?

Cette façon actuelle de penser le travail, que je souhaite partager, est due à mes interventions en néonatalogie, à ma pratique assidue des polyrythmies traditionnelles d'Afrique de l'Ouest et à mes propres éléments névrotiques. Elle est basée sur une attention fine des rythmicités en jeu en musicothérapie, en pratique musicale ainsi que dans la vie du quotidien. Le vécu avec les nourrissons prématurés tout comme avec les polyrythmies, m'a ouverte à une perception effectuée presque à mon insu. Avec le temps, cela est devenu un matériau de séances. De là à en tirer des conclusions cliniques, cela appelle étude, ici proposée sous forme d'hypothèses et questionnements.

Après une clarification des termes du titre, sont brièvement présentées des perturbations polyrythmiques chez trois patients. Un repérage suit, sans valeur musicothérapeutique ni musicologique. C'est un support ponctuel à penser ici le type de souffrance supposée éprouvée par le patient, et à penser des hypothèses d'intelligibilité du travail, selon les styles en présence et la relation qui s'établit. Enfin nous discutons les questions

soulevées par les problématiques repérées, leurs champs de rattachement théorique, et la façon d'orienter notre accompagnement et nos recherches en cours.

Perturbations multimodales, traumatisme, clarification

C'est la lecture d'Anne Brun (Brun & Chouvier & Roussillon, 2013) qui m'a incitée à « chercher » dans mon travail clinique, s'il pouvait y avoir analogie entre « papiers, pinceaux, peinture, eau et thérapeute » du côté de l'art thérapie, et « rythme, son, instruments, jeu et thérapeute » du côté de la musicothérapie. Son interprétation m'a interpellée : elle comprend que la façon dont le patient traite la matière, par exemple lorsqu'il délave une inscription ou troue le support en frottant, peut représenter un vécu de souffrance catastrophique non symbolisable, de type archaïque, et dont la trace est en de ça et au delà des images et du souvenir, voire indicible.

Ceci m'a mis la puce à l'oreille. Est-ce que la rythmicité du patient en musicothérapie pourrait traduire des souffrances passées ? J'ai commencé à faire des bilans psycho musicaux et des comptes rendus de séances plus précis sur les questions rythmiques, à m'astreindre non seulement à écouter, observer, consigner, mais également à trouver des façons de consigner mes perceptions. Ce travail est toujours en cours.

Par perturbations, j'entends tout ce qui, dans l'expression (corporelle et/ou verbal), nous apparaît comme accidenté sans être pour autant intégré à un discours cohérent : ça coince, s'emballe, ou s'évanouit et disparaît, ça se mélange, explose, se perd ou prend toute la place etc. On pourrait parler de rupture, ou d'accidents de continuité, et d'expression inconsciente. Ces éléments mettent sur la voie du signifiant. N'est pas perturbation un accent, une scansion marquée, une rupture voulue, chevillés dans le discours corporel et/ou verbal, qui signent une secondarisation de la pulsion. Notons

l'aspect dynamique de la perturbation : elle est un trait de l'histoire du patient mais également de la relation actuelle entre le patient et le musicothérapeute, dans le dispositif de musicothérapie. De ce point de vue, c'est un mouvement en mouvement.

Second terme : **multimodale**. Où se produit l'accident ? Là où tout flux s'écoule, dans le quotidien autant que dans le temps de la séance et le jeu relationnel. Mais ou plus précisément ? Partout. Par multimodale, nous entendons les multiples modes qui font langage chez l'humain : geste corporel, geste vocal (Jousse, 1974), regard, posture, mouvement : façon d'incarner le temps de séance. Il n'y a pas de restriction à observer/entendre/vivre et partager une perturbation multimodale dans la séance. Grimace tordant le visage, stéréotypie, logorrhée monocorde et plaintive, perte subite du tempo, pied qui ne peut se poser dans un espace entre 2 repères, enfant qui saute avec raideur tous azimuts etc, éléments discordants via le corps.

C'est donc ce qui va constituer en partie la **polyrythmie**. Car la polyrythmie est un ensemble de rythmes différents et indépendants, joués simultanément, qui s'intriquent et donnent à entendre un ensemble cohérent (Encyclopédie Universalis ; Larousse internet). En musicothérapie et dans le présent propos, c'est un groupe de rythmes perceptibles à la fois indépendamment les uns des autres, mais aussi en association, et/ou globalement. Ces rythmes sont l'expression de multiples flux, à remous et périodes. Des forces en présence, harmonieuses ou conflictuelles, de liaison ou de dé-liaison (Rosenberg, 1991) se manifestent. Elles dévoilent la présence du patient à sa vie. Ce sont les différents flux qu'il met en jeu dans la séance, dans la relation avec musicothérapeute et dispositif. Il peut s'agir du débit de parole, associé aux mouvements du corps, à leur fluidité ou raideur, à la respiration, au rythme des réponses dans le dialogue rythmo-musical, les larmes, le changement de couleur de peau, le rythme cardiaque, la fréquence des ondes sonores (aigu/grave), l'évolution de la tonalité de voix, les

registres d'improvisation notamment rythmique, harmonique, verbaux, physiques, les directions prises en improvisation dans le relationnel patient/musicothérapeute. S'y intègre aussi le vécu hors séance dont peut parler le patient : par exemples l'heure à laquelle il se lève, ses relations, la qualité de son sommeil, le respect de la fréquence des séances. Ces intrications rythmiques (pulsionnelles) forment plusieurs polyrythmies.

Le **traumatisme** nous amène au concept de traumatisme, majeur dans notre travail. C'est un concept très référencé, en plusieurs étapes dans la théorie freudienne de la séduction. Pour approfondir, Bokanowski fait un point sur la question du traumatisme, du traumatique et du trauma, (Bokanowski, 2005), et Roussillon sur la « théorie psychanalytique du traumatisme » (Roussillon, 2001). Nous en retenons cette définition : le traumatisme est un excès d'excitation non régulé par le psychisme, une blessure narcissique qui entraîne un trauma. Il y a des traumatismes de crise, inhérents au développement humain et organisateurs (naissance, adolescence, grossesse...), des événements traumatiques (violences diverses), des traumatismes cumulatifs par répétition de blessure d'apparence peu intense mais distillée régulièrement au sein d'une relation, des traumatismes du non advenu où, selon la formulation de Winnicott, « *il ne se passe rien là où il aurait pu utilement se passer quelque chose* » (cité par Roussillon, 2001, p.1). Nous avons par ailleurs puisé chez De Mijolla (1996) et Laplanche et Pontalis (2004), pour rédiger cet aperçu. Chez Lacan enfin (Attié, 2019), c'est un fait de structure, une rencontre avec le réel, mais une rencontre manquée, qui mène à la répétition et au fantasme, et commence par le trou de la langue, trou du langage qui ne peut pas tout dire – « traumatisme » (Emerich, 2016) – ceci ouvrant la voie sur les signifiants énigmatiques. Les éléments du sens se mélangent sans se lier dans un discours.

Le **traumatisme** qui nous occupe est donc blessure qui attaque le cours psychique, par effraction, ou manque répété. Il peut être accompagné de blessure physique mais pas toujours. Par son intensité et /ou sa soudaineté, sa durée, sa

répétition, son absurdité, il met le psychisme en état de débordement, d'impossibilité de symbolisation tant c'est insupportable, ou impensable. Cela provoque sidération, confusion, et désorganisation dans l'élan vital qui se fraye une voie de survie. Cette voie mobilise des défenses, d'absence ou de soustraction d'une part du sujet à lui même, de réorganisation inconsciente de sauvegarde de lui même, mais rendant difficile ou impossible le tissage de ses liens structurels. En ce sens le mouvement est de nature morbide. Car il y a coupure et/ou perversion et au mieux dérivation de l'élan. La personne peut ne plus savoir qui elle est, comment se saisir d'elle même. La perte est sournoise, car la trace de l'événement devient comme un corps étranger ignoré, encrypté et clandestin du psychisme (clivage), sans s'intégrer à l'histoire du sujet (à moins d'une nouvelle rencontre, réussie celle-ci, dans la symbolisation). Lors d'un vécu présentant des éléments ressemblants, la trace ou certains de ses effets ressurgit et s'exprime en symptôme, en désorganisation. Nous vivons tous des traumatismes plus ou moins violents – le premier d'entre eux étant celui de la naissance d'après Otto Rank (2002) - ainsi qu'une multitude de micros traumatismes, faits générateurs des perturbations. Cela s'enchaîne, le maillon suivant réactivant le précédent, inscrit en filigrane dans une mémoire refoulée. Il semble que le rythme-sonore de la séance de musicothérapie active, favorise le surgissement de ces traces, sous forme de flux et rythmes, éléments de chaînons traumatiques.

Voici pour exemple fictif, ce que pourrait être un enchaînement traumatique pour un enfant né prématuré et dont la famille ne réussit pas, malgré la meilleure volonté, à installer une relation suffisamment bonne « banale » : à l'hôpital, l'agression perpétuelle du corps/être par les dispositifs médicaux, s'il n'y a pas d'accompagnement psychique, vécue comme excès persécutif réifiant ; Simultanément, manque infini du corps/être rythmé, vivant et désirant de la mère, vide abyssal. Nous pensons ici à des formulations familières telles que « terreur sans nom » (Bion, 1962), « terreur agonistique » (Roussillon, 1999) et « agonie primitive » (Winnicott, 1969), expérience

primitive catastrophique (Brun, 2013). Puis à la maison, l'anxiété et l'hyper vigilance parentale à l'enfant, compréhensible bien sûr, pouvant se manifester en sur-protection et intrusion (réactualisation), et pouvant générer une absence d'espace réel à vivre et être soi dans un cercle familial aimant et accompagnant, manque à être inhibant, pouvant constituer une réactualisation du vécu hospitalier. Nous pourrions voir ici trois chaînes, l'une de carence, l'une de surplus, l'une de dualité entre trop et pas assez, antagonique ; trois chaînes possibles qui rendent difficile le rapport à la réalité, et dans lesquelles s'en retrouvent ou en naissent d'autres.

Ce qui nous intéresse en musicothérapie dans un premier temps, est de percevoir les perturbations à considérer (refoulement et répétitions que cela peut générer notamment dans le corporel, geste, voix, façon d'être au monde) et avec lesquelles articuler dans le rythme-sonore afin d'inviter un processus de symbolisation. L'être marqué s'est organisé dans des réflexes défensifs, d'inhibition, et/ou d'excitation qui impactent la rythmicité de ses multiples flux. Cela s'exprime en séance dans les polyrythmies interpersonnelles, et leurs accidents, comme une tentative désespérée d'un rejeu de quelque chose d'étrange et confus qui se dérobe toujours. Ce rejeu nous semble être un élément de base en musicothérapie. Or il est soumis à l'associativité sensori-affectivo-psychique invitée en séance (qui est animé par et réanime la mémoire). C'est ce qui fait sa force, son caractère opérant. C'est à dire que dans le dispositif rythme-musical (à effet d'entraînement intrinsèque), et les relations transférentielles, ce mouvement devient dynamique, vers inconnu et imprévu. Cela emmène globalement tout l'être combiné, l'être complet, désirant, vers le « se dire ». Les explorations narrativo-rythme-sonores, sensori-psychiques par excellence, ouvrent à l'inconscient et aux liaisons. L'articulation du matériau avec les reprises de la musicothérapeute, soutient alors la représentation et l'inscription dans l'histoire du sujet. Le patient peut, avec le temps, faire des liens et commencer à élaborer, à éprouver et comprendre comment il est

construit et ce qu'il cherche. Progressivement le « se dire » peut se dire en « je ».

Comme les polyrythmies, les chaînes traumatiques sont intriquées. Je fais l'hypothèse que l'intrication des chaînes traumatiques se retrouve dans l'intrication des perturbations polyrythmiques avec lesquelles nous travaillons en musicothérapie active.

Trois situations pratiques en perspective

Ces trois présentations sont condensées. J'y énumère les manifestations qui attirent notre attention. Prénoms et genres sont modifiés. Lorsque j'évoque des pistes de travail, ce ne sont que des notes directionnelles. Elles s'imposent à moi lors de l'analyse des premières séances comme des tendances, des endroits de fragilité où je sais les dispositifs musicothérapeutiques efficaces (constituants). En aucun cas cependant, l'action n'est aussi catégorique que la façon dont je présente ces trois situations pour les partager. Le patient évolue librement (sauf angoisse à contenir), dans le dispositif qui se construit avec lui au fil du temps et du vécu des séances. J'accueille, j'écoute, je suis (suivre le patient), j'accompagne, je souligne, mets en liens, et j'invite (répétitions, prolongements, développements) ; C'est à dire que je m'appuie sur ses forces pour les déployer dans la rencontre.

Aux trois premières séances, Madame est une femme d'allure calme. Son teint est pâle dans un visage rond et doux. Elle consulte car « elle voudrait faire un travail de musicothérapie ». Elle a dès notre première rencontre des gestes lents d'auto contention (bras, mains, positions de regroupement et de protection) presque incessants lorsqu'elle parle. Sa voix est discrète, en souffle. Son discours est mature. Debout pendant l'improvisation, ses pieds semblent collés au sol et ses mouvements sont comme figés sur de la rotation en frontal. Pourtant le sol est effleuré lors de ses déplacements. Pas de verticalité dans le mouvement, pas de rebond ni de liberté. Elle est

respectueuse des consignes, sans s'investir cependant. Ni plaisir, ni remous visibles. Tout semble mesuré et harmonieux, mais sans contraste, et me laisse une impression de retrait. Pourtant elle est articulatoire lors d'improvisation chantée. Dans les jeux de question/réponse, au début, tout est accidenté. En revanche, son jeu aux timbales est cyclé et stable, ses chants tenus sont malgré tout incarnés. Sa régularité est comme irrégulière : rythmique discrète soudain déstabilisée, fil du corps comme perdu. La simultanéité est difficile. Elle chante et rêve beaucoup après les séances.

Dans la construction du projet thérapeutique, je souligne la caractéristique suivante : « là/pas là ? », Incarnation ? Sécurité ?

J'ai une sensation de flux contenu, comme endigué. Ayant observé un besoin d'indépendance et des capacités rythmo-mélodiques importantes, j'opte pour un travail d'expression très libre, à son rythme. Je prévois d'avoir une présence sonore discrète mais quasi continue, de soutien. J'envisage également d'accompagner la patiente de près sur l'ancrage du corps (rythmo-mélodique corps/voix en doublon). Enfin, j'envisage des séquences de jeu verbo-rythmo-mélodique en anti-phonique. Comme toujours ce n'est qu'une trame de fond. Dans la séance, je réponds aux appels, je reformule ce qui semble participer au processus de représentation en cours, mets en lumière ou en relation.

Au cours du travail, se dévoilent et progressivement s'élaborent des micros traumatismes répétés : une carence en maternage, avec des abandons, un défaut d'inscription dans une rythmicité primaire d'accordage. Une solitude infantile importante et des épisodes de violence se disent.

La musicothérapie lui permet de vivre une sécurisation rythmique, (« rythme de sécurité » – (Tustin, 1986)) qui favorise la créativité en séance et dans le privé. Ses orientations professionnelles s'affirment tandis qu'elle décide d'orienter sa thérapie vers la psychanalyse.

Aux premières séances, Paulo est un garçon de sept ans qui semble ultra léger. Il est mince et sa peau est fine et transparente. Je n'entends ni ne comprends ce qu'il dit. Lorsqu'il parle, c'est doucement, vite et sans articuler, avec peu de consonnes ou seulement palatales (ch/ge). Son rapport au sonore est à la fois intéressé et distancé (il est bruyant et le bruit peut le gêner). Actif et enthousiaste, il est au début de nos rencontres dans un déplacement permanent, tourne sur les sièges, pieds en l'air, tapés bougés frottés. Sautillant d'un bout à l'autre, il inventorie le matériel, et cherche mon approbation. Les objets, les machines, le fonctionnement l'intéressent comme s'il bricolait : la touche abîmée du piano sur laquelle il concentre son attention, la flûte qu'il monte et démonte. Il n'accroche pas sur mes lères tentatives d'articulation, ne répond pas à mes invitations rythmo-mélodiques, les ignore, sauf lors d'un jeu de balle, où il se révèle habile et farceur. Pas d'ostinato possible, pas de structure cyclée apparente. Mouvement et rythme sont très rapides, très imprécis : se laisse tomber par terre sur ses pieds tout tordus, laisse tomber les baguettes c'est à dire ouvre les mains et elles tombent, évoquant des carences lors d'étapes de développement de l'image et la sensation du corps (Bullinger 2006). Je ne perçois que très peu de continuité sauf dans la discontinuité. De ce fait je suis étonnée lorsqu'il joue à monter les touches du piano. Sa créativité, dans des élans vivaces et sensibles, s'arrête vite, subitement inhibée. Il ne dépasse pas les trois claps dans toute dynamique rythmo-mélodique qu'il accroche. Je me demande si lorsqu'il s'arrête, c'est aussi par peur de se tromper. Il fait beaucoup de bruit après les séances.

Les saillances relevées dans la construction du projet thérapeutique remarquent : « recherche de sensation » ? Je pense à G. Haag (2009) qui parle « d'être dans sa peau » et de « vécus spatiaux et corporels pénibles ». J'ai l'image d'un écoulement torrentiel hors de son lit.

Pour l'amener à une sensation de lui même plus profonde et durable, rassemblée, je pense favoriser si cela se présente, répétition et récapitulation, par

des jeux et échanges qui engagent le corps, et qui inscrivent dans la durée (déroulement du temps sur parcours, histoires, temps calendaire...). Je cherche aussi du côté des balancements, des bercements, des structures rythmiques cyclées, et du travail sur les prénoms. (Je cherche lorsque je pense aux séances. Mais en séance je fais uniquement avec ce qui surgit dans le dispositif et les mouvements transférentiels que cela suscite, je reprends, je confirme ce qui vient de surgir et que j'entends comme fragment d'irreprésentable entrain de se manifester, de s'amorcer à dire, je tâche de soutenir).

Les discussions parentales révèlent une naissance prématurée et hypoxie présumée, de l'épilepsie, une mère soutenante mais hyper vigilante, de nombreux suivis et diagnostics. Après quelques mois et alors que la mère ravie constate de nets progrès (confirmés en séances : il parle de façon plus compréhensible et s'inscrit dans des mouvements rythmo-musicaux durables sur lamellophones, chant, piano, jeux de corps), elle interrompt le suivi brutalement.

Enfin, voici une courte vignette pour chercher si nous pouvons parler de réactualisation traumatique dès les premières semaines de la vie : **Zazo, né à 32 semaines et pesant 1800 grammes à la naissance.** Il a 12 semaines lorsque je le rencontre. Je l'entends pleurer dans le service depuis mon arrivée, par intermittence, mais très fort. Il est avec une aide ménagère qui essaie de le faire patienter en tenant silencieusement une tétine dans sa bouche, qui parfois s'en va. Il pleure alors à gros cris. La jeune fille m'explique que, comme souvent, sa mère n'est pas venue, bien qu'elle ait dit qu'elle viendrait aujourd'hui. L'infirmière devrait lui donner à manger bientôt. J'essaie de fredonner, de parler, mais je ne sens pas que cela lui convienne. Je m'éloigne et m'assois sur une chaise, tout en regardant le berceau et en continuant d'être psychiquement présente. Une infirmière me dit dans l'encadrement de porte : « c'est de solitude qu'il pleure, il a besoin de quelqu'un, il se sent très seul ». La jeune fille s'en va. Je suis

depuis peu dans le service, je fais donc comme elle dans un premier temps : je tiens la tétine dans la bouche de Zazo, – mais la veut-il ? J’y ajoute des paroles en voie profonde, des mimismes reprenant ses expressions et ses gestes, du fredon. Le voyant épuisé (ses yeux se ferment tout seul mais il se griffe et ses mains bougent beaucoup, ses mains sont humides), je lui propose de tenir mon doigt. Son visage est rouge, il me regarde et je dis en voix tenue d’un bourdon à accents, (structure à cinquante battements environ) que « *oui ... tu as faim, ...et tu cries ... je reste là, ... avec toi ... lorsqu’elle viendra ... tu man-ge-ras, ... te reposer, ...* Il s’endort quelques minutes, ma main sur son thorax. Dès qu’il se réveille, je recommence une entrée en relation où nous cherchons l’accordage, ceci jusqu’à l’arrivée de la puéricultrice.

Ici c’est un état de panique absolue qui me semble saillant (rupture totale de continuité et solitude extrême, vide ou plein terrifiant, désespoir).

La naissance prématurée constituant déjà une première rupture est ici aggravée par un abandon maternel, voire un rejet qui constitue une seconde rupture : absence d’enveloppe corporelle et psychique, non contenance. L’absence d’interprétation du monde et la grande solitude malgré l’attention de l’équipe m’évoquent un manque de fonction alpha par idéogrammes et audiogrammes (Bion, 1962 ; Maiello, 2000) où le risque de confusion des liaisons interne/externe est majeur.

C’est pourquoi je « tiens » spontanément son corps après la tombée de tétine, et ce malgré une règle habituelle d’abstinence. Car aucun flux n’est tenu, tout s’échappe ou envahit, si la mère est absente pour faire contenance. Je raconte le monde, je fredonne gravement dans une construction rappelant la polyrythmie organique : bourdon cyclé en triolets espacés sur une structure lente, motifs aléatoires pour souffle, cœur et péripéties digestives et extérieures. Plus tard, je composerai, jouerai (sans instruments bien sur) des comptinettes nez/main/bouche/pieds pour capter son attention et

son regard furtivement rieur, chaque semaine davantage tourné vers la lumière ... J’ignore ce qu’est devenu cet enfant que j’ai aidé au cours de quelques séances.

Ce que nous cherchons, (et tout particulièrement lors de séances avec les nourrissons prématurés), c’est à tendre, par la symbolisation, à un ordonnancement des flux désorganisés. Nous commençons par chercher à percevoir et réfléchir une méta rythmicité à laquelle s’accorder dans un premier temps. Celle-ci est composite. Plusieurs rythmes sont à l’œuvre probablement en lien avec les différents systèmes du métabolisme.

Tout d’abord, voyons quels rapprochements nous pourrions faire avec la psychologie pour nous aider à penser cette question.

Premiers repères

Les manifestations de la rythmicité, les polyrythmies observées et entendues, nous amènent à la proposition suivante : les perturbations polyrythmiques pourraient être en lien direct avec l’histoire et les stades de développement de la personne. Calquée sur les étapes de la psychologie du développement, une perception par « type » de rythmicité paraît possible et éclairante. Certaines perturbations polyrythmiques trouvent leur place spontanément dans une organisation de la rythmicité par périodes du développement sensori-moteur et sensori-psychique. Y aurait-il corrélation entre « type de perturbation » et période de développement ? C’est notre hypothèse. Il nous apparaît qu’elle contribue à notre compréhension du patient et des dispositifs à proposer favorisant l’entrée dans le travail.

C’est pourquoi nous proposons la base de réflexion suivante, provisoire.

Rythmicité organique :

Type de manifestation en clinique musicothérapique : sur excitation/ dévitalisation, manifestations corporelles et sonores où tout est

plein et confus en tous sens ou, retrait silencieux et immobile.

« Avant de nous intéresser à un contenu fantasmatique, le premier travail à faire est de remettre en chantier les inscriptions psychiques via le corps, celles qui ne sont pas suffisamment inscrites dans les premiers temps de la construction du sujet ». (Potel, 2015, p.69).

Ces manifestations semblent appeler des réponses de contenance.

Rythmicité réflexive :

Type de manifestation en clinique musicothérapique : troubles du même et son contraire (homophonie impossible ou antiphonie impossible), pas de distribution « à toi », « à moi ».

Celles-ci semblent appeler des réponses de type « organisé » : structures cyclées.

Rythmicité narrativo-rythmo-mélodique :

Type de manifestation musicothérapique : instabilité rythmique, irrégularité, retards, avances, accroc, arrêts brutaux, difficulté de répétition, d'entrée en cycle etc.

Ces manifestations semblent appeler des jeux d'improvisation et de distribution.

Bien sûr, ces groupes n'existent pas dans la réalité, plus subtile et complexe que ces catégories. En séance, l'improvisation se bâtit avec la matière rythmo-sonore que le patient joue avec nous, tandis que chaque fonction (contenance, réflexivité, créativité) peut infiltrer le travail, sans ordre, cloisonnement, réduction ni chronologie.

Rythme et musicothérapie : fondements et fonctions

Dans la plupart des cas, le travail consiste à écouter tout en tendant à enraciner dans le temps et le langage. Anne Brun parle d'amener les expériences sensori-affectivo-motrices vers le figurable (Brun, 2013)¹. Je fais cela sous le signe d'une globalité qui comprend « le rythme, le corps, la créativité, le récit ». Pour y parvenir je me mets en situation d'accueil, d'associativité, et me laisse entraîner dans le jeu relationnel du rythme-sonore. J'y reconnais le patient dans sa singularité afin que lui-même s'y reconnaisse et s'y déploie.

L'approche est transversale. Les appuis sont pluridisciplinaires : anthropologie, psychologie élargie, ethnomusicologie, philosophie et physiologie.

Qu'il s'agisse de nourrissons, d'enfants, ou d'adultes, il m'apparaît que l'intrication des chaînes traumatiques nous ramène toujours aux origines. Même lors du travail avec un adulte ayant subi un traumatisme récent, il peut y avoir écho à une suite antérieure de micro événements ayant des concordances d'éprouvés et de sens à découvrir pour le patient. Cela peut s'insérer à une chaîne voire plusieurs chaînes pré-existantes : une chaîne signifiante ?

Ainsi, lorsque surgissent les perturbations, souvent combinées, elles ne m'apparaissent pas comme un signe à considérer en soi, mais plutôt comme l'expression d'une poussée au contact de la musicothérapie. Cette poussée émerge d'un enchevêtrement de dynamiques psychiques passées et actuelles, sous le primat du jeu pulsionnel.

Parmi ces dynamiques, certaines posent problème à la personne, raison pour laquelle elle

¹« Il s'agit précisément de symboliser des expériences sensori-affectivo-motrices, jusqu'alors impensables et irreprésentables, qui vont trouver une signification dans les liens transféro-contre-transférentiels, permettant une appropriation de ces expériences ». A. Brun, Interview, 17 janvier 2013

consulte. Car certaines d'entre elles butent répétitivement sur les mêmes écueils, comme lestées d'un poids fixe : un ou plusieurs événements passés, non « intégrés » à l'histoire du patient, sont en suspend dans un coin de mémoire, à l'état de trace, sans liaison claire avec ses moindres précédents et son vécu actuel. Des cours de flux en sont transformés.

Cela se dit dans la relation musicothérapique. La force des procédés de musicothérapie active que nous utilisons, (dispositifs rythmo-sonores), est leur universalité. Ce sont des contenants vivants, organisés et ouverts, qui engendrent des processus de créativité, de vitalité. Ils réaniment des flux, reprennent, réenclenchent les processus dialectiques primaires entre le nourrisson et sa mère : fœtaux, et infantiles précoces (Maiello, 2000, 2010 ; Pratt, 2007 ; Stern, 1989 ; Winnicott 1971). C'est à dire que les personnes qui entrent dans ces processus de musicothérapie sont entraînées dans un mouvement rythmique ancien et reconnu.

Il existe une force de propulsion dans le mouvement rythmique organisé, forme du mouvement du vivant « travaillée », élaborée, propre à ces procédés élémentaires de musicothérapie. C'est un mouvement d'entraînement incompressible même à minima. Le rythme appelle le rythme. Il appartient au musicothérapeute de rendre ce mouvement articulatoire et progressivement harmonique (au sens social de justesse en rapports). L'histoire du patient s'y organise. Musicothérapeutes, rythmiciciens présumés, nous voici artisans de la symbolisation du temps, et plus encore de la dynamique d'une remise en ordre. Cette dynamique est à la fois rythmique, sonore, psychique et corporelle.

La musicothérapie active offre des procédés rythmo-musicaux spécifiques issus de ceux des sociétés de tradition orale : structures polyrythmiques vivantes laissant une large place à l'improvisation et à la dramaturgie, au geste, au récit. Ces structures sont ordonnées et cyclées,

distribuées et balancées sur les plans frontal, sagittal, transverse et oblique. Elles impliquent le corps. Narration et nomination s'y insèrent aisément pour peu qu'on utilise le responsorial et l'antiphonique, à potentiel à la fois très articulatoire et contenant dans la répétition. La diversité de l'instrumentarium favorise également les réminiscences. Tout ramène au primordial (ventre maternel et relations précoces).

Dans les sociétés de tradition orale, les structures rythmo-mélodiques sont des « prêts à être ». Ils mettent en ordre et en forme le balancement somato-psychique inhérent à la nature humaine dans le collectif. Adaptées en musicothérapie active, ces matrices deviennent des « prêts à penser », dans ce sens où, de par leur organisation, elles amènent le sujet dans une bilatéralisation oscillatoire et distributive, la base anthropologique. Le balancement est anthropologique : avant/arrière, haut/bas, droite/gauche et diagonales, tour.

La matrice du balancement est à deux battants (pôles), développables et/ou séquençables à l'infini (sans autisme). Le sujet y organise et développe sa créativité librement. Car cette matrice offre une sécurité de par ses limites (points cardinaux, verticaux, temporels), et une perspective dans cette contrainte fondatrice : l'autre battant, qui existe toujours, précédent mémorisé ou suivant projeté. Par leur nature rythmique, ces procédés ou matrices, provoquent en quelque sorte l'historicité du sujet. Cela convoque sa narrativité et contribue, avec l'aide du musicothérapeute, à l'organiser dans le langage. Car le son jaillit du mouvement (la parole est un geste combiné) et s'organise dans la mémoire de la dualité (présence/absence, son/silence, droite/gauche, à toi/à moi). C'est à Marcel Jousse (1974) que nous devons ce travail de décomposition : du jaillissement du mouvement jusqu'à l'oralité. Et à Willy Bakeroot de nous le transmettre.

Pour illustrer notre propos, observons la conférencière, debout, qui ne cesse d'avancer

quelques pas, joindre ses pieds, repartir de côté, puis vers l'arrière, et recommencer.

Observons les enfants dans la cour de l'école : face à face, ils chantent en tapant leurs mains : *un deux trois main droite, un deux trois main gauche, un deux trois main droite main gauche, et un deux trois les deux* : mémoire et accordage, organisation, symbolisation.

La musicothérapie véhicule par ailleurs une dimension sublimatoire. Elle « tire » l'humain poussé par un désir/besoin de réalisation et de transcendance. C'est aussi cela qui amène certains patients à nous et sous tend leur engagement. Elle vient également ramener le sonore des premières enveloppes sur la scène actuelle. Mais ce ne sont pas les sujets ce jour.

En premier lieu, ces procédés de musicothérapie font « relance » de l'élan vital. Mais une relance qui par la puissance des procédés mis en jeu, peut venir « heurter » si l'on peut dire, les chaînes traumatiques. Deux dynamiques peuvent s'affronter avec force. Il peut y avoir conflit. Une mise au travail intense de l'inconscient dans le sensori-psychique s'effectue. D'un côté une mise au travail organisatrice. De l'autre une mise en jeu immédiate des perturbations qui surgissent au cœur de la relation proposée dans la musicothérapie.

Nous devons être attentifs à ce travail du conflictuel. Il doit être fait en douceur. Dans le cas contraire, nous risquons des bascules précipitées d'un côté ou l'autre. Cela avorterait le processus organisateur et renforcerait les résistances. Il est nécessaire de se couler dans la méta rythmicité du patient. Or le rythme du travail psychique s'inscrit dans la durée (Freud, 1938). De la même façon que s'est opéré le montage du petit d'homme par la rythmicité, (dyadique mère nourrisson d'abord), il nous faut accompagner une route de retrouvailles, sensible : activité, suspension, retraits pour sécurisation et intégration, recommencement. W. Bion (1963) parle d'ouverture et fermeture narcissique. C'est cette rythmicité qui a sauvé le petit du chaos des pertes d'objet. Le rythme, c'est

par lui que s'opère le passage du chaos à l'ordre (Maldiney, 1967).

Ces façons singulières de se dire que j'évoque en terme de perturbations rythmiques, m'apparaissent comme une proto symbolisation, une figuration du corps/être souffrant, empêché, figuration pré-symbolique ou symbolisation par défaut, du traumatique. Le corps parle et nous indique une route à emprunter avec et pour le patient. Les chaînes traumatiques semblent avoir leur origine aux origines. C'est à dire dans les registres archaïque, primaire et secondaire de la construction.

Aujourd'hui nous savons que l'unité du moi et la capacité de représentation sont le fruit d'une dialectique incessante, dont la qualité est capitale dans les premiers temps de la vie : enveloppe contenant/introjection de contenus – pulsion de vie/pulsion de mort – ancrage corporel / ancrage interactif – investissement /identification – réel/réalité. Santé et équilibre naissent d'un environnement suffisamment bon dès les premières heures de la vie, à savoir contenant et interactif.

L'anthropologue M. Jousse considère le balancement comme l'organisateur du rythmisme au formalisme (oralité). « *Mimeur par nature, l'homme se fait le miroir des interactions du réel ambiant. Et il leur fait écho, cinémimeur, exprimant un langage gestuel spontané, universel* » (Jousse, 1974, p.43). C'est la pensée chose, gesticulation significative. Ou encore : *Le balancement des propositions jaillit spontanément de tout l'organisme humain. C'est un être en perpétuel jaillissement. Si bien que .../... couper la relation qui existe entre le balancement de tout le corps et le balancement des propositions orales constitue une sorte de mutilation* ». (ibid, p.227). Un être rythme, corporel parlant.

Quand l'élan vital, dans le jeu des pulsions, se trouve confronté/soumis à des flux sensori-affectivo-moteurs excessifs ou manquants, soit trop importants, soit trop répétés pour être métabolisés par le psychisme, ils produisent les premiers

maillons d'une chaîne à venir. L'être, rythmique par nature, se trouve à vivre une perte momentanée de sens. Les résidus affectifs de cette perte s'inscrivent en filigrane dans la trame du sujet en devenir, ce qui fait retour, sous contrainte de répétition car insuffisamment représenté (Roussillon, 2001, p. 1).

Ces résidus, mobilisés en musicothérapie, s'amorcent et surgissent sous l'effet des matrices symboligènes du rythme-mélodique. Cela se traduit au début par des sortes de coagulations, d'anesthésies, de scléroses ou d'hémorragies de vitalité. Il y a des défluences et dérivations des flux, et autres dysrythmies qui s'entendent dans une multitude de formes d'arythmie musicale : désordre et confusions dans les cycles, les structures, la pulsation, mais aussi dans la gestuelle, le phrasé et son débit etc. Le « rythme-explosisme Joussien » est perturbé, cela part en tous sens, sans pouvoir s'arrimer au balancement fondateur, dans l'ordre symbolique.

Cette inscription dans le balancement est pourtant au fondement de l'accès au langage. Le jaillissement du rythme se doit d'entrer dans l'ordre du monde pré-existant : contenance et interprétation dans le champ maternel, nomination et transmission de la loi du côté paternel, « montent » le petit d'homme rythmique.

Les perturbations polyrythmiques peuvent être l'expression de tout non évidé, de manque abyssal, d'excès non régulé ; un accompagnement du jaillissement qui n'aurait pas ou aurait mal eu lieu. Et c'est là la force des matrices musicothérapeutiques symboligènes. Elles proposent au patient un cadre de « mise au travail de l'inconscient », à son rythme. Avec l'accompagnement du musicothérapeute, l'activité d'ajustement relationnel – au sens générique d'interactions d'ajustement d'avec l'objet (Ciccone, 2006) – se mouvemente d'autant mieux qu'elle passe par le corps. L'élaboration psychique s'incarne.

La musicothérapie invite le patient à remettre un mouvement d'appariement manqué, en route. Ses

outils sont adaptés. Ils mettent en œuvre des processus d'inscription dans le corps balancé. Ce sont des processus de remaniement et/ou de greffe sensori-psychique d'accordage abouti.

La mémoire, serait remise en jeu par le rythme-sonore et ses qualités organisatrices et sensorielles, autant que par les mises en sens, dans l'ordre du langage, de ce qui advient dans le relationnel transférentiel en musicothérapie. Dans le conflit au travail au cours des séances, et après, patient et musicothérapeute sont associés dans un mouvement qui vise, au moins momentanément, l'accordage (Stern, 1989).

Mais la richesse infinie des procédés narrativo-rythmo-sonores, dans la créativité qu'ils suscitent favorise d'autant cet accordage. Ils ramènent au sensori-moteur archaïque, encadré par l'ordre du langage. Ils contiennent, tout en infusant le sens de la loi. Ils apportent une dimension d'imaginaire. Ce sont des « prêts à penser élémentaires » qui favorisent la réorganisation primordiale et la réintégration des événements dans cette organisation.

Conclusion

Les perturbations polyrythmiques en musicothérapie sont-elles un rejeu perpétuel du traumatique ? Nous constatons l'effet des procédés rythme-sonores sur des perturbations de flux manifestés par la personne. Mais il reste des questions à étudier. Le désordre fluctuel surgissant est-il résidu du refoulement, sorte de cicatrice qui s'exhibe à l'insu du blessé ? Symptôme ? Actualisation perpétuelle compulsive, fueros se signalant malgré tout ?

Nous travaillons avec ces « traces » que nous considérons comme les indices de points de fuite ou de coagulation. Ce faisant, nous observons que les mouvements du rythme animent et contribuent à organiser une forme de narrativité de récapitulation chez le patient. Mais comment préciser ces perceptions « en flux » ?

Tandis que nos appuis anthropologique et psychanalytique nous éclairent sur la source du mouvement qui anime l'anthropos, la psychologie du développement fournit une lecture chronologique. Cependant, nous entrevoyons des liens avec les différents systèmes du métabolisme, tout particulièrement les systèmes et sous systèmes à flux, circulants ou producteurs (par exemple système circulatoire, système hormonal). Nos premiers repères en trois groupes nécessitent un développement. La physiologie des flux pourrait permettre d'en préciser les descriptions.

Bibliographie

- Attié, J. (2019). Traumatisme et savoir, *Ecole de la Cause freudienne*. <https://www.causefreudienne.net/deux-notes-sur-le-traumatisme/>
- Bokanowski, T. (2005). Variations sur le concept de "traumatisme" : traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 3, Vol. 69, p. 891-905. DOI 10.3917/rfp.693.0891.
- Brun, A., Chouvier B., Roussillon R., (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement, *Contraste*, 2, 25, 125 - 139.
- Chetrit-Vatine, V. (2012). Traumas et conflit oedipien : Oedipe, le meurtri. *Revue Française de psychanalyse*. 5, 76, 1679-1685.
- Chouvier, B. (2004). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. (2006). Partage d'expérience et rythmicité dans le travail de subjectivation, *Le carnet psy*. 5, 109.
- Devouche, E. & Gratier, M. (2001). Microanalyse du rythme dans les échanges vocaux et gestuels entre la mère et son bébé de 10 semaines. *Médecine et Hygiène. Devenir*, 2, 13, 55-82.
- Freud, S. (1973). *Abrégé de psychanalyse*, Paris : Puf.
- Emerich, C. (2016). Le traumatisme psychique dans l'œuvre de Freud et de Lacan. *Mathinées lacaniennes*. <https://www.mathinees-lacaniennes.net/fr/21-articles/articles/274-le-traumatisme-psychique-dans-loeuvre-de-freud-et-de-lacan-texte-de-choula-emerich>
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris : Puf.
- Haag, G. (2009). Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile, *Enfance*, 1, 121 – 132.
- Haag, G. (2004). Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique, *Revue française de psychanalyse*, 4.
- Haag, G. (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 33 (2-3), 107-114
- Jousse, M. (1974). *L'anthropologie du geste*. Paris : Gallimard.
- Infurchia, C. 2016). *La mémoire entre neurosciences et psychanalyse*, Toulouse : Erès.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : Puf.
- Lachal, C. (2010). Le traumatisme et ses représentations. *Journal français de psychiatrie*, 1, 36.
- Lafforgue, P. (1995). Le loup anal et les trois petits cochons. Une approche ethnologique d'un matériel thérapeutique. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 59.
- Lecourt, E. (2010). *La musicothérapie*, Eyrolles.
- Maiello, S. (2000). Trames sonores et rythmiques primordiales, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 26.
- Maiello, S. (2010). À l'aube de la vie psychique. Réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale (pp. 103-116). Dans J. Aïn (Ed.) *Réminiscences*. Toulouse : Erès.
- Maldiney, H. (1973). L'esthétique des rythmes, *Regard, Parole, Espace*, Lausanne : l'âge d'homme, 1973, 147-172.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère bébé, *Spirale*, 4.
- Mijolla, A. & S. (1996). *Psychanalyse*, Paris : Puf 1996
- Potel, C. (2015). *Du contre transfert corporel*, Toulouse : Eres
- Pratt, R. (2007). La préhistoire de la vie psychique : son avenir et ses traces dans l'opéra de la

- rencontre et le processus thérapeutique. *Revue Française de psychanalyse*, 1, 71, 97-114.
- Rank, O. (2002). *Le traumatisme de la naissance*, Paris : Payot
- Rosenberg, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, revue Française de Psychanalyse (monographie), Paris : Puf.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF (éd. 2010)
- Roussillon, R. (2001). Exploration en psychanalyse, Théorie psychanalytique du traumatisme, traumatisme du non-advenu, propulsé par *Wordexpress* :
- <https://reneroussillon.com/traumatismes/theorie-psychanalytique-du-traumatisme/>
- Spitz, R.A. (2007). *De la naissance à la parole*. Paris : Puf
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Puf
- Tustin, F. (1989). *Le trou noir de la psyché, barrières autistiques chez les névrosés*. Paris : Seuil
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard (trad. 1975).