

Trouble du rythme chez un patient schizophrène

jeudi 19 janvier 2017, par [Dominique Sement](#)

Sommaire

- [Anamnèse](#)
- [Projet thérapeutique](#)
- [D'un rythme binaire au rythme ternaire](#)
- [Le cadre](#)
- [Mise en place rythmique](#)
- [L'ambiance](#)
- [L'espace transitionnel](#)
- [Bibliographie](#)

Respirer ! Invisible poème

Pur échange perpétuel de l'être qui m'est propre

Contre l'espace du monde

Dans lequel moi-même rythmiquement j'advieus

...Vague unique dont je suis la mer successive

Rainer maria Rilke, *Sonnets à Orphée*

Ou comment l'ergothérapeute peut mettre en forme une dysharmonie rythmique dans un espace transitionnel faisant office de tenant-lieu chez un patient schizophrène dont l'immutabilité de sa vie quotidienne viendrait en contrepoint de son chaos psychique.

Le rythme n'est pas un concept psychanalytique. Il apparaît dans de nombreuses disciplines, de la physique et à la linguistique, en passant par la psychologie et la musicologie. Cet article se veut être un essai pour développer le « champ du rythme » dans la pratique de l'ergothérapeute et examiner ses modes d'expression avec la psychose. À cet effet, je vais m'appuyer sur une prise en charge à l'hôpital avec un patient suivi depuis plus de cinq ans à l'atelier d'ergothérapie.

Je vais donc présenter une situation thérapeutique qui m'a permis de mettre en exergue cette dimension du rythme à partir du corps du patient ainsi que dans la manière dont il me sollicitait

psychiquement à partir de différentes médiations ainsi que dans le lien transférentiel instauré.

J'ai souhaité faire la part des choses entre les troubles du rythme liés au traitement médicamenteux, en particulier les neuroleptiques et leurs conséquences dans notre pratique, et le type de rapport à l'espace-temps propre à la psychose du patient avec ses effets dans la démarche de soin.

Ce rythme fut interpellé dans les rituels instaurés par le patient, dans son mode de fonctionnement aussi bien que dans le tempo instauré par les activités.

Je vais donc vous présenter le patient que je suis depuis bientôt plus de 5 ans dans le cadre d'une hospitalisation longue fait d'intervalles de permission de sortie d'une quinzaine de jours avec des membres de sa famille. Ces intervalles contribuent d'ailleurs à scander un rythme dans la prise en charge et à souligner ses effets.

Anamnèse

Monsieur A est un homme de 60 ans, hospitalisé en SDRE (Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État) en septembre 2005 suite à un acte de viol sur une touriste japonaise. Mr A ne gardera que des souvenirs vagues de cet événement, entre déni et difficultés d'élaboration, déclarant se souvenir que la jeune femme lui avait souri avant de l'embrasser et d'avoir fait des attouchements. Il fut arrêté par la police après l'alerte de plusieurs témoins et emmené à l'Hôtel Dieu, puis à l'IPPP (Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police).

Amené à l'hôpital, sa présentation évoque d'emblée une imprégnation neuroleptique avec à la fois sédation et mouvements dyskinétiques, un processus dissociatif et un état déficitaire.

Une viscosité idéique est notable avec des phénomènes de types écholalie et un ton monocorde.

La fonction cognitive semble alors déficiente, confirmée, par la suite, par une batterie d'examens, effectuées avec la psychologue avec une autocritique et un discernement alternés.

Sur un plan clinique, des éléments psychotiques confirmeront le diagnostic de schizophrénie paranoïde avec une tendance à soliloquer et des phénomènes hallucinatoires acoustico-verbaux ainsi que des idées de persécution vagues. Ce qui ressort aussi, c'est un risque de passage à l'acte dû à des tendances impulsives liées à des frustrations et à un manque d'élaboration.

Sur le plan familial, Mr A est issu d'une grande famille juive : il est le 7^e enfant d'une fratrie de 9 enfants. Né en Tunisie, il n'y vivra qu'un an avant que ses parents ne déménagent en France. Il commence à travailler à l'âge de 16 ans dans le domaine de la plomberie, et réalise par la suite son service militaire. A la mort de ses parents, il décide de vivre chez l'un de ses frères.

Dans l'enceinte de l'hôpital, Mr A passe beaucoup de temps dans son lit (clinophilie), lui faisant rater régulièrement l'heure du repas et les séances d'ergothérapie. Le patient présente une incurie

corporelle caractérisée par une forte odeur qui envahie toute la chambre et semble manifester peu d'entretiens physique au point d'arriver fréquemment en pyjama en séance d'ergothérapie les premières années de prise en charge.

Un traitement neuroleptiques est instauré avec de l'Haldol Decanoas, du Risperdal, du Loxapac et de l'Imovane ainsi qu'un correcteur, le Lepticur, pour les effets extra-pyramidaux des neuroleptiques.

Projet thérapeutique

Un protocole thérapeutique s'orienta sur plusieurs axes en concertation avec le médecin psychiatre.

Un cadre constant et un dispositif restreint pour travailler les règles et l'organisation avec comme optique de :

- Réduire l'apragmatisme et les troubles cognitifs en proposant une activité d'éveil ;
- Travailler les dysphories et autres éléments dissociatifs avec une activité structurante et contenante ;
- Développer les capacités sociales du patient en tentant de l'intégrer dans des jeux de partage et des sorties dans un environnement proche.

Le travail enclenché avec Mr A est, déjà, un travail dans la continuité pour redonner une configuration dans la progression de la réalisation de l'activité.

Le « sentiment continu d'exister » dont parle D.W. Winnicott participe à la structuration du Moi gage d'une identité plus stable dans un environnement permanent. Il ne peut se manifester que dans le discontinu, obéissant à un certain rythme, réinscrivant le sujet dans des variables parmi les constantes.

Mr A semblait être dans une sorte d'immuabilité, en restant dans sa chambre cloué et emmitouflé dans son lit ou venant à l'atelier d'ergothérapie avec les mêmes stéréotypes de langage commençant chaque arrivée à l'atelier par un : « alors ! », sorte de récurrence qui ponctuait chaque fois son retour.

Mr A semblait comme suspendu à ce mot sans y mettre de suite dans une forme de circularité qui faisait boucle et qui, au lieu de faire lien, revenait sur lui-même. Cela laissait l'impression d'un mode de vie immobile, ou le dynamisme semblait entravé par l'absence de prise de décision. Le réflexe était de dire : alors quoi ?! et là, la question venait à savoir si ce cette interjection était de l'ordre du temps ou de l'espace ou une collusion des deux.

Le premier travail qui semblait important à envisager était de procéder à un accordage temporel

pour consolider le lien, de retrouver un temps vécu commun et un rythme associé pour que puisse se déployer la thérapie à partir d'une partition partagée.

La première visée fut de créer, parallèlement au temps, un espace thérapeutique où le temps de chacun des protagonistes va pouvoir se relier dans des laps permettant de repérer les mouvements possibles du patient et de reprendre ses propos dans le cours d'une création.

Pour que Mr A puisse en effet se réinscrire dans le temps et dans l'espace, il s'avère nécessaire qu'il puisse lui être notifié ses présences-absences comme ses retards, ses persévérations, ses insistances voire ses modulations selon les séances.

L'instauration de séances d'une heure à fréquence de trois fois par semaine permet de rétablir une harmonie dans son mode de fonctionnement figé et de mieux repérer ensemble les événements. Mr A pouvait s'inscrire alors dans un continuum espace-temps avec la garantie de sa permanence.

Afin que cette dimension se matérialise, je décidais de m'accorder avec Mr A tant dans le choix de l'activité et de la durée proposée à chacune des séances que dans le mode d'échange pour trouver une aire commune de dialogue permettant de créer une narrativité créative.

Mr A qui avait du mal à prendre en considération l'autre sans sa différence devait alors concevoir l'alternance dans la réalisation de son objet. En effet, l'orientation fut portée sur la reproduction d'un dessin facile pour favoriser l'application et surtout pour engager le patient dans l'altérité avec comme principe de reproduire l'un après l'autre les croquis avec rigueur et détente.

Ce type de travail conserva, au-delà de l'exigence, un caractère ludique amenant une forme d'interaction et de flexibilité psychique. Il fut renforcé par une manière de me présenter sous la forme d'un « médium malléable » comme l'évoqua Marion Milner à partir de son article de 1977 : « Rôle de l'illusion dans la formation du symbole » pour donner une fonction de retranscription de son activité.

Ce mode d'approche permit à ce que la charge pulsionnelle du patient puisse se déposer et se transformer comme dans le concept du « bloc note magique » de S. Freud qui viendrait réceptionner et inscrire par son double feuillet autrement les éléments bruts du patient pour les restituer de façon tolérable et partageable, sorte de pare-excitation faisant office d'extrême sensibilité et d'indestructibilité.

Mr A arrivait systématiquement à l'atelier d'ergothérapie avec une résurgence excitatrice l'amenant à appeler les personnes présentes sans tenir compte des conditions de travail et semblait ne percevoir la dialectique relationnelle. Il donnait l'impression d'incorporer l'autre par ses appels incessants, avec une recrudescence pulsionnelle notable, et en même temps d'annuler tout lien préalablement instauré.

Ce type de comportement donnait l'impression de la part de Mr A de faire effraction chez les patients présents concentrés sur leur travail et d'altérer les modes de liaisons possibles entre les ergothérapeutes et leur patient.

J'étais amené alors à tempérer sa forme excitatrice en contenant ses emportements par une mise à distance dans son rapport à l'autre et une régulation vocale en adoptant une voix, à la fois ferme et apaisante. Mr A convoqua en moi ma voix comme une sorte de pulsion invoquante sur laquelle il pouvait se référer pour réduire à la fois son emballement et la portée de sa propre voix.

Trouver une harmonique avec le patient semblait être l'axe majeur de mon intervention avec ce patient au-delà des visées thérapeutiques engagées par ailleurs.

D'un rythme binaire au rythme ternaire

D'un rythme binaire instauré, l'objectif fut de passer à un rythme ternaire par l'introduction de la médiation qui alla nous relier et nous entendre. Ce rythme ternaire permit de réintroduire la source du désir, comme un *objet a* possible à partir d'un mode relationnel qui introduisit le « play » dans la thérapie.

Ce rythme ternaire allait être à la fois le mode structurant et créatif de la relation transférentielle.

Le cadre

Le cadre et les conditions de travail avec ce patient étaient les principaux axes d'accord avec un lien suffisamment bon pour qu'un mode opératoire puisse se trouver et fournir entre moi et le patient un rythme interne commun permettant de réinitialiser l'intérieur avec l'extérieur.

Les bonnes conditions passèrent d'abord comme le dirait D.W. Winnicott par l'expérience de l'objet trouvé-créé permettant de redonner une fonction adaptative au patient.

Mr A présentait des dysrythmies qui étaient dues à son traitement médicamenteux entraînant des effets extrapyramidaux, de type dyskinésies, ou des akathisies avec des souffles coupés mais aussi dans son mode relationnel excluant le tiers par ses interpellations d'emprise et son défaut de symbolisation se traduisant par un manque d'inspiration.

Sa vie quotidienne aussi en était l'illustration par des rythmes circadiens perturbés (le jour et la nuit), des rythmes de soins altérés (l'hygiène) car peu en phase avec son rapport à l'autre, des rythmes d'absence-présence estompés donnant l'impression d'une indifférenciation entre le monde intérieur et extérieur.

Mon objectif fut de redonner au patient des traces mnésiques de ces différents rythmes quelque peu altérés en le réintroduisant dans un rythme social afin d'estomper le chaos interne de Mr A, source de ruptures et d'isolement.

L'espace de transitionnalité propre à l'atelier d'ergothérapie était propice à ce rétablissement permettant de mieux situer le rythme de chacun tout en trouvant un rythme commun.

Il permit de redonner une topique au patient dans son corps par rapport à son rythme interne (rythme cardiaque, respiration-souffle) et au travers l'activité en elle-même avec des ponctuations, des scansions donnant le « là » et la base de l'expérience partagée.

Adopter un rythme commun ni trop rapide, ni trop lent, en liaison, redonna au patient une source de vie et un mode relationnel plus adéquat. Trouver un rythme « suffisamment bon » durant l'activité ou je faisais office de métronome aussi bien dans la reprise que dans les pauses permit de réinstaurer une harmonique, sorte de situation de compromis permettant une nouvelle réorganisation.

La cadre ainsi participait à ce rétablissement rythmique par sa fonction surmoïque de règles mais aussi par sa fonction d'ajustement et de tolérance pour jouer tout en gardant une fonction pare-excitatrice et contenante conduisant à une possible réorganisation et redistribution des tâches.

Il permit d'éviter d'être enkysté dans un temps circulaire propre au patient de par son arrimage possible et de conjurer cette sorte d'immuabilité dans laquelle Mr A avait tendance à me convier.

Cette immuabilité propre au patient était du coup re-convoquée, évitant ainsi la dissolution du sujet en redonnant les contours de son être à partir du dessin dans un premier temps, lignes de force pour rétablir une esquisse à son être dans un environnement plus propice.

Être dans un timing commun, recréer un espace propre au patient puis le retransposer en situation de réalisation, telle était ma démarche de construction.

Il me paraît essentiel pour ce patient de réinstaurer un rythme de base constitutif d'une sécurité et organisateur des expériences d'union-séparation, et de présence-absence. Cela passe par une mise en commun d'un rythme de travail tout en conservant le rythme propre (physiologique, social, institutionnel...) aux deux protagonistes.

Cette donne me renvoya à l'expérience que donne S. Freud avec son petit-fils Ernst à dix-huit mois avec le jeu de la bobine, jeu symbolique ponctué par des interjections rythmées : *Fort-Da*. exposé dans son livre « Au-delà du principe de plaisir ». La mise en jeu de l'absence-présence n'a pu se jouer qu'à partir d'un rythme mélodique et vocal avec une animation interne du thérapeute.

Dans une approche à la fois souple et perméable, j'offris au patient un espace de modulation afin qu'une aire d'échange dans le trouvé-créé puisse se faire et promouvoir ainsi l'inscription du patient dans l'atelier.

Mise en place rythmique

Un rythme dynamisant fut instauré dans un travail tri-phasiques :

- travail d'esquisse du dessin : avec mise en relief des lignes, des contours, dans une forme apparente,
- travail de réalisation : avec appropriation de la forme par du coloriage ou de la peinture, dans un récit historique
- travail de finalisation : avec des agréments de réalisation donnant une touche personnalisée à son dessin dans l'esprit d'un travail « suffisamment » soigné.

Ma visée était de redonner un rythme vitalisant au patient et non aliénant dans le respect des patients et des ergothérapeutes présents pour envisager dans un second temps un travail d'accordage possible.

Au cours de ces trois phases, apparut une dimension nouvelle dans le processus de réalisation, celle de la prosodie propre au patient, une inflexion tonale donnant des traits phoniques tant dans ses rythmes, ses accents et son intonation que passant par l'évocation de mélodies l'aidant à trouver l'inspiration.

Je découvris que la musique de fond instauré dans l'atelier était pour Mr A à la fois une source de souvenirs et de moyen d'accès à l'information.

Une des premières chansons que Mr A chanta fut « get up, stand up » en reprenant le refrain de la chanson diffusée, renvoyant, de fait, à sa difficulté à se lever de son lit, de se retrouver en position de verticalité pour se rendre à l'atelier.

Ce qui fut remarquable, ce fut la qualité de ses vocalisations alors que son discours était, autrement, pauvre, monocorde, et stéréotypés.

Au fur et à mesure, Mr A s'appropriait des morceaux de musique célèbres, en particulier les refrains comme des messages, des codes d'annonce de sa pensée, là où le langage courant pouvait faire défaut.

Sa prosodie et sa reprise de refrain recréa un mouvement, une animation en lien avec l'autre comme une sorte de charnière permettant le partage par le chant. Ses reprises de morceaux de musique connus venaient faire office de gonds autorisant l'union à la pensée et sa parole comme une articulation possible.

Je décidais de m'appuyer sur cette caractéristique, pour moi-même, et me mettre à chanter ses refrains, afin de générer une aire de partage, de favoriser l'émergence d'un « go between » et de fait la mise en place d'une synchronie vocale facilitant la réalisation de ses créations en terme d'accordage.

Je constatais que Mr A trouvait un meilleur tempo pour dessiner avec des mouvements kinesthésiques mieux imprimés et plus en phase avec les gestes attendus en particulier les gestes fins.

Je décidais de combiner la musicalité de son geste par un travail respiratoire en l'invitant à découvrir l'alternance de son inspiration et de son expiration, comme un mouvement rythmique possible s'accordant à la peinture.

Je lui indiquais l'importance du souffle pour réguler ses dysrythmies et lui faire prendre conscience de ce qui le relie à la vie. Ce procédé permit de réintroduire des espaces de résonance entre le patient et sa peinture favorisant une certaine pulsation qui le poussait à peindre de façon harmonieuse.

Ce travail du rythme entre la musique, son corps et la médiation aidèrent Mr A à mieux appréhender la précision de ses traits de pinceaux, car des zones de vides, de blanc, pouvaient de nouveau exister au-delà du plein de ses gestes saccadés et de son nystagmus visuel.

L'ergothérapeute peut alors intervenir dans le « champ du rythme » à travers l'activité mais aussi par le prisme du corps en action dans une dialectique passant par la voix, le regard et la respiration.

Il permet de recréer de l'avènement-événement là où tout semblait désordonné, désaccordé ou au contraire figé, gelé.

L'état rythmique est à la fois la marque et le brouillage du sujet selon Nicolas Abraham, psychanalyste et phénoménologue. La marque du sujet dans le sens où il n'y a pas de rythme sans sujet percevant et agissant et son brouillage, dans le sens où il n'y a pas de sujet de rythme sans sujet rythmé, sans « rythmication » du sujet en retour.

Le rythme est alors sensation et peut faire office de levier dans la mise en forme du patient, dans sa configuration du mouvant. Il rend sensible (visible, audible..) et devient un mode de présence.

Il engramme le geste, l'action du patient à travers la peinture dans le corps du patient en terme de traces mnésiques.

Il amène le thérapeute à adopter une sorte de flexibilité du type « médium malléable » avec ses caractéristiques d'animation interne, d'extrême sensibilité, d'inconditionnelle disponibilité et d'indéfini transformation.

L'alliance rythmique dans ce type d'approche permet alors la relance de l'union-séparation, de l'absence-présence comme un effet diastole-systole permettant le déploiement-recueillement.

Par la suite, nous cherchâmes à nous accorder systématiquement par le biais d'une chanson connue qu'il lançait à partir de propos que je pouvais tenir à son égard donnant l'impression chez Mr A qu'il disposait d'une sorte de « juke box » intérieur qui lançait la partie de jeu dans la mise en route de l'activité.

Nous décidâmes d'alterner les types d'activités entre la peinture, le dessin et la pyrogravure en fonction de la disponibilité du patient, de son état psychique et de ses inspirations.

Quelle que soit la médiation choisie, cela maintenait la dimension ternaire génératrice du dé-fusionnement, de la symbolisation par la séparation.

L'ambiance

L'ambiance de l'atelier était entretenue de façon homogène avec une musique de façon quasi permanente, avec peu de patients présents pour éviter les stimulus trop forts, incitatifs à un éveil pulsionnel marqué du patient et les règles de travail restaient quasi identiques afin d'évaluer la progression et l'évolution de son accordage rythmique.

Il y avait, à la fois, entre moi et le patient, une aire de jeu commune et un espace distinct propre donc paradoxal qui participait à créer des ruptures et des régularités et donc à restaurer l'autonomie du patient.

Le rythme ternaire était, de fait, entretenu par la musique et les refrains divers et variés livrés par Mr A allant de « And the beat goes on », à « On va s'aimer » pour aller de « Sex machine » à « Sur le pont d'Avignon ». Mr A donnait l'impression d'un inconscient à ciel ouvert en donnant des bribes de son histoire en pâture tout en gardant leurs caractères énigmatiques.

Mr A retrouvait un rythme mieux accordé pulsionnellement et du coup mieux toléré par les personnes présentes dans l'atelier. Le flux pulsionnel du patient n'était plus un acte de décharge mais un mode de fonctionnement plus en adéquation avec les situations.

La répétition des gestes durant l'activité favorisait cette dimension tout en y introduisant de nouvelles petites touches de difficultés comme sur une partition musicale ou l'on serait amené à y rajouter des notes pour trouver une mélodie harmonieuse.

Mr A semblait être moins dans un chaos, synonyme d'arythmie trop prégnante et de discontinuité dans son organisation créant des mouvements alors tout azimut.

La co-création dans une aire d'émergence permet de trouver un début d'arrimage et de tempo réduisant l'informe des actes par un accordage temporaire de la pensée, des affects avec des mots apposés réduisant l'emprise du corps sur l'activité.

L'aire de créativité devenait un espace de liaison et de figuration possible ou le moi corporel

du patient pouvait retrouver des sensations plus en lien avec les impressions du moment et donc parallèlement, par projection mentale, une nouvelle surface corporelle.

Mr A présentait du fait des manifestations des effets extra-pyramidaux des neuroleptiques associés à ses troubles psychotiques. Des mouvements akatisiques et des akynésies étaient présentes lors de sa marche associé à un regard qui semblait parfois n'accrochait le regard de l'autre que furtivement.

Mr A décida, à son tour, de jouer avec moi, en me demandant de lui tirer la main pour qu'il sorte de l'atelier. Il en éprouvait un malin plaisir comme un accordage possible dans l'autre sens.

Cela me renvoya au fait que je cherchais souvent à le tirer de son lit, comme une corde à corps qui pouvait se rejouer dans différents espaces.

Daniel Stern, psychologue, relata dans « le monde interpersonnel du nourrisson » le concept d'accordage affectif où il y développe l'idée d'une correspondance trans-modale. Il explique ainsi que l'imitation traduit la forme et que l'accordage traduit la sensation.

Entre ce patient et moi, ce serait instauré une expérience affective dans un registre temporel, avec un rythme d'alternance des moments de tension et de détente, c'est à dire une ligne de tension manœuvrable, sorte de trame temporelle et spatial du ressenti.

Mr A m'invitait, comme un miroir inversé, à le tirer de l'atelier d'ergothérapie dans le sens inverse, comme si le temps s'étirait et que l'espace se contractait, vice versa, dans les deux espaces presque sont sa chambre et l'atelier.

Un rythme partagé, une sorte de diapason affectif allant de la musicalité durant la séance à la manière de nous dire au revoir. Nous créons ensemble des zones communes en harmonie, un intérieur et un extérieur.

Un rythme trouvé-créé permettant de générer un flux dans un vécu intersubjectif favorable à la mise en forme de symboles et à l'agencement de deux espaces psychiques sur une même médiation.

J'adoptais, dans un premier temps, avec Mr A, une attitude de « préoccupation maternelle primaire » pour que dans un deuxième temps, un détachement relationnel puisse s'entreprendre.

Les moments de concordances se retrouvèrent durant l'activité avec l'instauration d'une rythmie d'accommodation et le moment de se séparer dans une dimension paradoxale.

Être sur la même longueur d'onde était le point d'orgue du travail réalisé avec Mr A malgré ses manifestations symptomatique. Cela demandait un effort permanent d'adaptation de par et d'autre.

Parfois, il y avait une exacerbation des mouvements dysrythmiques sauf qu'ils se réduisaient dans les intervalles de réalisation.

Devais-je l'entendre comme une opposition ou bien un délai nécessaire pour la mise en place d'une rythmie appropriée selon la fatigue, la recrudescence des phénomènes extra-pyramidaux voire une difficulté d'accordage dû à l'ambiance ?.

Le travail de distanciation et de rapprochement furent une démarche constante pour trouver une homéostasie du comportement. Il fallait réduire les éléments de discordance entraînant alors un rejet, un assujettissement du patient

Le rythme parfois explosif chez Mr A ou discordant de la relance des manifestations psychotiques pouvait se réguler aussi par cette musique de fond maintenu dans l'atelier durant son activité.

La musique, par sa puissance dynamique, peut alors devenir le principe d'organisation effectif de nos actes, dans le temps et dans l'espace. Elle permet de régler nos gestes et nos mouvements à condition de la réceptionner et de l'intégrer dans le processus de soin.

Elle peut participer alors à l'organisation du patient et ordonner une rythmie adéquat, sorte d'eurythmie signifiant l'équilibre.

Un dialogue rythmique se perpétua à partir d'une autre activité, celle de la pyrogravure. Elle introduisit un risque supplémentaire, celle de la chaleur du stylet pouvant provoquer d'éventuelles brûlures si dérapage.

Pour autant, elle fut mise en place en raison du travail effectué en amont qui avait consistait à consolider le lien autant que le liage rythmique. Une acquisition des différents aspects précédemment cités permirent à Mr A d'envisager cette activité sans trop d'angoisses voire avec un certain plaisir.

L'espace transitionnel

L'espace transitionnel de jeu était présent à partir de nos interstices relationnels autant qu'une forme d'accordage permettant la confluence de nos temporalités et spatialités respectives.

Les contours prosodiques du patient permirent un travail d'inspiration et d'expiration propice au souffle et à l'expérience de pause parallèlement aux mouvements. L'instauration d'une relation intersubjective était instituée sous la forme d'une vitalité dynamique avec

correspondance de mélodiques, rythmiques source d'une production narrative au cours de l'activité.

Daniel Marcelli, psychiatre s'est attardé sur le rythme interactif dans la dyade objet maternant -enfant dans le coexistence possible de macro-rythmes et de micro-rythmes.

Il définit les interactions rythmiques cycliques qui se répètent régulièrement dans les moments de soins de l'enfant comme des macro-rythmes tandis que les micro-rythmes intervenant dans le interstices de ces macro-rythmes. Les micro-rythmes seraient propice alors alors une succession de moment d'attente et de surprise.

Ces interactions rythmiques, permettant des allers-venues seraient fondateur d'un rythme idiosyncrasique individuel synonyme de subjectivité. Ce rythme est à la fois créateur de la subjectivité et expression de l'individualité en ouvrant un espace tiers.

Les macro-rythmes favorisent la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité et le sentiment de continuité (indice de qualité) tandis que les micro-rythmes produisent de la surprise de l'aléatoire, de l'écart (indice de divergence). L'un et l'autre favorisent l'apprentissage et sont organisateurs d'une expérience.

Je décidais d'introduire ce mode opératoire au cours de l'activité pyrogravure. Ils permirent de renforcer l'accordage relationnel et la capacité du patient à aménager des attitudes en fonction des difficultés rencontrées au cours des réalisations de son objet.

Le stylet faisait office d'électroencéphalogramme de son psyché et de rectifications possibles selon les phénomènes apparaissant durant l'inscription du stylet sur le bois. L'activité était scandée par des pauses et une reprise du souffle pour redonner un rétablissement de paisible pour un ajustement du geste et du mouvement malgré ses tremblements.

La co-création d'un rythme en commun en terme d'attention et de régulation permirent la fabrique d'une continuité renforcé par un accrochage du regard

Le rythme devenait alors manifestation vitale en redonnant au patient un état de jachère. La jachère, où la terre se repose pour qu'un travail se fasse dans un espace de manifestation et d'émergence là où le rythme du psychotique reste parfois balbutiant ou délabré

Mettre en forme le rythme là ou chez le psychotique ,on peut retrouver un « trouble de l'enforme » comme le dirait Jacques Lacan en ancrant le patient dans son activité, en recréant un espace rythmique permettant une boucle rétroactive permettant de réintroduire le patient dans une temporalité.

Pour que la kinésis (mouvement) du patient puisse se rétablir, il est alors nécessaire d'y introduire de scansion, des ponctuations, des sortes de coupure qui sont alors l'essence du

mouvement ;

Jean Oury disait : « Dans l'existence schizophrénique, il y a des difficultés au niveau du rythme. Et c'est dans ce sens là qu'il ne faut pas être pressé, qu'il faut avoir une certaine patience afin d'avoir accès à ce qu'il en est des existentiels » dans « Création et schizophrénie ».

La psychose est un trouble du rythme, et le rythme est d'abord variation d'intensité dans le continu, ce qui donne la vibration. Un territoire dans l'espace, une période dans le temps introduit le discontinu dans le continu. La surface ou la durée comme réel soumis à la mesure du symbolique, écriture d'une partition et point de capiton là où le psychotique pourrait se retrouver dans l'errance.

Bibliographie

Abraham N., *Rythmes de l'œuvre de la traduction et de la psychanalyse*, Paris, Flammarion, 1985.

Benveniste E., « La notion de rythme dans son expression linguistique » (1951), *Problèmes de linguistique générale*, Paris, Gallimard, 1966.

Fraisse P., *Psychologie du rythme*, Paris, PUF, 1974.

Freud .S., *Résultats, idées, problèmes, 1921-1938*, Paris, PUF.

Freud .S., *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Payot et Rivages, Paris, 2010.

Marcelli D., « Le rôle des micro rythmes et des macro-rythmes dans l'émergence de la pensée du nourrisson », *Psychiatrie de l'enfant*, XXXV, 1, 1992, p. 57-82.

Meschonnic H., *Critique du rythme. Anthropologie historique du langage*, (1982), Lagrasse, Verdier, 2009.

Milner Marion, « Rôle de l'illusion dans la formation du symbole » in **René Roussillon** : *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2001.

Oury J. *Création et schizophrénie*, Paris, Galilée, coll Débats, 1989.

Stern Daniel, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 2003.

Winnicott D.W., *Jeu et réalité, espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1971.