

« Les cliniques transculturelles : une manière d’aborder la
spiritualité en psychothérapie »

Sandra Mazaira

Nombre de mots : 2985

Nombre de signes : 20218

Lausanne, le 06 mars 2020

L’auteure précise l’absence de conflit d’intérêt.

Résumé

Cet article propose d'illustrer comment le psychothérapeute peut aborder la question de la spiritualité en psychothérapie, en s'étayant sur des concepts théoriques et méthodologiques issus des approches transculturelles, mais aussi de la psychotraumatologie. Au travers d'une analyse de cas, nous mettons en lumière le processus par lequel thérapeute et patiente co-crésent une « prière dansante de soin », inspirée à la fois des croyances traditionnelles de la patiente et des orientations transculturelles de la thérapeute, non-confessante par ailleurs. Le postulat de base soutenant démonstration est que la dimension spirituelle est un objet faisant partie intégrante de tout travail psychothérapeutique, du fait de la dimension culturelle inhérente à toute psychothérapie.

Mots-clé : psychothérapie – spiritualité - approches transculturelles - psychotraumatologie-

1. Introduction

La clinique transculturelle est une manière par excellence de prendre en compte la dimension spirituelle en jeu dans toute psychothérapie. Au travers d'une situation clinique, analysée à la lumière des concepts théoriques et méthodologiques issus des approches transculturelles, mais aussi de la psychotraumatologie, nous nous proposons de mettre en évidence le processus par lequel thérapeute et patiente réussissent à co-créeer une « prière dansante de soin », inspirée à la fois des croyances traditionnelles de la patiente et des orientations transculturelles de la thérapeute, athée agnostique par ailleurs. Le postulat de base soutenant toute cette démonstration est que la dimension spirituelle est un objet faisant partie intégrante de tout travail psychothérapeutique, du fait de la dimension culturelle inhérente à toute psychothérapie.

2. Concepts théoriques et méthodologiques transculturels

Les approches centrées sur la culture offrent un paradigme de définition pour la spiritualité qui peut se révéler d'une grande pertinence thérapeutique. Elles s'intéressent au rôle de la culture dans le développement et la santé du psychisme. La culture peut être définie globalement comme l'ensemble des matériaux de signification (représentations, croyances, normes et des systèmes de valeurs), implicites ou explicites, qui permettent aux individus d'un groupe de fonctionner. Ces matériaux précèdent l'individu, l'imprègnent au travers de la transmission transgénérationnelle, co-construisent et orientent son identité sociale et individuelle, et sa manière d'être au monde. Ici, le premier contenant psychique est culturel : il n'y a pas d'être humain sans culture, car il n'y a pas de pensée individuelle sans matrice de pensée transmise par la culture (Laplantine, 1973).

La culture remplit plusieurs fonctions, dont celle de proposer des matériaux par lesquels donner du Sens aux grandes énigmes qui transcendent l'être humain : la Vie, l'Univers, la Mort, la Guérison. Le besoin de ces matériaux de signification, et celui de faire ce travail de symbolisation pour donner sens à l'existence, sont universels (Laplantine, 1973). Ici, la culture porte et offre les matériaux de signification nourrissant la spiritualité, celle-ci pouvant être entendue comme la recherche de sens sur ce qui transcende la condition matérielle de l'homme, dans sa relation à l'Invisible.

Si la culture est universelle, les matrices culturelles sont, elles, spécifiques à des groupes, dans des lieux et des époques donnés. Celles-ci sont à l'origine, dans chaque groupe, de représentations différentes pour distinguer le normal du pathologique, la santé de la maladie, les étiologies envisageables, et les soins adéquats. Ainsi, tel que le propose Devereux (1983), toute pathologie individuelle se construit d'une manière immanquablement culturelée. Un symptôme ne prend sens que dans une culture donnée. Ainsi, l'intrapsychique et le culturel co-existent également dans le cadre du soin.

Prenons l'exemple du cauchemar : est-ce pour le patient un symptôme de pathologie ? Un travail cérébral d'intégration des souvenirs ? Une demande des Ancêtres ? Selon la matrice culturelle du soignant, ce dernier proposera thérapie cognitive, somnifère ou offrande aux Ancêtres. Ainsi, patient et thérapeute ont chacun leur matrice culturelle quant à la santé.

Tous ces matériaux de signification sont pour la grande partie invisibles à nous-mêmes. La croyance peut être définie comme une conviction intime évidente ne relevant pas du débat scientifique. Baignant dans notre propre système culturel, nous avons tendance à vivre nos croyances non pas comme des croyances, mais comme des réalités ou des vérités. En reprenant l'exemple du cauchemar: "Bien-sûr qu'il s'agit du travail d'élaboration neurologique du système limbique !" ou "Bien-sûr que tes Ancêtres sont fâchés et te le font savoir !". La confrontation à une autre matrice culturelle peut être l'occasion de chocs culturels, permettant parfois de mettre en évidence certaines de nos tâches aveugles, comme la nuit révèle le jour. A l'inverse, l'illusion de croire que le partage d'une matrice culturelle commune permettrait à deux individus de s'entendre est tentante. Pour paraphraser Amin Maalouf (1998), sociologue et écrivain, non seulement nous appartenons chacun à une mosaïque unique de multiples matrices culturelles, mais de surcroît nous intériorisons chacune d'elles d'une manière toute singulière. Deux individus, de la même communauté, aussi restreinte soit-elle, ne seront jamais exactement les mêmes croyants. Ainsi, la curiosité d'une approche transculturelle prend sens autant lors de la rencontre avec l'Étranger, que dans celle avec celui dont on croyait être Même".

En psychothérapie, les fondateurs des approches centrées sur la culture ont élaboré des principes théoriques et des méthodologies favorisant l'émergence de ces contenus donneur de sens, de ces croyances et de ces Invisibles, entités mythiques (Dieux, Êtres, Forces) à même de jouer un rôle dans la vie terrestre de l'individu.

Ainsi, Tobie Nathan (1980), psychologue clinicien, opérationnalise l'ethnopsychiatrie, entendue comme l'étude, dans une culture donnée, des représentations des étiologies de la maladie psychique et de leur soin. Il crée un dispositif thérapeutique collectif, regroupant, autour du patient, des représentants de matrices culturelles diverses (psychologues et intervenants d'orientations et d'origines diverses, médiateurs culturels, soignants traditionnels, représentants religieux,...), chacun explicitant sa représentation du symptôme du patient, par exemple un cauchemar. Cette confrontation des significations est à même de favoriser l'émergence des Invisibles pour le porteur du cauchemar lui-même, Invisibles qui pourraient lui permettre de donner sens à ce qui lui arrive. Nathan énonce des principes de base de l'ethnopsychiatrie (1996), qui invitent le thérapeute à prendre des risques conceptuels par rapport à la psychopathologie occidentale, méthodologiques aussi, en l'invitant à un positionnement de chercheur.

Marie-Rose Moro (1992), pédopsychiatre, développe une approche dite transculturelle, postulant le métissage d'éléments culturels du soigné et du soignant, par la création d'un système thérapeutique de l'entre-deux cultures, à même de créer un sens commun méta. Elle propose une méthodologie du processus thérapeutique qui promeut le développement de compétences cliniques transculturelles : développement de l'autoréflexivité du thérapeute vis-à-vis de ses propres références et croyances culturelles, recherche active des données et culturelles et idiosyncrasiques du patient, mise en lumière des étiologies traditionnelles, proposition d'une action thérapeutique culturellement conforme qui permette de déclencher un mécanisme issu d'une thérapie traditionnelle, promotion d'un processus élaboratif dans l'entre-deux méta-culturel, mêlant les représentations et théories étiologiques et de soin du patient et du thérapeute. Ceci dans le but d'assouplir des systèmes d'interprétation et de croyances qui seraient devenus rigides et symptomatiques, et pour soutenir l'émergence de la créativité dans le sens de la santé.

Si le thérapeute doit déclencher un mécanisme issu d'une tradition culturelle autre, il doit le faire tout en restant cohérent avec lui-même et garant de son cadre professionnel : un thérapeute ne peut travailler qu'à partir de la position qu'il occupe dans son propre univers culturel de référence. Certes, en s'étayant sur une méthodologie transculturelle, en focus partagé, le professionnel se distancie consciemment de son ethnocentrisme théorique, mais il le fait toujours en tant que psychothérapeute.

Jean Furtos (2012), médecin psychiatre, défend un lien entre l'exclusion sociale et l'émergence d'une souffrance psychique spécifique touchant les individus en marge de la société. Il propose au thérapeute qui rencontre ce public d'oser s'engager au-delà des prescriptions théoriques usuelles, restées inefficaces jusqu'ici, et de prendre le risque d'une clinique créative, même si possiblement dérangeante quant aux convictions du thérapeute. Ce qu'il transcrit dans sa formule toute personnelle : T_e (travail effectué) = T_p (travail prescrit) + e (effort personnel du thérapeute à s'adapter et à s'impliquer) (2012, p. 36).

3. Présentation et analyse d'une situation clinique

Madame M. m'est adressée en psychothérapie pour un trouble de stress post-traumatique, notamment avec des reviviscences de l'agression subie au pays, dans un contexte de répression politique qui a été la raison de son exil pour la Suisse. Elle attend une réponse à sa demande d'asile et s'accroche à l'espoir du regroupement familial pour ses enfants. Après quelques semaines, une décision de non-entrée en matière pour sa demande d'asile tombe, avec un ordre d'expulsion de Suisse. Elle entre dans la clandestinité et tente un recours juridique. Son état psychique se péjore rapidement sous une forme dépressive, avec apparition de troubles de la conscience bien connus en psychotraumatologie. Je mesure la complexité du contexte : agression, exil, clandestinité. J'évalue systématiquement le risque suicidaire, consciente qu'une hospitalisation pour sa propre protection précipiterait la procédure d'expulsion.

A nouveau, face à Madame M., je lui dis que je vois son état se péjorer, ce à quoi elle répond qu'elle en est consciente, mais qu'elle ne voit plus pourquoi lutter : ses enfants, jusque-là donneurs de sens à sa lutte pour la régularisation, seraient finalement plus en sécurité si les autorités de son pays la savaient morte. Ici, je jauge le lien ténu entre Madame M. et le reste des Autres. Inspirée de la méthodologie transculturelle proposée par Moro (1992), je lui demande alors : « Dans un tel état de désespoir, quand tout semble perdu, où, comment, iriez-vous chercher de la force pour lutter si vous étiez au pays ? ». Ce n'est que progressivement qu'elle me parle du groupe des Dames de son église, au pays. Encouragée par mes questionnements, elle me parle de Dames, de Femmes puis de Mères, expérimentées et sages, recevant conseils et forces de leurs propres Aïeules défuntes au travers de prières dansées. Pratiques officieuses que la christianisation de son pays a juste colorées.

Je me place ainsi dans une visée d'exploration ethnopsychiatrique sincère, telle que promue par Nathan (1980), convaincue que je suis de la pertinence de ces savoirs et pratiques ancestraux qui ont valeur de sens et de soin pour ce groupe auquel appartient Madame M. Par ailleurs, dans le face à face de la rencontre, elle voit que je suis enceinte : cette appartenance commune au groupe des Mères favorise certainement notre échange, ce que j'utilise volontiers pour asseoir la relation thérapeutique. Elle me demande alors si je veux voir une vidéo de leurs prières. Comme dans ma clinique je suis toujours disposée à rechercher les Invisibles pourvoyeurs de sens et de soin de l'Autre, j'accepte. Et c'est ainsi que Madame M. va montrer à une profane un rite sacré : un cercle privé chantant des mots à des Invisibles, à des Aïeules qui donnent des conseils et des forces transgénérationnels.

Nous regardons ensemble cette vidéo de chants. Elle sourit. J'observe un relâchement neurovégétatif puis une animation émotionnelle. Je demande : « Cela semble important pour vous. Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? ». Elle me répond : « Prier ? ». Je sais que Madame M. prie avec un groupe de l'Eglise, ici en Suisse. Confond-elle les cadres ? Et moi ? Elle demande : « Vous croyez en Dieu ? ». Je sais qu'il s'agit d'une opportunité d'ouverture ou de fermeture, que Madame me demande aussi, en miroir, quels sont mes Invisibles de référence. Je sais qu'un processus de co-construction demande effectivement l'engagement de deux personnes et certains auteurs l'encouragent, tout en ne se désavouant ni professionnellement ni personnellement. Je réponds : « Je ne sais pas s'il existe. Mais je peux prier avec vous ».

Robert Neuburger (1995), thérapeute de famille, a développé un modèle qui permet l'utilisation des croyances, y compris religieuses, comme une ressource, en proposant que patient et thérapeute créent un « mythe commun », c'est-à-dire, dans les termes mêmes de Struyf (2007, p. 74) dans un excellent article consacré à la place des croyances en psychothérapie, « une compréhension commune du problème à résoudre et une croyance commune dans le chemin que l'on va prendre pour tenter de le résoudre ». Il s'agit de trouver ici une raison et un moyen pour Madame M. de continuer la lutte pour la santé. Prier pourrait en être un vecteur.

Je cherche à déclencher un mécanisme issu d'une tradition culturelle de prière porteuse de sens et de soin pour la patiente. Elle et moi acceptons d'a-culturer (sortir du sens de sa matrice culturelle première) un élément pourvoyeur de sens, la prière, afin de l'en-culturer dans un nouveau sens commun nous appartenant à nous deux. Elle accepte d'a-culturer une tradition

sacrée dans un nouvel objet encore peu défini avec une psychologue. J'accepte d'en-culturer mes références théoriques en psychothérapie autour de ce que serait « prier », pour co-crée un éventuel nouvel objet thérapeutique. Tel un « système thérapeutique métaculturel », résultant d'un entre-deux dans lequel se lient deux mondes et deux manières de donner sens (Struyf, 2007, p.77). Bien-sûr, l'enjeu dans ma réponse n'est pas de thématiser sur mes croyances personnelles concernant Dieu. Je suis psychothérapeute, et tels sont mes engagements et responsabilités dans cette relation. Je ne prie pas comme si je n'étais pas psychothérapeute. Je recontextualise la prière dans le cadre thérapeutique. Et la patiente accepte ce recadrage-là. Ainsi, tout en évaluant le tableau clinique et la suicidalité, je prie avec Madame M.

Ne connaissant ni la langue ni la mélodie, je me propose de battre la mesure avec les mains, puis nous nous levons. Poursuivant sur la méthodologie selon Moro (1992), le thérapeute promeut un processus élaboratif de l'Entre-deux-Mondes. Je connais, au travers de la psychotraumatologie, l'importance des neurones miroirs dans le processus d'imitation et de résonance viscéro-motrice (Gallese, 2005), la théorie polyvagale pour la sortie d'une physiologie de l'effroi au travers du lien social et du partage intersubjectif (Porges, 2011). J'insère, dans nos mouvements, des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) inspirées de la thérapie EMDR (Tarquinio et al, 2018) ainsi qu'une respiration rythmée sur les principes de la Cohérence Cardiaque (O'Hare, 2012). Ici, une étape du processus de co-construction métaculturelle se réalise, au travers du métissage des croyances de soin, celles que peut évoquer Madame M et celles de la psychologie centrée sur le trauma. A nouveau, je ne danse pas comme si je n'étais pas psychothérapeute : je suis psychotraumatologue.

Trois entretiens se déroulent ainsi : évaluation du statut clinique, nouvelles de l'environnement, prière en chant et mouvement. L'état de santé psychique s'améliore, les troubles de la conscience s'amendent, la patiente ne présente plus de ruminations intrusives de désespoir et se fixe l'objectif de tenter un recours pour l'acceptation de sa demande d'asile, au nom de son devoir de mère envers ses enfants.

La patiente verbalise la joie que lui procure le fait de chanter, comme le bien ressenti à se savoir reliée à ces Mères qui enjoignent d'être des parents responsables. Je comprendrai ensuite qu'elle n'avait pas osé parler de ces chants au groupe de l'Eglise en Suisse, de peur de les offenser dans leurs croyances chrétiennes. Elle dit aussi, et cela est essentiel, qu'elle ne pourrait peut-être pas se laisser tout-à-fait aller avec le Groupe de Dames du village, au pays,

car certaines pourraient la juger par rapport à son activisme politique. Je comprends là que nous étions parvenues à créer ensemble un nouvel objet de soin, cette prière-là, qui avait réussi à faire appel à des Invisibles et qui peut-être n'aurait pas pu apparaître dans un autre contexte que celui de cette psychothérapie.

Je ne prétends pas savoir quels Invisibles ces prières invoquent pour Madame M. ou comment ils officient ; je ne suis ni ethnologue ni chamane. Par contre, une psychothérapeute connaît l'importance dans la clinique transculturelle des Invisibles, en tant que vecteurs de la question du Sens et du Soins, comme l'importance également de la fonction que peut recouvrir une action thérapeutique co-créée et investie.

4. Conclusion

Les approches transculturelles proposent au psychothérapeute des principes théoriques et méthodologiques pour aborder la spiritualité en psychothérapie. Par la co-construction d'un système thérapeutique méta-culturel, d'un mythe commun et d'un objet de soin co-construit, le contexte psychothérapeutique peut offrir les conditions du recours aux ressources spirituelles du patient, elles-mêmes porteuses de soins.

Ces modèles ne se restreignent pas à la clinique avec des patients issus d'une matrice culturelle à priori étrangère. Les approches transculturelles peuvent constituer les bases de la démarche thérapeutique auprès de tout patient ; y compris auprès de celui dont on inférerait trop rapidement que les représentations de l'Invisible seraient partagées.

Bibliographie

Devereux, Georges, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard, Paris, 1983.

Furtos, Jean (2012) Vivre l'engagement et le contre-transfert en société précaire. *Filigrane* 21(1), 31-38.

Laplantine, François, *Psychothèque : l'ethnopsychiatrie*. Ed. Universitaire, Bordeaux, 1973.

Gallese, Vittorio (2005). Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive sciences*, 4(1), 23-48.

Maalouf, Amin, *Les identités meurtrières*, Le Livre de Poche, Paris, 2001.

Moro, Marie-Rose (1992) Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17 (2), 71-98. <https://doi.org/10.7202/502071ar>.

Moro, Marie-Rose (2016). La psychiatrie transculturelle- Une clinique de la modernité. In Guelfi, J. D, & Rouillon, F. (dir), *Manuel de Psychiatrie* (3^{ème} éd.), Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.

Nathan, Tobie (1996) *Six principes d'ethnopsychiatrie*. Corps d'interview donné à F. Knobloch pour Cadernos de Subjectividade Sao Paulo, 4, 9-19. En ligne: www.ethnopsychiatrie.net/six.htm.

Neuburger, Robert, *Le mythe familial*. Editeur ESF, Paris, 1997.

Porges, Stephen W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: WW Norton.

Struyf, Dominique, (2007). Croyances religieuses et psychothérapie: du symptôme aux ressources. In *Thérapie familiale*, 28, 71-82. <https://doi.org/10.3917/tf.071.0071>

Tarquinio, Cyril, Brennstuhl, Marie-Jo, Dellucci, Hélène, Iracane, Martine, Rydberg, Jeanny Ann, Silvestre, Michel & Zimmermann, Eva (dir). (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR : Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*. Dunod, Paris, EAN 9782100801497