Les cliniques transculturelles

Une manière d'aborder la spiritualité en psychothérapie

Sandra Mazaira (1), Nicolas Duruz [1] (2)

(1) Psychologue Spéc. en Psychothérapie FSP, Praticienne EMDR Europe, (2) Psychologue Spéc. en psychothérapie FSP ; Professeur honoraire de psychologie clinique à l'Université de Lausanne ; Formateur et superviseur à l'Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie — Centre d'Étude de la Famille.

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-créent 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.

Mots-clés : psychothérapie, spiritualité, approches transculturelles, psychotraumatologie.

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-créer 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

1. Ce texte est suivi d'un commentaire de Nicolas Duruz.

spirituelle est un objet faisant partie intégrante de tout travail psychothérapeutique, du fait de la dimension culturelle inhérente à toute psychothérapie.

1 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, 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 culturée. 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 pourrait proposer une thérapie cognitive, un somnifère ou une 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 (2001), 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'Etranger, 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 donneurs de sens, de ces croyances et de ces Invisibles, entités mythiques (dieux, Etres, Forces,...) à même de jouer un rôle dans la vie terrestre de l'individu.

Ainsi, Tobie Nathan, 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 peut 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 : Te (travail effectué) = Tp (travail prescrit) + e (effort personnel du thérapeute à s'adapter et à s'impliquer) (p. 36).

2 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 et de l'orientation 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.

Je dis à Madame M. 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-créer 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), je cherche à promouvoir 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 résonnance 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 (Shapiro, 2018) ainsi qu'une respiration rythmée sur les principes de la Cohérence Cardiaque (O'Hare, 2012). Ici, une étape du processus de co-construction méta-culturelle 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 status 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 ce savoir relié 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 Soin, comme l'importance également de la fonction que peut recouvrir une action thérapeutique co-créée et investie.

3 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 soin.

Ces modèles ne se restreignent pas à la clinique avec des patients issus d'une matrice culturelle *a 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.

4 Commentaire de Nicolas Duruz

1. La présentation clinique de Sandra Mazaira est remarquable : je suis frappé aussi bien par l'engagement thérapeutique dont elle fait preuve que par la rigueur méthodologique avec laquelle elle conduit cette thérapie. Un point particulier mérite d'être relevé : cette rigueur méthodologique se référant à des concepts théoriques transculturels permet de donner sa juste place à la spiritualité dans le processus psychothérapeutique et de bien penser son articulation avec les soins. La spiritualité n'est pas une dimension extérieure, voire étrangère

à la psychothérapie, comme le postulent ceux qui pensent que la psychothérapie s'arrête là où commence la spiritualité, mais aussi ceux qui affirment à l'inverse qu'il suffirait de l'introduire dans l'espace thérapeutique en tant que ressource. L'articulation entre psychisme et spiritualité que propose Sandra Mazaira est d'un autre ordre : la spiritualité, conçue comme quête de sens se nourrissant des croyances culturelles et du système de valeurs qui les habite, est toujours déjà là : ces croyances, sorte d'« Invisibles » qui donnent sens à l'existence, ne sont pas convocables en thérapie selon le bon vouloir ni du thérapeute, ni même du patient ; elles sont inhérentes à la dynamique même du travail thérapeutique puisqu'elles constituent la matrice de toute vie psychique. C'est la fonction du thérapeute de repérer ces croyances qui animent le patient, d'analyser leurs influences sur les contenus psychiques déposés en psychothérapie, et aussi de les situer par rapport aux siennes propres. Pas étonnant que cela se joue au niveau du *cadre* thérapeutique à co-construire avec le patient, puisque cadre et croyances relèvent toujours d'un niveau « méta » ou contextuel, œuvrant dans les coulisses de l'implicite. Avec cet éclairage, on comprend sans doute mieux cette formulation un peu énigmatique de Sandra Mazaira qui commente ainsi dans son texte son acte de prier avec la patiente : « Je ne prie pas comme si je n'étais pas psychothérapeute ». Entendez : même incroyante, quand je prie avec la patiente, je reste professionnelle, je ne sors pas du cadre thérapeutique. Je ne fais pas semblant pour lui plaire, car ce que je fais s'inscrit dans un cadre méta-culturel que nous avons construit ensemble, fruit d'un métissage de nos croyances respectives.

2. Une autre visée majeure du texte de Sandra Mazaira est de nous proposer, sans qu'elle ait eu le temps de le développer, une méthodologie pour travailler avec les croyances et la spiritualité du patient, qui soit valable au-delà d'une clinique transculturelle. Elle le dit d'entrée de jeu : « La clinique transculturelle est une manière par excellence de prendre en compte la spiritualité en jeu dans toute psychothérapie. » Et cette même idée revient en conclusion : « 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. » Si dans une consultation transculturelle il est difficile pour le clinicien d'être insensible aux croyances culturelles qui imbibent les propos de son patient, le risque est grand de les méconnaître, de faire comme si elles n'existaient pas, quand il se trouve avec un patient partageant sa propre culture. Il y a moins d'étrangeté culturelle « dans l'air » et, marqué par l'idéologie sécularisée et individualiste de notre société occidentale, il aura tendance à se concentrer sur la réalité psychique de son patient. Et pourtant, des différences ou dissonances entre lui et le patient au niveau des croyances, valeurs ou « invisibles » qui les habitent, se font vite sentir. Il ne faut pas oublier que ce qu'on appelle une culture est constituée d'un grand nombre de sous-cultures, présentant chacune un éventail de valeurs religieuses, sociales, politiques, etc. qui sont partagées bien différemment par les individus. Dans toute consultation psychothérapeutique, il s'agit alors pour le thérapeute d'appliquer les mêmes principes de la méthode transculturelle présentée dans cet article, à savoir repérer les croyances

et « invisibles » du patient, qui donnent sens à ce qui lui arrive, s'interroger sur les siennes propres, en vue de co-construire un cadre de travail efficace, c'est-à-dire un entre-deux méta-culturel. Il serait intéressant, pour bien mesurer la pertinence d'une telle méthodologie, d'analyser à sa lumière certaines situations cliniques que nous connaissons bien : comment nous comporter quand, par exemple, le patient nous prête les mêmes croyances religieuses qu'il a, quand il nous interpelle directement sur les nôtres, ou encore quand nous nous demandons jusqu'où prendre l'initiative d'interroger les siennes ?

3. Tout ce travail d'explicitation avec le patient, de nature finalement épistémologique, s'inscrit sur un fond d'anthropologie clinique que nous tendons à promouvoir nous-même depuis plusieurs années. Celle-ci repose sur le postulat que tout courant, orientation ou école dans le domaine des soins, est déterminé par des présupposés ou croyances qu'on gagne à expliciter dans l'intérêt du patient et de son thérapeute, mais aussi en vue d'un dialogue si nécessaire entre soignants souvent enfermés dans leur idéologie !

5 Bibliographie

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

Furtos, Jean (2012), « Vivre l'engagement et le contre-transfert en société précaire », Filigrane, Vol. 21, No. 1, p. 31-38.

Gallese, Vittorio (2005), « Embodied simulation : from neurons to phenomenal experience », Phenomenology and the Cognitive Sciences, Vol. 4, No. 1, p. 23-48.

Laplantine, François, Psychothèque : l'ethnopsychiatrie, Editions Universitaires, Bordeaux, 1973.

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, Vol. 17, No. 2, p. 71–98. doi : 10.7202/502071ar.

Nathan, Tobie (1996) « *Six principes d'ethnopsychiatrie :* corps d'interview donné à Felicia Knobloch pour Cadernos de Subjectividad », Sao Paulo, Vol. 1, No. 4, p. 9-19. www.ethnopsychiatrie.net/six.htm.

Neuburger, Robert, Le mythe familial, ESF, Issy-les-Moulineaux, 1995.

O'Hare, David, Cohérence cardiaque 3.6.5. : guide de cohérence cardiaque jour après jour, Thierry Souccar Editions, Vergeze, 2012.

Porges, Stephen W., The polyvagal theory : neurophysiological foundations of emotions, attachement, Communication, and Self-regulation, WW Norton, New York, 2011.

Shapiro, Francine, Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures (3rd ed.), New York, Guildford Press, [1989] 2018.

Struyf, Dominique (2007), « Croyances religieuses et psychothérapie : Du symptôme aux ressources », Thérapie familiale, Vol. 28, p. 71-82. doi : 10.3917/tf.071.0071.