
Contre la «La pensée unique»

Dans le numéro de *Psychoscope* de novembre 1995, un article signé par M. Cadoret et O. Douville mettait en cause l'ethnopsychiatrie comme tenant la culture du patient pour un modèle absolu et atemporel. Pratiquant cette approche à Genève depuis 1990 dans le cadre des Hôpitaux Universitaires (HUG), nous souhaitons contribuer au débat en amenant un éclairage différent.

La consultation d'ethnopsychiatrie, inspirée du modèle théorico-clinique de T. Nathan, est destinée aux patients qui mettent en échec les prises en charge telles qu'on les pratique habituellement dans les instances soignantes occidentales. Partant d'un souci d'efficacité thérapeutique, la technique analytique classique est adaptée pour lui permettre d'accueillir des notions propres aux représentations du patient.

Une autre technique

Dans la cure-type, les contenus psychiques qui émergent sont largement tributaires du cadre (Nathan, 1988). Ce cadre psychanalytique est lui-même issu d'une histoire et d'une région du monde bien précis et donc très marqué culturellement. Notre technique vise, au moyen de diverses adaptations de ce cadre,

à favoriser l'émergence de contenus psychiques, susceptibles de créer un échange dynamique entre patient et thérapeute(s). Ces modifications sont destinées à faire coexister deux cadres de pensée (au moins) dans le même lieu: celui du patient et celui du groupe des thérapeutes.

Pourquoi un groupe?

En allongeant sur un divan un patient occidental, on favorise l'émergence de contenus à résonance cœdipienne (Bléger, 1981). En revanche, un patient migrant placé dans le même contexte ne produit souvent qu'un discours «faux-self», issu d'une partie de lui-même clivée, l'autre partie restant hors de portée et de lui et du thérapeute. Par contre, le même patient entouré par un groupe de thérapeutes d'origines diverses, évoquant par certains aspects la vie «au pays», pourra s'appuyer sur ces différents étayages narcissiques pour produire un discours vivant concernant ses rapports avec des figures ancestrales et mythiques. Par ce biais s'élabore un processus de réaffiliation, souvent recherchée inconsciemment à travers la maladie. Parallèlement, le patient échappe ainsi à la pensée de type opératoire à laquelle il semble condamné dans une consultation psychiatrique ordinaire.

Les auteurs

F. James est psychiatre et psychanalyste. Depuis de nombreuses années consultante aux Hôpitaux Universitaires de Genève, elle dirige la Consultation d'ethnopsychiatrie.

B. Goguikian Ratcliff est diplômée en psychologie clinique et prépare une thèse de doctorat. Elle est co-thérapeute à la Consultation d'ethnopsychiatrie.

Adresse des auteurs:

Franceline James
37, av. de la Roseaie
1205 Genève

Betty Goguikian Ratcliff
FPSE, Université de Genève
9, rte de Drize
1227 Carouge

Pourquoi parler au patient dans sa langue?

La langue maternelle est le premier des contenants psychiques (cf. la notion d'enveloppe sonore de D. Anzieu), issu du cadre culturel et véhiculé par l'entourage maternel primaire, qui va structurer le psychisme individuel. La langue d'origine non seulement sert de support aux représentations les plus « parlantes » pour le sujet, mais c'est même seulement dans sa langue que celui-ci va pouvoir exprimer ces représentations. C'est dire la nécessité impérative d'utiliser un traducteur dans une thérapie de patient migrant, même et surtout si le patient est très bien acculturé.

Pourquoi la prise en compte de la réalité du traumatisme?

Nathan recense trois sortes de traumatismes: affectif, trop plein d'excitations non-élaborables, intellectuel, du type injonction paradoxale; et enfin le traumatisme de la perte du cadre culturel, cadre à partir duquel la réalité est décodée et la pensée rendue possible. L'exil, la migration seraient à considérer comme des événements réels, potentielle-

ment traumatiques car coupant le sujet de ses systèmes de mise en sens. Comme nous l'avons souligné, nous sommes particulièrement sensibles avec les patients migrants aux souffrances liées à la perte d'un contenant de pensée, et notre approche thérapeutique vise d'abord à reconstituer ce contenant, afin de permettre au patient la reprise de son fonctionnement associatif et symbolisant, c'est à dire de sa créativité psychique.

Conclusion

Pour conclure, nous dirons que demander au patient d'associer dans notre langue, dans un cadre issu de nos conceptions étiologiques de la maladie, est une démarche qui considère nos modèles théoriques comme aculturels et anhistoriques. Or, une prise en charge thérapeutique est une (re)construction commune patient - thérapeute se basant sur une vision partagée de la réalité. Une grande partie du travail spécifique de la consultation d'ethnopsychiatrie consiste à recréer un tel contenant de pensée avec le patient. ●

*Franceline James et
Betty Goguikian Ratcliff*

Bibliographie

- Nathan T. (1988). *Le sperme du diable*, Paris, PUF.
- Pugin J. et al. (1991). *Terreur d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod.
- Bléger J. (1981). *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF.
- Anzieu D. (1985). *Le moi-peau*, Paris, Dunod.
- Kaes, R. (1979) *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.