

L'utilisation de l'expérience culturelle dans la relation thérapeutique*

pascale hassoun

L'auteure étudie la migration en tant que migration interne permettant au sujet de se mouvoir à l'intérieur de lui-même; l'expérience culturelle est celle déjà intériorisée et qui peut être utilisée activement dans cette migration intérieure. L'auteure présente une histoire de cas illustrant un aménagement technique rendant possible au patient l'utilisation active de son expérience culturelle.

La migration dont j'aimerais vous parler est la migration interne, celle qui permet à un individu de se déplacer à l'intérieur de lui-même. Je voudrais vous parler du mouvement interne, de ce qui permet ou entrave le mouvement.

Ceci rejoint la question de la culture à entendre de deux façons :

1. Soit la culture en tant que ce qui est déjà là, inscrit socialement, les *habitus*, les références, les rituels. La culture en tant que ce qui est reçu, repris en son nom propre et transmis. Je vais examiner cette capacité de pouvoir reprendre en son nom propre ce qui a été reçu, autrement dit la position subjective intermédiaire entre réception et transmission.
2. Soit la culture comme expérience au sens défini par Winnicott, c'est-à-dire ce qui amène l'enfant non seulement à *être* mais à *faire* la culture est ici l'expérience du faire, de l'action sur les choses. Plutôt que reçue, elle est essentiellement active. Je vais examiner les conditions psychiques qui amènent le petit d'homme à pouvoir être du côté du faire. Nous verrons que cette possibilité elle-même entraîne un déplacement, une séparation d'avec un premier état de lui-même.

Je prendrai une situation très précise, celle où ce qui a été reçu est non pas refoulé mais forclus ou plutôt *enclos*. Enclos, selon la définition du *Petit Robert*, est un espace de terrain entouré d'une clôture. Enclore veut dire enfermer d'une façon rigoureuse. Clore veut dire boucher ce qui est ouvert pour empêcher l'accès, faire taire, déclarer terminer. Enclos est très proche d'inclus : qui enferme en soi.

Supposons quelqu'un qui a quitté son pays et qui le garde *enclos*, c'est-à-dire qui garde en lui son pays, sa culture, comme un point énigmatique de sensibilité mais qui n'en fait rien.

* Ce texte est la version modifiée d'une conférence présentée au colloque « Culture, immigration, psychothérapie » organisée à Rabat, en mai 1996, par l'Association Marocaine de Psychothérapie.

Je prendrai le cas où ce qui est culture au sens courant du terme, c'est-à-dire origine culturelle, langue du pays natal, habitudes, est enclos. Mais de même que l'iceberg que l'on voit cache une masse cent fois plus importante que l'on ne voit pas, de même cette culture enclose, dont le sujet constate que c'est là mais qu'il ne peut rien en faire, cette culture n'est qu'un élément parmi d'autres d'une position profondément enclose de la personne entière que l'on peut résumer en disant d'elle que *ce qu'elle a ne lui appartient pas*.

Comment le thérapeute va-t-il se situer et opérer en face de cela?

S'il ne fonctionne que par association libre, il obtient beaucoup d'éléments. Le patient associe, parle mais le thérapeute constate que tout ce qui est dit, aussi nuancé et élaboré soit-il, n'a aucun effet, ne change en rien la personne.

Nous avons dans ce cas affaire à quelqu'un qui certes a voyagé, a quitté son pays natal, a évolué par rapport à ses parents, a modifié sa condition sociale mais qui reste collé, fixé à son point d'origine. Si le point d'origine est la scène primitive, nous dirons que le sujet reste fixé à la scène primitive ou, pour le dire autrement, en terme où le thérapeute peut être amené à le verbaliser à son patient, le sujet reste dans la chambre des parents. Il en a élaboré une position subjective en termes de production de fantasmes mais, ce que l'on voit, c'est que ces fantasmes ne l'aident en rien à se démarquer, à se différencier de l'enfant de la scène primitive. Le sujet reste donc branché sur la sexualité des parents, sur leur jouissance, ce qui au niveau de l'espace transférentiel se manifeste de la manière suivante : il reste branché sur son thérapeute, à l'affût de ses réactions, de ses objets, de ses paroles, dans une position qu'il n'est pas excessif d'appeler de captation.

La question qui se pose est que ce sujet a perdu, n'a plus accès à la culture en tant qu'expérience, en tant qu'action. Il a perdu sa possibilité d'agir et d'acquérir sa culture par l'expérience. Même si dans le récit de son histoire il mentionne des éléments culturels, que ce soit des coutumes familiales ou un savoir universitaire ou technique, il n'a pas accès à la culture en tant que faisant partie de sa personne et lui appartenant.

Ce que le thérapeute ressent au niveau contre-transférentiel c'est l'emprise de son patient, c'est son agrippement.

Pourquoi le patient s'agrippe-t-il ainsi au thérapeute? C'est parce que, ayant perdu la culture comme expérience, il a perdu le mécanisme d'identification projective qui lui est attaché. Et s'il s'agrippe ainsi à son thérapeute c'est pour trouver par l'intermédiaire du thérapeute, du corps et de la pensée de celui-ci, une surface d'identification projective et récupérer ainsi sa capacité d'expérience culturelle.

Il est nécessaire que le thérapeute aille vers le patient, lui offre son corps physique et psychique comme lieu de projection, de manière à ce que l'identification projective omnipotente, dans laquelle le patient projette dans le thérapeute les parties clivées de lui-même mais aussi sa propre identité, évolue vers une identification, une reconnaissance, des projections que le patient a faites sur le thérapeute. Il faut donc que le thérapeute aille vers le patient et propose en écho

aux associations du patient ses propres associations, ce qui est la meilleure manière de faire l'expérience dans la cure elle-même que tout n'est pas mort, tué, enclos. Il est nécessaire que le thérapeute se prête à se faire animer par le patient, et donc à laisser parler en lui et dans l'espace intermédiaire entre son patient et lui les émotions, les idées, les réflexions que telle parole ou tel rêve du patient peut faire naître. Comme s'il y avait à faire naître un espace pour le jeu créatif qui n'est rien d'autre que l'expérience culturelle *in situ*, ici et maintenant, un espace pour le jeu créatif entre le thérapeute et son patient, seule possibilité pour que la séparation visée — celle du mouvement hors de la chambre des parents, celle du mouvement vers la vie — puisse se produire.

Il y a en effet au moins deux opérations à susciter :

1. Le passage de l'incorporation à l'introjection.
2. Le passage de la mère comblée à la mère qui aménage la place du père.

Qu'est-ce que le passage de l'incorporation à l'introjection? Dans l'incorporation, ce qui est externe devient interne. On a une seule bande qui a deux surfaces : une surface interne et une surface externe. L'enfant commence à incorporer un objet total : la mère originaire. Mais très vite, il s'aperçoit qu'elle est manquante, comme femme désirante. Alors ce n'est plus un objet total qu'il incorpore mais un objet partiel, isolé de l'objet total, élaboré à partir du corps de la mère ou de l'existence du père. Ce lien et cette distance entre l'objet total et l'objet partiel sont importants car l'enfant peut se récupérer auprès de l'objet partiel et rejeter l'objet total sans se sentir rejeté ni annihilé. Ce passage de l'objet total à l'objet partiel, c'est le passage de l'incorporation à l'introjection : avec l'objet partiel il y a un trait de l'objet qui est assimilé. On passe de l'imaginaire au symbolique. C'est cela l'identification primaire au père dont Freud parle dans le début de son article sur l'identification. Dans le passage de l'objet partiel au trait, l'objet est expulsé mais l'essence est gardée, il reste la place vide de l'objet partiel. C'est équivalent à une opération de refoulement. Entre le patient et son thérapeute le chemin de l'individuation et de la séparation va passer par là, par le processus d'introjection d'un trait.

Pourquoi dans le cas du patient chez qui l'expérience culturelle est enclose le passage de l'incorporation imaginaire de l'objet total à l'introjection symbolique d'un trait est-il si difficile?

Pourquoi le sujet s'accroche-t-il avec autant de ténacité et de férocité à cet objet total, représenté ici par la mère totale imaginaire pas encore entamée par le père, représentée encore par la scène primitive, la chambre où parents et enfant ne font qu'un, représentée enfin par le couple thérapeute-patient lorsque le patient cherche à combler le thérapeute?

Si le patient recherche avec autant de force l'objet total, c'est qu'il a une raison vitale : c'est parce que c'est sa première unité, c'est pour lui un point de réel. Avant l'entame par le père il y a comme une continuité de substance entre la mère et l'enfant.

L'enfant est d'abord l'enfant imaginaire de sa mère. De l'enfant imaginaire à la mère il y a continuité de substance. L'enfant imaginaire de la mère enceinte est de

même substance et tout comblant. L'acte de naissance va faire coupure. Pour que l'enfant de la réalité puisse devenir un sujet sexué, il doit se référer à l'enfant de même substance. Il faut une sorte de doublure à la fonction maternelle soignante qui est celle de la mère imaginante, une doublure qui soit une continuation d'avec l'enfant imaginaire. La mère est divisée entre une fonction mère qui aménage la place du père et une fonction mère imaginante de cet enfant qui est spécifique. Là se fondent les points de certitude d'un sujet, savoir qui apparaît dans son irréductibilité, point extrême de la solitude de l'être, richesse du un par un.

C'est cette continuité de substance que le patient veut créer entre son thérapeute et lui.

Je fais l'hypothèse que pour que le travail sur l'émergence du trait prenne vraiment son efficacité, le thérapeute est, d'une manière ou d'une autre, amené à laisser entendre au patient qu'il reconnaît cette dimension de réel de la mère et qu'en tant que thérapeute il accepte de s'y prêter.

Mon expérience thérapeutique, je pourrai dire ce qui fait ma culture en tant que thérapeute, m'amène à penser que le thérapeute peut être conduit, justement parce qu'il vise la mobilisation d'un mouvement chez son patient, à se proposer au patient dans une continuité réelle.

Quelle n'a pas été ma surprise — en fait, je n'ai pas été surprise mais je me suis trouvée très audacieuse — de m'entendre dire à une patiente qui ne voulait pas bouger — bouger étant pour elle faire un voyage au Maroc, là où elle était née et d'où elle avait émigré à l'âge de dix ans — de m'entendre lui dire « faites-le pour moi ». N'était-il pas paradoxal que je nous associe aussi intimement au moment où je voulais nous dissocier? Si je l'ai fait, si j'ai dit « faites-le pour moi », c'est parce que j'ai senti qu'il me fallait donner quelque chose de plus que mes paroles « analysantes », qu'il fallait que je lui donne quelque chose de moi, à prendre de moi, pour assurer et représenter une continuité entre elle et moi... une continuité nécessaire à la formation de son narcissisme primaire.

L'effet escompté a été obtenu. Cette proposition a créé chez ma patiente un soulagement, un apaisement, et la possibilité de faire ce voyage au Maroc. Je dirai que c'est seulement cette activité de retour, d'aller et retour, qui peut me faire dire qu'elle a de ce fait quitté la chambre de ses parents, qu'elle a migré. Elle est véritablement devenue *migrante*. Qu'est-elle allée chercher au Maroc? Une rencontre? Une rencontre de quoi? De quelque chose qu'elle n'était pas sans savoir mais qui auparavant restait lettre morte. « Au Maroc, dit-elle, j'ai réalisé que la vie existe là-bas. C'est-à-dire un pays vivant où, tous les jours, les hommes et les femmes font l'expérience de leur culture. »

Je fais donc l'hypothèse que cette patiente ne pouvait pas bouger tant qu'elle ne pouvait pas trouver dans le lieu et dans le lien transférentiel des paroles à emmener avec elle, de manière à ce qu'il lui soit possible de vivre loin de son point de fixation. Pourquoi ai-je dit « faites-le pour moi »? La raison immédiate est que sinon je l'aurais fichu à la porte. C'est au moment même où j'envisageais la rupture comme action « chirurgicale » de séparation que, me refusant à cela, je

choisis de me remettre encore plus au centre de sa demande, de me remettre au cœur de son angoisse, de me donner à elle, au-delà même du transfert. Chez cette patiente, il y avait d'autant plus appel à la continuité de substance qu'elle n'éprouvait pas son corps comme « corps un ». Elle était fixée là où sa mère ne l'avait pas assez regardée. Mais pour pouvoir le réaliser, c'est-à-dire faire passer dans une prise de conscience ce qu'elle ne cessait d'exprimer dans son comportement, c'est-à-dire pour pouvoir se déplacer, le support d'un « don » transférentiel lui avait été indispensable. Encore fallait-il que cela arrive à un moment où elle soit capable de recevoir ce don.

Je percevais que cette patiente était attachée à moi, par toute une série d'actes quasi compulsifs, comme si elle recherchait un lien de substance. Il me fallait donc lui proposer un lien de substance qu'elle puisse incorporer imaginairement et ensuite introjecter symboliquement. Introjection à venir qui ne se fera pas sans un passage par du réel, vécu de morceaux de corps comme des objets bruts, angoisse de disparition. Ce lien de substance nous ramenait, elle et moi, du côté du narcissisme primaire et de l'auto-érotisme.

Dans la première unité Mère-Enfant il y a deux scissions : la première lorsque l'enfant découvre son corps. Il s'agit d'un postulat d'existence. Il distingue *sa* bouche du sein de sa mère. Il s'agit d'une première coupure. Pour l'enfant, il y a du *mon corps*. Deuxièmement, ce *mon corps* va être approprié par l'enfant. Ceci par les modalités d'action sur le corps propre qui créent une jouissance des zones érogènes et dynamisent les pulsions partielles.

Il y a aussi deux coupures : la première par la mère elle-même lorsqu'elle passe de la mère de l'enfant imaginaire de même substance à la mère qui aménage la place du père et assure ainsi une bipartition de la jouissance. La deuxième par le père qui vient confirmer la première coupure et permet à l'enfant de s'approprier son corps. Le narcissisme primaire va permettre à l'enfant de poser le postulat de *son corps* et de se l'approprier. Le narcissisme fait fonctionner la libido sur le corps propre en tant qu'il est opposé au premier étayage qu'il est difficile d'évacuer totalement : substance ultime d'un être, réservoir énergétique qui fait que cet être peut être un sujet.

C'est la négociation entre le rapatriement de la jouissance sur le corps propre, ce que mon intervention d'étayage et de coupure a permis, et l'angoisse qui va creuser le nid du désir.

Pour résumer et conclure, j'ai voulu mettre en évidence que le migrant peut rencontrer une difficulté qui vient apparemment de l'extérieur mais qui en fait vient de l'intérieur. Il a dû abandonner trop tôt l'abord de sa culture en tant qu'expérience, il a dû fermer en lui l'accès à certaines parties de lui et il ne trouve pas en lui le mouvement qui lui permette le déplacement subjectif que toute vie demande, *a fortiori* quand il y a migration.

Lorsqu'il vient voir un thérapeute il est tenté de se fixer sur lui, de le retenir et de se retenir à lui. Pour que le patient puisse retrouver au sein de la relation transférentielle l'utilisation de sa culture en tant qu'il en fait l'expérience, qui n'est

rien d'autre que de pouvoir faire l'expérience de la relation thérapeutique elle-même, le thérapeute doit prendre la mesure qu'il n'y a pas de dégagement d'une position symbolisante sans une relation transférentielle qui étaye l'auto-érotisme et le narcissisme primaire.

pascale hassoun
9, passage d'enfer
75014 paris

Note

1 Je renvoie ici au séminaire de Michèle Canon.