



Le matériel culturel comme interface

Guy Gimenez, Jean-Louis Pardinielli, Georges Rouan, Magali Guimont

► **To cite this version:**

Guy Gimenez, Jean-Louis Pardinielli, Georges Rouan, Magali Guimont. Le matériel culturel comme interface : Dans la relation thérapeutique avec les patients délirants mystiques. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1289-2130, 1997, pp. 50 - 53. <http://ch-le-vinatier.reseaudoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2070>. <hal-01393212>

HAL Id: hal-01393212

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01393212>

Submitted on 8 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le matériel culturel comme interface

Dans la relation thérapeutique avec les patients délirants mystiques

Guy GIMENEZ * Jean - Louis PEDINIELLI ** Georges ROUAN *** Monique GUIMONT ****

* Maître de Conférences, Faculté de Psychologie, Aix-Marseille 1, Av. R. Schuman, 13627 Aix-en-Provence Cedex. -

** Professeur, Faculté de Psychologie, Aix-Marseille 1, Av. R. Schuman, 13627 Aix-en-Provence Cedex. -

*** Maître de Conférences, Faculté de Psychologie, Aix-Marseille 1, Av. R. Schuman, 13627 Aix-en-Provence Cedex. -

**** Psychiatre, Praticien Hospitalier, Dignes.

A - Introduction et hypothèse

Comment entrer en relation avec un patient quand celui-ci adhère à des réalités qui nous échappent, nous étonnent, voire nous rebutent ? Comment appréhender la relation avec un patient quand, de plus, celui-ci investit sa croyance apparemment de façon délirante, ou hallucinatoire ?

On distingue classiquement trois niveaux de croyance : croire à : traduit une croyance "*diluée*" en deçà même de l'opinion plus ou moins fondée ; croire que : transcrit la conviction¹ intime de l'existence de quelque chose ; croire en : ajoute à cette persuasion un engagement intérieur de la personne dans ce en quoi ou en qui l'on croit. Nous réfléchirons sur le "*croire en*", ce croire qui module, notre représentation du monde et de la vie, notre façon d'entrer en contact avec autrui.

Je travaillerai les questions de la croyance comme médiation et l'utilisation de médiateurs culturels² dans la prise en charge de psychotiques à partir d'une situation clinique: une courte séquence d'interaction avec un patient qui se présente comme Dieu : le Père, le Fils et le Saint-Esprit.

Ce cas permettra de mettre à l'épreuve une hypothèse de travail. peuvent servir à médiatiser une relation clinique. Mais cette médiatisation implique un triple mouvement de la part du thérapeute :

1°) Premier mouvement : Qu'il **tolère l'omnipotence** du patient. Omnipotence déléguée aux Dieux, aux objets idéalisés ou bien portée par le patient lui-même. Cette tolérance de l'omnipotence de l'autre implique le repérage et l'analyse des réactions contre-transférentielles qu'elle déclenche. Cette omnipotence nous renvoie, très fort, à notre capacité à tolérer notre finitude, notre castration, dans un mouvement jamais complètement intégré et toujours remis en cause par notre narcissisme.

2°) Second mouvement : **Que le clinicien se mette à la place où il peut être trouvé** par le patient. Ce que certains auteurs appellent "*se mettre en position favorable*". Il s'agirait par exemple de tolérer d'être investi comme prolongement du patient (pseudopode narcissique dirait FREUD), me-extension dirait WINNICOTT ; puis comme double narcissique³, puis enfin comme porteur d'un tiers possible.

Il s'agirait également d'accueillir (voire favoriser) le mouvement d'illusion (relation fusionnelle) pour pouvoir ensuite permettre que se développe celui de la désillusion et de la mise en pensée.

3°) Troisième mouvement : Cet **espace doit être créé**, co-créé. Il n'est ni celui du patient, ni celui du thérapeute. Il est un troisième espace. Pourront s'y articuler au moins deux point de vue, deux vertex dirait BION. Celui du patient et celui du clinicien. Cette création implique la constitution d'un premier temps d'illusion (illusion efficace au sens de WINNICOTT).

C'est dans ce troisième espace à créer et ce temps à constituer que la croyance peut être investie dans une fonction d'interface : une face tournée vers le patient, l'autre vers le clinicien.

Elle peut ainsi médiatiser la relation patient-clinicien. Par exemple dans le cas présenté, croyance religieuse pour le patient, croyance en une possible rencontre pour moi⁴.

Je reprends ici une des hypothèses développées par le groupe de recherche C.O.R. (Clinique des Objets de relation), à propos de l'objet intermédiaire : l'objet culturel (et son investissement dans la croyance) pourra être investi comme objet de relation si il est l'objet d'un travail psychique préalable d'un des deux interlocuteurs (le clinicien) qui associe une souffrance ressentie dans la relation à une forme investie préalablement et offerte comme conteneur à l'autre (THAON, 1985).

L'objet culturel peut devenir objet de relation si il est pré-investie également par le clinicien, et indique, à travers lui, un point de castration. Le clinicien pourra relier ce qui se passe dans la relation clinique (et en particulier ce qu'il repère au niveau contre-transférentiel et que le patient ne peut encore verbaliser) à une forme toute prête de la croyance (récit mythique, parabole, etc) à laquelle le patient adhère.

B • Séquences cliniques :

A la rencontre de Dieu, le Père, le fils et le Saint-Esprit

Dans le pavillon voisin, un patient qui se présente comme le Père, le Fils et le Saint-Esprit a été hospitalisé. Connaissant mon investissement des questions sur les délires à thème religieux et les croyances, on me demande de le rencontrer. Je présente deux séquences cliniques, dans lesquelles je distingue trois temps, trois mouvements psychiques chez le patient : omnipotence, irritation et articulation.

Première séquence :

- *Omnipotence (être Dieu) .*

J'entre dans le pavillon. Le patient est au centre du salon, les yeux fixés sur l'horloge. Je m'approche de lui et le salue : "Bonjour". Suit un moment de silence, comme s'il n'avait pas repéré ma présence, trop occupé par ce qui se passe sur l'horloge. Je me mets alors à regarder également la pendule. Je ne remarque rien de particulier.

- *Irritation (intrusion ?)*

Les yeux toujours fixés sur l'horloge il dit :

— "Qui êtes-vous, vous?"

- Je commence à me présenter : "Je suis psychologue... "

- Mais il m'interrompt immédiatement : "Un simple psychologue peut-il comprendre Dieu ? Savez-vous que je suis le père le fils et le Saint-Esprit ?" Un silence suit. J'ai l'impression d'éprouver alors quelque chose de la distance incommensurable qu'il doit ressentir entre nous : entre lui (Dieu) et moi (un simple psychologue mortel). Je ressens ce mouvement d'omnipotence dont la contrepartie est une coupure par rapport aux autres.

- *Articulation (mouvement identificatoire).*

J'essaie de l'interroger sur la distance qu'il place entre nous : (Je reprends la question qu'il vient de me poser, c'est-à-dire : "Un psychologue peut-il comprendre Dieu ?")

- Je dis : "Dieu veut-il être compris?"

- Lui (un peu agacé) : "Mais, qui êtes-vous ?"

- Moi : "Qui dites-vous que je suis?" (Je lui demande à la fois ce qu'il en pense, tout en reprenant ici une phrase de sa croyance, une question posée par le Christ à ceux qui lui demandaient qui il était). Il est visiblement surpris et intrigué et tourne enfin les yeux vers moi.

- Lui : "Ce n'est pas vous qui devez dire cela, c'est moi !"

- Moi : "Serais-je vous ?" Silence intense. Il me fixe du regard, me scrute, me questionne de ses yeux. Je pense alors que si je suis un peu lui, alors il peut me regarder, j'ai un intérêt.

Seconde séquence :

- *Omnipotence (être le temps).*

Il reprend (fixant à nouveau l'horloge) :

- "J'attend mon heure [...]. Un silence. Je suis le temps, mon heure arrive". Je me dis que je vais attendre avec lui. Un silence.

Nous sommes toujours tous les deux au centre du salon. Quelques personnes passent, un peu étonnées par nos échanges.

- *Irritation.*

Au bout d'un court moment, je le sens un peu irrité par ma présence, un peu insistante il est vrai,

- Il dit (un peu agacé) : "Je n'ai pas le temps de parler avec vous, je vais être emporté dans la nuée".

- *Articulation.*

Je dis. (reprenant ce qu'il venait de dire, c'est-à-dire : "Je suis le temps") :

- "Si vous êtes le temps, prenez le temps" (accolant ainsi l'omnipotence et ta castration). Il semble à la fois surpris et satisfait. Il esquisse un sourire et quitte à nouveau l'horloge des yeux pour me regarder, interrogateur :

— "Vous êtes prophète ?"

- Moi : "Pourquoi, j'ai dit la vérité ?"

- Lui : (reprenant une phrase du Christ) "Je suis la vérité. Je suis le verbe.

Je suis le mot. Tout est dans le mot". Le patient commence alors à se détendre et nous avons un moment d'échange, pendant lequel il essaie de m'expliquer à moi. pauvre humain, les signes de sa nature divine.

Il poursuit : "Je suis le mot, voyez-vous, j'ai été hospitalisé parce que je suis allé retrouver mon Père à la Montagne Sainte-Victoire". Un silence. J'attends la suite. Lui attend également, visiblement déçu que je ne comprenne pas ce qu'il tente de me signifier. Comme il sent que je ne saisis pas tout de suite ce qu'il essaie de me dire, il insiste : "La Sainte-Victoire, la Victoire-Sainte, la victoire spirituelle sur la mort."

Il m'explique qu'il était ainsi en haut de la montagne pour retrouver son Père céleste. J'apprendrai, lors des entretiens ultérieurs, qu'il n'a pratiquement pas connu son "père terrestre". Celui-ci s'est pendu, après s'en être enlevé son droit parental, le jour de Noël, alors qu'il avait trois mois. En haut de la montagne, il avait été, explique-t-il, comme le Christ, tenté par Satan.

Il était prêt à se jeter du haut de la falaise pour être porté par une légion d'anges, mais les pompiers sont arrivés. Ils lui ont demandé, pour vérifier son identité :

- "Qui êtes-vous ?" (question qu'il m'a posée à deux reprises).

Il leur a répondu : "Je suis Le poète et le monde est mon poème. Je suis là pour que mon poème s'accomplisse". Il leur a lu un de ses longs poèmes (au demeurant très touchants).

Un peu agacés, ils ont réitérés leur demande, et il a répondu, très directement :

— "En vérité, en vérité, mon nom dans mon Père est Christ et ma mère est Marie". Les pompiers lui ont répondu : "O.K., on vous embarque".

Le patient poursuit : "Et vous savez où on m'a amené : à Montperrin" [nom de l'hôpital où il est hospitalisé]. Il décompose : "Mont-perr-in". Comme je suis lent à comprendre il m'aide comme on aide un pauvre humain à comprendre des réalités qui le dépassent : "Mon-Père-in" (prononcé à l'anglaise).

"In" c'est "dans", et dans quoi ? dans mon Père ! Je suis dans mon père et mon père est en moi⁵. Il conclut : "Je suis le Père, le fils et le Saint-Esprit". Je suis à la fois sidéré et séduit par sa capacité à traiter ainsi les mots, dans l'omnipotence.

Il me regarde, interrogateur. Je reprends alors une de ses phrases pour lui signifier sa façon omnipotente de traiter les mots :

- "Tout est dans le mot", "Pour Dieu, tout peut être dans le mot, dans le verbe". Il semble satisfait de moi, comme si je comprenais enfin ce qu'il disait.

Il me regarde intensément : "Alors comme ça vous sairiez quelque chose de ce que je dirais, moi le Tout. L'univers est un entonnoir." (Il accompagne ses paroles d'un geste des bras, traduisant un retournement sur lui-même).

Je pense alors à BION, et à sa théorie du point et du resserrement punctique à un point d'un vécu du temps et de l'espace. J'en profite pour ajouter un commentaire sur la solitude que l'omnipotence implique.

Je dis : *"Vous, le centre, le Point. Peut-être le Tout, mais tout seul"*. Je le sens ému, touché. Il reprends alors, très satisfait, comme si je parvenais à traduire une sensation corporelle qui ne pouvait encore se mettre en mots : *"Oui, c'est ça, le point, je suis le point"*.

Je lui propose un rendez-vous pour le lendemain. Il est surpris du ridicule de ma proposition. *"Vous n'avez pas compris que demain je ne serai plus là."* (J'avais en effet oublié qu'il allait être emporté dans la nuée). Je sens bien que l'espace d'illusion, bien fragile, s'effondre brusquement pour lui.

Je reformule ma proposition autrement : *"Demain, vous avez rendez-vous avec vous-même. Je vous attendrai"*. Il me répond qu'il sera là. Il sera en effet présent.

la médiatisation à travers le matériel culturel et la croyance (l'investissement du matériel culturel)

Dans cette interaction, j'ai essayé de me situer entre deux écueils : *"entrer dans le délire ou la croyance de l'autre"* (c'est-à-dire m'identifier à la position de l'autre), et réduire le point de vue de l'autre au mien (le ramener à mon point de vue, c'est-à-dire le nier ou comme dit BION (1970), ou indiquer de façon arrogante la supériorité de mon point de vue sur celui de l'autre).

J'ai commencé à entrer en contact avec le patient à partir du moment où il a eu l'impression, ou plutôt *"l'illusion efficace"* que je partageais quelque chose de son univers.

J'ai tenté de faire co-habiter puis progressivement d'articuler deux points de vue : celui du patient et le mien. J'ai senti que le fait que je tolère son point de vue lui permettait de tolérer le mien.

Nous repérons dans le matériel clinique une succession de séquences constituée de trois temps : un temps d'omnipotence du patient (qu'il était important de tolérer tout en analysant nos réactions contre-transférentielles), un temps d'irritement, un temps (court) d'ouverture à la relation et à ses propres affects

Dans le premier temps, le patient est dans une position **omnipotente**. Le patient signifie qu'il est Dieu, qu'il est le temps, qu'il est le tout. Le patient fait alors ressentir au clinicien, en écho contre-transférentiel, ce qu'il ne peut tolérer en lui-même : solitude, exclusion, finitude, autant de contre-parties de l'omnipotence.

Il me fait ainsi ressentir, dans la relation, qu'une distance incommensurable nous sépare : lui Dieu / moi simple mortel ; lui le temps / moi soumis au temps qui passe, lui tout-puissant sur les mots et les choses / moi soumis au sens des mots et l'organisation du langage. Le clinicien est alors le porte-affect⁶ de la partie muette du patient.

J'ai essayé de tolérer **l'omnipotence** du patient et l'effet contre-transférentiel qu'elle produisait en moi (sentiment d'exclusion). J'ai essayé de maintenir ma présence psychique, ce qui a créé une certaine tension, une certaine irritation chez le patient : je continue de regarder l'horloge avec lui, j'attends avec lui son heure et son enlèvement dans la nuée.

Dans un second temps je tente de produire des énoncés utilisant le matériel culturel du patient pour rendre compte de ce qui se passe dans la rencontre.

J'essaie de me mettre à l'endroit où je peux être trouvé par le patient (c'est-à-dire favoriser l'illusion d'une relation possible même si elle passe par un temps fusionnel), afin de permettre la mise en place de la désillusion, de la symbolisation et de la pensée.

Ce qui a permis d'élaborer un espace tiers, un troisième espace qui ne soit ni celui du patient, ni celui du clinicien mais un espace co-créé.

Espace intermédiaire qui se différencie de l'espace transitionnel décrit par WINNICOTT en ce que l'espace transitionnel est privé et l'espace intermédiaire est partagé.

Quand le patient me demande *"qui"* je suis, il répète la question qui lui a été posée avant l'hospitalisation. J'entends qu'il me demande si je suis comme lui, ou si je suis un simple mortel qui ne pourra jamais le comprendre.

Je réponds alors une phrase qu'il aurait pu répondre lui-même, la réponse de Jésus à ceux qui lui demandaient son identité : *"Qui dites-vous que je suis"*. C'est alors qu'il commence à m'investir, dans ce lien identificatoire passant par le référent culturel idéalisé.

Alors qu'il s'enferme dans l'omnipotence, identifié au temps, et me signifie qu'il n'a pas le temps de parler avec moi, j'essaie d'accoler, sans pouvoir encore bien les articuler, l'omnipotence qu'il porte et la finitude ou castration dont il essaie de se débarrasser.

Je lui dis : *"Si vous êtes le temps, prenez le temps"*. Il évoque alors des moments importants de son histoire, à travers ses référents culturels (le décès de son père par exemple).

Alors qu'il dit qu'il est le tout, que tout est dans le mot, et qu'il me signifie qu'il est le tout, j'essaie d'articuler le scénario omnipotent et l'affect contre lequel il permet de se défendre : l'affect dépressif

Je lui dis : *"Pour Dieu tout peut être dans le mot. Vous, le centre, le point, Peut-être le tout mais tout seul"*. Il semble alors ému, récupérant l'affect tenu à distance.

Ces interventions ont le statut d'interface en ce qu'elles articulent deux points de vue, deux modes de fonctionnement psychique sans les exclure : l'omnipotence et la castration, la finitude. J'ai présenté les réactions contre-transférentielles que le patient m'a fait éprouver : devant son omnipotence : fascination, sentiment d'exclusion, ou de happage, d'intégration dans son univers, oscillant avec des sensations de grande proximité pendant de brefs instants.

Il semble que la croyance du patient d'une part (sa croyance en Dieu, aux textes bibliques) et ma croyance à une rencontre possible avec lui ont permis une articulation entre nos deux univers.

J'avais l'impression après quelques entretiens que les référents de croyance (essentiellement les textes bibliques) étaient de plus en plus utilisés pour communiquer, comme interface entre nous, dans un grand respect mutuel du fait que ces objets n'avaient pas le même sens ni le même investissement pour chacun de nous.

Mais c'était ce qui nous reliait et non ce qui nous séparait. Assez rapidement ces référents devenaient comme une toile de fond, plus questionnée, juste évoquée, mais qui permettait nos échanges : un élément du cadre.

BIBLIOGRAPHIE

AULAGNIER, P., 1975.

La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé.
Paris : Presses Universitaires de FRANCE.

BION, W.R., 1970.

L'attention et l'interprétation. PARIS : Payot, 1974.

BION, W.R., 1971-1975.

Entretiens psychanalytiques. PARIS : Gallimard, 1980.

BLEGER, J., 1967.

Symbiose et ambiguïté. PARIS : Presses Universitaires de FRANCE,
1981.

GIMENEZ, G., 1994.

*Entre chaos et pensée, l'hallucination, un contenant
présymbolique.*

In : D. ANZIEU (directeur), B. GIBELLO, D. HOUZEL, S.
TISSERON,

G. LAVALLLEE, G. GIMENEZ, F. BARRUEL,

L'activité de pensée, émergences et troubles.

PARIS : DUNOD, 145-156.

GIMENEZ, G., 1996.

La groupalité psychique dans la thérapie individuelle de
schizophrènes.

Revue Française de Psychothérapie Psychanalytique de groupe.
Sous presse.

KAES, R., 1994.

La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes.
PARIS : Dunod

MOREAU, M.R., 1994.

Parents en exil, Psychopathologie et migration. Presses
Universitaires de FRANCE.

THAON, M., 1985.

Introduction aux objets de relations.

In Après Winnicott, la place de l'objet dans le travail clinique,
Actes des journées d'études du C.O.R.,
Rencontres cliniques, Hôpital Joseph Imbert, Arles, 13-17.

1 [Avec B. CHOUVIER (1990, 235), nous distinguerons la "conviction" ayant trait au jugement assertif ou jugement d'existence (degré de conviction de percevoir un objet), de celle portant sur le jugement de réalité (degré de conviction de sa réalité).

B. CHOUVIER rappelle et reprend à ce propos les avancées de P. JANET sur la croyance assertive : "Il s'agit d'une croyance de type adhésif, d'emblée et totalement collée à son objet" (1990, 135).]

2 Nous entendons le terme culture dans le sens où le définit MOREAU (1994) en reprenant GRESLE : ensemble des connaissances et des comportements (technique, économique, rituel, religieux, sociaux, etc.) qui caractérisent une société humaine.

La culture est constituée d'un système de parenté, d'un corpus de techniques, de manières de faire qui sont structurées de façon cohérentes par les manières de penser : les représentations. C'est ce dernier aspect, la face interne, qui retient ici notre attention.

3 Nous appelons double narcissique l'objet investi entre le mode de fonctionnement de l'illusion et celui de la désillusion.

4 Nous réfléchissons aux conditions nécessaires pour que ce troisième espace se crée, dans un mouvement d'ambiguïté (au sens de J. BLEGER, 1967) et dans lequel la rencontre soit possible.

5 Nous pouvons décomposer cette transformation entre trois temps : mon-père-hein, mon-père-in, mon-père-dans. Mont-per-rin, Mon-Père-"in" (prononcé à l'anglaise).

6 Dans la lignée des notions développée par P. AULAGNIER sur le porte-parole et celles de KAES sur la fonction phorique (1994).