

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010-2011

N°98

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE PSYCHIATRIE

par

Anne-Laure HUBERT

née le 15/01/1983 à Chambray-lès-Tours

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2011

**L'ENRICHISSEMENT DU QUESTIONNEMENT THERAPEUTIQUE
POUR LA CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE HISTOIRE DE VIE
La Thérapie Narrative au service du changement**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Wilfrid MARTINEAU

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 : NAISSANCE DE L'APPROCHE NARRATIVE	8
I. LE CONTEXTE : EVOLUTION DES PSYCHOTHERAPIES ET EMERGENCE DU CONSTRUCTIONNISME SOCIAL	8
A. <i>La première vague, centrée sur la pathologie.....</i>	<i>8</i>
B. <i>La deuxième vague, centrée sur le problème</i>	<i>9</i>
C. <i>La troisième vague, centrée sur les compétences</i>	<i>10</i>
II. LE PARADIGME NARRATIF	11
A. <i>Structure, interprétation et subjectivité du récit</i>	<i>12</i>
B. <i>Étude de la narration dans la littérature</i>	<i>13</i>
C. <i>Application des principes narratifs.....</i>	<i>15</i>
III. LE PARADIGME NARRATIF DANS LE CHAMP DE LA MEDECINE	19
A. <i>La narration dans la médecine et la littérature : des liens étroits.....</i>	<i>20</i>
B. <i>La médecine narrative.....</i>	<i>21</i>
C. <i>Approches psychothérapeutiques narratives</i>	<i>26</i>
D. <i>La thérapie narrative de Michael White</i>	<i>27</i>
CHAPITRE 2 : LE QUESTIONNEMENT AU CŒUR DES CONVERSATIONS THERAPEUTIQUES.....	31
I. LES OBJECTIFS THERAPEUTIQUES : CO-ECRIRE UNE HISTOIRE ALTERNATIVE AVEC UNE DESCRIPTION RICHE ET EPAISSE	31
A. <i>Le thérapeute comme journaliste d'investigation</i>	<i>32</i>
B. <i>Utilisation du mode narratif pour obtenir une description riche et épaisse</i>	<i>33</i>
II. DECONSTRUCTION DE L'HISTOIRE DOMINANTE SATUREE PAR LE PROBLEME	34
A. <i>Les conversations externalisantes : objectivation et extériorisation du problème ..</i>	<i>35</i>
B. <i>Mise en contexte du problème et déconstruction de l'histoire dominante et des conclusions identitaires.....</i>	<i>45</i>
C. <i>Identification de « l'absent mais implicite »</i>	<i>46</i>
III. CO-ECRITURE DE L'HISTOIRE ALTERNATIVE	46
A. <i>Découvrir des exceptions</i>	<i>47</i>
B. <i>« Les conversations pour redevenir auteur » : retracer l'histoire et la signification de l'exception</i>	<i>50</i>

IV.	ENRICHISSEMENT DE L'HISTOIRE ALTERNATIVE	56
A.	<i>Impliquer des témoins (présents ou absents) dans l'histoire alternative</i>	57
B.	<i>Les autres moyens narratifs</i>	65
V.	EFFETS DE LA THERAPIE NARRATIVE	67
A.	<i>Effets recherchés en thérapie narrative</i>	67
B.	<i>Revue de la littérature</i>	73
CHAPITRE 3 : EXEMPLES D'UTILISATION CLINIQUE		80
I.	EN PEDOPSYCHIATRIE.....	80
A.	<i>Construction des capacités et de l'identité narratives pendant l'enfance et l'adolescence</i>	80
B.	<i>Particularités de la thérapie narrative avec les enfants</i>	82
C.	<i>Particularités de la thérapie narrative avec les adolescents</i>	83
D.	<i>Etudes sur l'utilisation en pédopsychiatrie</i>	84
II.	DANS LA PSYCHOSE ET LA SCHIZOPHRENIE	87
A.	<i>Le point de vue de Michael White sur la schizophrénie</i>	87
B.	<i>Modalités d'intervention de Michael White pour diminuer le sentiment d'échec des membres de la famille</i>	88
C.	<i>Etudes</i>	91
III.	DANS LES TRAUMATISMES	94
A.	<i>Présupposés sur les victimes de traumatismes</i>	94
B.	<i>Instaurer une sécurité psychologique et émotionnelle</i>	95
C.	<i>« L'absent mais implicite » ou les perspectives alternatives de la douleur ou de la détresse</i>	96
D.	<i>L'approche narrative collective</i>	97
IV.	EN ADDICTOLOGIE.....	99
A.	<i>Dans les troubles du comportement alimentaire</i>	100
B.	<i>Dans les dépendances aux produits</i>	104
V.	EN MEDECINE SOMATIQUE.....	105
A.	<i>Dans les pathologies somatiques chroniques</i>	106
B.	<i>Dans la prise en charge du deuil</i>	110
CHAPITRE 4 : CE QUI TRANSCENDE LA THERAPIE		116
I.	LIENS AVEC LA RESILIENCE	116
A.	<i>La résilience</i>	116

B. <i>Points communs avec l'approche narrative</i>	120
II. UNE REFLEXION PHILOSOPHIQUE.....	123
A. <i>Réflexion sur le pouvoir</i>	123
B. <i>Réflexion sur l'identité</i>	136
III. APPROCHE CRITIQUE	143
A. <i>Place dans la psychiatrie actuelle</i>	143
B. <i>Place dans la thérapie familiale</i>	146
C. <i>Implications des idées sur le pouvoir</i>	150
CONCLUSION	153
ANNEXE 1: ANTI-ANOREXIA SURVEY	155
ANNEXE 2 : POUVOIR TRADITIONNEL ET POUVOIR MODERNE	157
BIBLIOGRAPHIE	159

INTRODUCTION

Nous avons été sensible, depuis le début de notre formation en psychiatrie, aux sentiments d'isolement, de déliaison, d'incapacité et de dévalorisation exprimés par de nombreux patients que nous avons rencontrés. Certes ces ressentis peuvent être expliqués par la pathologie psychiatrique elle-même mais il nous semble qu'ils sont accentués et s'inscrivent dans un contexte socioculturel plus large.

Il apparaît en effet, dans les sociétés modernes, que les liens familiaux et sociaux sont fragilisés alors même que les contacts « virtuels » (téléphones portables, réseaux sociaux et sites de rencontres sur internet...) se multiplient, témoignant de la recherche active de lien et d'appartenance à une communauté quelle qu'elle soit. Cela peut être considéré comme un compromis entre le besoin d'être en lien, propre à l'Humain, et les exigences individualistes, propres à la modernité. En s'appuyant sur une approche historique de la dépression, Alain Ehrenberg, dans son ouvrage « La Fatigue d'être soi » (Ehrenberg 1998), éclaire un déplacement de la culpabilité vers la responsabilité dans nos sociétés centrées sur l'individu et l'autonomie. Il explique ainsi la recrudescence de la dépression et des addictions, pathologies de la responsabilité et de la maîtrise de soi qui illustrent les difficultés à « devenir soi et prendre l'initiative d'agir ».

C'est à partir de ces observations auprès des patients et lors de nos rencontres professionnelles que nous nous sommes intéressée aux moyens psychothérapiques de redécouvrir les ressources des patients et de recréer avec eux du lien (social et familial) lors des entretiens individuels (qui constituent la majorité de notre travail) afin que cela soit compatible avec notre activité clinique quotidienne. C'est ainsi que nous en sommes venue à la thérapie narrative.

Cette approche s'est développée rapidement il y a trente ans en Australie, Nouvelle Zélande et aux Etats-Unis puis plus lentement dans les pays francophones depuis les années 2000. Elle est utilisée en psychothérapie familiale et individuelle, dans le coaching (surtout en France), ainsi que dans le travail avec des communautés opprimées. Les domaines d'applications sont très variés, témoignant d'un ancrage

important dans les problématiques contemporaines. En effet, les thérapeutes narratifs ont cherché à développer une forme de thérapie pouvant offrir une alternative à la théorie moderne de l'individu autonome et autocentré, sur laquelle sont fondés de nombreux courants psychologiques. Pour cela, ils s'efforcent de mettre en lumière l'influence du contexte (familial, social, politique...) de l'individu dans l'interprétation et la construction de ses difficultés, tout en rendant plus visible la contribution de l'entourage dans sa vie.

La thérapie narrative ne consiste, comme son nom le suggère, ni à « raconter des histoires aux patients » ou à ce qu'ils se racontent une nouvelle histoire, ni à reprendre entièrement leur histoire de vie. Inspirée des idées post-structuralistes, elle présuppose qu'il n'y a pas une vérité mais des vérités multiples, socialement construites à travers le langage, organisées et maintenues par des histoires. Ainsi, ce qui est problématique, n'est pas le problème en soi, mais le sens qui lui est attribué et l'histoire construite autour qui devient dominante. L'objectif est donc de faire ré-émerger une histoire déjà existante (mais étouffée par « l'histoire dominante »), qui n'est pas considérée plus vraie ou plus juste que l'ancienne, mais plus adaptée aux attentes et valeurs du patient (« histoire préférée »). En effet, pour les praticiens narratifs, les histoires ne sont pas le reflet de nos vies mais, à l'inverse, elles les façonnent : elles construisent notre compréhension du monde et de nous-mêmes ainsi que nos interprétations. Le récit est alors considéré comme le moyen par lequel le changement peut être effectué, grâce à une attention particulière portée sur l'interprétation de l'expérience vécue et la recherche de ressources et d'exceptions.

L'objectif de ce travail est de proposer une synthèse illustrée de vignettes cliniques issues de notre pratique, d'autant qu'il n'existe à ce jour que très peu d'écrits en français. Dans un premier temps, nous replacerons la naissance de la thérapie narrative dans le contexte du post-structuralisme et de l'émergence du constructionnisme social, dont le paradigme narratif a peu à peu influencé les domaines intellectuels puis la médecine. Ensuite, nous exposerons le déroulement d'une thérapie narrative : les trois phases (déconstruction de l'histoire dominante, co-écriture puis enrichissement de l'histoire alternative), les différents types de « conversations » utilisés, les effets attendus et les résultats de recherche. Dans la

troisième partie, nous étudierons les principales « indications » et pratiques spécifiques à partir d'une revue de littérature. Enfin, nous reviendrons sur les fondements philosophiques qui éclairent la pratique narrative, notamment sur les questions de pouvoir et d'identité, avant d'en proposer une approche critique.

CHAPITRE 1 : NAISSANCE DE L'APPROCHE NARRATIVE

Les approches psychothérapeutiques émergent dans un contexte socioculturel qui façonne leurs idées et les reconnaît comme des connaissances valides. Les années 1980 ont été marquées par le constructionnisme social dont le paradigme narratif a fortement influencé les domaines intellectuels et la médecine.

I. Le contexte : évolution des psychothérapies et émergence du constructionnisme social

Depuis la fin du XIX^{ème} siècle, différents courants de pensées se sont développés pour expliquer la psychopathologie et proposer des prises en charge thérapeutiques, que nous pouvons schématiquement diviser en trois vagues (O'Hanlon 1994). Celles-ci correspondent aux évolutions théoriques philosophiques sur la réalité (l'ontologie) et la connaissance (l'épistémologie) (Paré 1995).

A. La première vague, centrée sur la pathologie

Cette première vague, qui s'intègre dans le modernisme, regroupe les théories structuralistes qui considèrent la réalité comme accessible à la connaissance, acceptant implicitement qu'une réalité objective existe à l'intérieur et à l'extérieur de nous, qu'un observateur externe peut décrire.

Le psychothérapeute est alors considéré comme un « expert compétent » dont l'objectif est d'identifier les dysfonctionnements afin de les corriger par une action spécifique. La psychanalyse et la psychiatrie biologique dominent cette vague, cherchant chacune les mécanismes à l'origine des syndromes et symptômes cliniques selon un modèle scientifique, aboutissant notamment aux catégories diagnostiques.

B. La deuxième vague, centrée sur le problème

Cette deuxième vague a émergé dans les années cinquante avec les thérapies comportementales, cognitives et systémiques. Elle focalise sur « l'ici et le maintenant » et suppose que les problèmes sont le fruit de l'influence sur les personnes de modèles de communication, relations socio-familiales ou stimuli. Le thérapeute est là aussi un expert dont le but va être de modifier certaines de ces variables pour obtenir le changement souhaité.

Au début des années 1980, émerge le constructivisme, sous l'impulsion de Bateson et Paul Watzlawick. Basé sur des théories neurobiologiques, il souligne le caractère autoréférentiel et expérientiel de nos observations. Les travaux sur les perceptions de Von Foerster et de Varela et Maturana montrent en effet que ce que nous voyons n'existe pas en tant que tel mais résulte de l'interaction entre notre système nerveux et le monde extérieur. Pour les constructivistes, nous déchiffrons donc le réel à l'aide de nos cartes théoriques, celles-ci influençant la façon dont nous percevons la réalité : « *Une carte n'est pas le territoire* » (Korzybski 1998), c'est-à-dire que la compréhension ou la signification accordée à un événement est déterminée et limitée par le contexte. Un événement qui ne peut pas être « modélisé » par les cartes que l'on utilise habituellement ne sera pas retenu.

« Grâce à ces penseurs constructivistes, les thérapeutes familiaux ont été amenés à découvrir que la construction mutuelle du réel compte davantage, en psychothérapie, que la recherche de la vérité ou de la réalité » (Elkaïm 2003).

Cette nouvelle perspective, s'appuyant sur une métaphore systémique, modifie l'approche thérapeutique : il ne s'agit plus de découvrir et faire surgir une « vérité » mais d'édifier avec le système une construction opératoire et d'élargir le champ des possibles. C'est l'entrée dans l'ère postmoderne, qui conteste les vérités universelles, avec le passage du concept de « uni-vers » à « multi-vers » (Doan 1997) : le danger pointé, inhérent au modernisme, est que la reconnaissance d'une seule histoire ne laisse pas de place pour des alternatives. Le postulat est donc qu'il n'y a pas de réalité mais seulement des points de vue qui la construisent.

« Une société entre dans l'ère postmoderne quand elle perd sa foi en la vérité absolue, même dans sa tentative de découvrir la vérité absolue. Les grands systèmes de pensée comme les religions, les idéologies et les philosophies, viennent à être considérés comme «des constructions sociales de la réalité ». Ces systèmes peuvent être utiles, même respectés en tant que profondément vrais, mais vrais dans une nouvelle et provisoire voie postmoderne. » (O'Hara & Anderson 1991)

C. La troisième vague, centrée sur les compétences

Vers la fin des années 1980, les théories constructivistes ont été contestées par celles du constructionnisme social, sous l'influence de Kenneth J Gergen, qui considère que la connaissance est socialement construite dans un groupe, évoluant en permanence au gré du partage par le langage, d'expériences et de récits dans une communauté. Les idées sont construites dans les conversations interpersonnelles (Hoffman 1990) et l'identité est une construction sociale.

« La construction du monde ne se situe pas à l'intérieur de l'esprit de l'observateur, mais bien à l'intérieur des différentes formes de relation. » (Gergen 1994)

En effet, selon Gergen, les significations et les émotions naissent dans un contexte relationnel, l'identité est produite par des narrations issues d'échanges communs et les narrations du Moi renvoient à des relations sociales plus qu'à des choix individuels. Dans cette perspective, les réalités sont construites par le langage et étendues à travers des histoires : celles-ci sont les scripts de notre vie et dictent la façon dont nous nous percevons et nous relions aux autres. Le paradigme de référence devient la narration : *« Nous ne connaissons le monde que comme l'histoire du monde »* (Doan 1998). Le problème est alors considéré comme extérieur à la personne, fruit d'un récit où elle est piégée.

Le passage d'une métaphore cybernétique à une métaphore narrative accorde encore plus d'importance à l'expérience vécue des patients, notamment à son processus dynamique via les récits qui évoluent dans le temps. Ce n'est plus

l'information qui est primordiale mais l'expérience : en estimant que l'expérience du patient est plus grande que l'histoire du problème et en l'invitant à faire sens de certains autres aspects de son expérience, le thérapeute crée un contexte de changement ou de réécriture où le patient lui-même intervient dans le problème (Zimmerman & Dickerson 1994).

Dans cette perspective post-structuraliste, le praticien n'est plus un expert de la connaissance mais un partenaire qui favorise la coopération et qui privilégie l'expérience vécue du patient. Aucune hypothèse étiopathogénique n'est soulevée car l'intervention thérapeutique se centre sur les ressources de la personne et de son réseau social, ainsi que sur les moments d'exception afin de l'aider à déconstruire le problème et à adopter une description d'elle-même et de ses relations plus conforme à ses aspirations.

II. Le paradigme narratif

Issu du post-structuralisme, le paradigme narratif ne met plus au premier plan l'objectivité, la « vérité » et la généralisation mais privilégie l'intentionnalité humaine, la valeur et la crédibilité d'une histoire portée par la voix du protagoniste du récit (Muntigl 2004). Par l'étude du récit, des interprétations différentes et des alternatives à la connaissance s'ouvrent alors.

« Selon ce paradigme, ce que nous savons nous le savons avec d'autres. La réalité n'est pas fixe, mais plutôt négociée au sein des communautés dont nous faisons partie, le sens est essentiellement une construction sociale. Dans cette perspective, le Soi se crée sans cesse lui-même à travers des récits qui incluent d'autres personnes qui sont mutuellement tissées dans ces récits. Ce tissage ensemble se produit à travers le langage, qui ne représente pas la réalité mais, plutôt, est constitutif de celle-ci » (Weingarten & Weingarten Worthen 1997).

A. Structure, interprétation et subjectivité du récit

Le récit est une forme linguistique caractérisée par une structure définissable, une séquence de temps longitudinale, qui présuppose un narrateur et un témoin (lecteur ou auditeur), ce dernier étant « engagé » dans le récit par le biais des personnages.

Le narrateur convainc un lecteur que certains événements (le contexte) ont eu lieu, auxquels il a attribué un sens et qui l'ont affecté d'une certaine façon (son point de vue). En règle générale, le récit attire le lecteur vers la conception du narrateur, à la fois par son contenu et sa manière de raconter : une réalité est construite dans laquelle le lecteur peut entrer avec empathie (Riessman 1990).

Le narrateur choisit ce qui est raconté mais le sens attribué au récit est aussi affecté par l'auditeur, tous deux ayant une perspective différente (selon le contexte, leur histoire personnelle, leurs valeurs...) susceptible de modifier l'interprétation de l'histoire (Greenhalgh & Hurwitz 1999). « *Mixtes entre le mode historique et le mode fictionnel, les récits sont des reprises de données historiques réinterprétées par le narrateur dans sa relation au(x) narrataire(s).* » (Coopman & Janssen 2010)

Le sens attribué s'exprime par le langage, principale ressource culturelle sur laquelle les personnes s'appuient pour co-crée une réalité (Riessman 1990). Langage et culture sont indissociables : le langage prend ses sources dans un milieu culturel donné, le différenciant des autres et véhiculant ses valeurs et idéologies propres (Paré 1995). « *Alors que le langage et la culture participent à un contexte pour nos formulations créatives, le récit fournit leur forme* » (Paré 1995). L'influence du langage comme médium de la construction sociale souligne l'importance des discours sociaux. Ceux-ci réfèrent à tout système de pensée, idées et pratiques sociales qui les accompagnent. De ces différents discours, qui se maintiennent, se renforcent et s'excluent par les interactions sociales, émergent les institutions sociales et l'identité individuelle (Kogan & J. E. Gale 1997).

B. Étude de la narration dans la littérature

Le concept de narration a émergé pour décrire l'ensemble complexe de significations, né de l'interaction entre l'expérience et les croyances, que les personnes utilisent pour se guider dans leur tentative de donner un sens à leur situation. L'intérêt pour l'utilisation des récits peut être attribué à l'influence de disciplines telles que la critique littéraire, les sciences politiques et la sociologie qui examinent de manière critique les récits historiques des groupes sociaux dominants à travers l'expérience vécue d'individus et les significations attribuées aux événements (Strand 1997).

Pour faire le point sur le concept de narration, nous nous appuierons sur Paul Ricoeur et Jérôme Bruner, qui ont tous deux étudié la métaphore narrative à partir de la littérature. Ils ont notamment mis en évidence la fonction de création de sens et de liaison, l'importance de la temporalité ainsi que les dimensions interactionnelles et culturelles dans la narration. Comme nous le reverrons, ces caractéristiques sont essentielles dans les approches narratives psychothérapeutiques et dans la compréhension du concept d'identité narrative.

1. Par Paul Ricoeur : la mimésis

Paul Ricoeur, philosophe et phénoménologue français, s'est intéressé au récit pour expliquer comment les Hommes pouvaient donner sens à leur expérience du monde et à celle des autres par l'intermédiaire du texte (Ricoeur 1991). Pour étudier le récit, il a repris à Aristote et Saint Augustin le terme « mimésis », dérivé du mot grec « mimèsis praexos » signifiant « imitation d'une action ». Selon lui, la mimésis n'est pas une simple reproduction d'une situation mais un processus actif qui nous révèle quelque chose auparavant inaccessible. Il en a déterminé trois stades.

Le premier stade de la mimésis, mimésis I, est celui de la composition de l'intrigue qui est « *une intention d'action* » (Ricoeur 1991). En premier lieu, l'intrigue contient des agents, c'est-à-dire des individus responsables de leurs actes, agissant selon

des motifs (raisons d'agir) et guidés par des buts qu'ils souhaitent atteindre. Cependant, ils ne maîtrisent pas leur environnement, leurs décisions étant affectées par des circonstances incontrôlables et leurs interactions avec d'autres personnes. En deuxième lieu, l'action se situe temporellement dans un contexte culturel caractérisé par des règles et des traditions qui donnent un sens à l'expérience de l'individu : l'action est « *symboliquement médiatisée* » (Ricoeur 1991). Ce système symbolique est public, identifiable par les membres d'un même groupe social, et fournit un contexte de description dans lequel interpréter la signification des actes du protagoniste. Chaque société possède ainsi ses normes pour évaluer si les actions reflètent les valeurs prônées : l'action n'est jamais éthiquement neutre. La mimésis I renvoie à la temporalité du temps vécu et constitue le stade de précompréhension de l'action : la connaissance des caractéristiques de l'intrigue rend l'auteur capable de réaliser un texte et le lecteur de le déchiffrer.

La mimésis II est le stade de configuration de l'intrigue et a un rôle de médiation entre la mimésis I et la mimésis III par la narration. Elle comprend des traits discursifs, comme la syntaxe, qui relient tous les éléments sus-cités (même les événements discordants) pour en faire un tout cohérent porteur de sens (Ricoeur 1991) : c'est une représentation de la réalité enrichie par la subjectivité du narrateur. Elle associe ainsi la dimension temporelle épisodique (ordre chronologique) à la dimension temporelle configurante (la succession d'événements est transformée en totalité signifiante).

Enfin, la mimésis III est le stade de lecture. En transmettant ses perspectives, idées et sentiments, l'auteur construit un univers particulier qui va interagir avec celui du lecteur (Ricoeur 1991) par l'acte de lecture. Le texte n'est complet qu'après avoir été lu et avoir touché le lecteur en suscitant en lui des réactions, des émotions et des pensées.

2. Par Jérôme Bruner : *paysage de l'action et paysage de la conscience*

Selon Bruner (J. Bruner 2000) (J. Bruner 1990), psychologue américain, la narration, racontée d'un point de vue personnel, implique une action humaine dirigée par une intention et s'appuie sur un enchaînement d'évènements pour donner un sens à une expérience.

A partir d'une analyse textuelle, il considère que la narration se structure en deux « paysages » (J. Bruner 2000) :

- Le paysage de l'action : c'est l'enchaînement dans le temps des évènements et des actions selon une intrigue particulière.
- Le paysage de la conscience : ce sont les interprétations, significations, désirs, caractéristiques personnelles et relationnelles, buts, intentions, valeurs et croyances des personnages.

Dans chacun des deux paysages, l'auteur laisse des interstices à combler par l'imagination du lecteur. Pour que l'histoire soit cohérente, les éléments du paysage de l'action et du paysage de la conscience doivent être en harmonie avec le thème sous-jacent à l'histoire et le contexte socioculturel : « *En vertu de la participation à la culture, le sens est rendu public et partagé. Notre mode de vie culturellement adapté dépend de significations partagées et de concepts communs.* » (J. Bruner 1990)

C. Application des principes narratifs

Ces modèles, initialement tirés de l'analyse littéraire de la narration, ont été appliqués pour expliquer comment les personnes donnent un sens à leur expérience du monde et construisent leur histoire de vie ainsi que leur identité à travers leur narration personnelle. Selon Ricoeur, chaque vie humaine suppose un récit : « *Nous racontons des histoires parce que finalement les vies humaines ont besoin et méritent d'être racontées.* » (Ricoeur 1991)

1. Dans l'élaboration des histoires de vie

Les individus vivent des expériences multiples dont ils font des interprétations personnelles (différentes d'une personne à une autre) selon le contexte (social, culturel, politique, relationnel), leur point de vue, leur histoire. Cependant, ils ne peuvent pas relier entre elles toutes les expériences vécues : ils choisissent celles qui ont du sens pour eux et qui se regroupent autour d'un thème commun dans l'un de leur récit. Plusieurs récits peuvent donc être concomitants, d'autant qu'aucun ne peut englober la totalité de la « réalité » d'une personne : *« nos vies sont multi-histoires »* (M. White 1995).

Néanmoins, avec le temps, des significations « prédominantes » sont préférentiellement utilisées pour comprendre les autres événements, façonnant ainsi une histoire à propos de soi-même. Finalement, un des récits peut gagner de l'influence jusqu'à devenir l'histoire dominante, laissant de côté les autres récits.

« L'acte de vivre exige de s'engager dans une médiation entre histoires dominantes et histoires alternatives de vie. Nous sommes toujours en train de négocier et d'interpréter ce que nous vivons. » (Morgan 2010)

Cette histoire dominante qui est construite par l'individu est alors considérée comme « vraie », d'autant qu'elle s'enrichit de la sélection d'événements nouveaux concordant avec le thème dominant. Par là-même, toutes les autres expériences, qui ne sont pas interprétées comme en accord avec ce thème, sont considérées comme insignifiantes ou relevant du hasard. Cela n'est pas sans rappeler la théorie des contraintes (Bateson 1977). Comme les contraintes (prémises, présuppositions, attentes...), qui établissent des règles inconscientes pour la sélection de nouvelles informations (M White 1986), les histoires peuvent être considérées comme un contexte dans lequel certaines expériences conviennent mais d'autres non (Zimmerman & Dickerson 1994) : un événement qui n'a pas de sens dans une histoire est alors oublié. Par ailleurs, l'histoire dominante a des effets sur le présent et l'avenir car elle oriente les comportements, constitue l'identité et façonne la vie de la personne dans le futur : *« Toutes les histoires sont constitutives de nos vies et les façonnent. »* (Morgan 2010)

L'histoire dominante devient problématique quand elle enferme l'individu dans une vision de lui-même « *insatisfaisante* » (Morgan 2010), qui ne correspond pas à ses valeurs ou son expérience de vie, et « *sans issue* » (Morgan 2010), qui ne laisse pas entrevoir les histoires alternatives. Il s'agit souvent d'une « histoire saturée par le problème », fruit d'une description appauvrie de la personne car centrée sur le problème, aboutissant finalement à des « *conclusions pauvres* » sur l'identité de l'individu.

Souvent considérées comme inhérentes à la personne et fondées sur des expressions de faiblesse, d'incapacité ou de dysfonctionnement, ces conclusions identitaires engendrent une image dévalorisée du Soi d'autant qu'elles sont fréquemment générées ou relayées par des proches exerçant un pouvoir de détermination (parents, professeurs...). Plus elles s'enracinent, plus elles dissolvent les aptitudes et compétences de l'individu, qui ne concordent pas avec l'histoire dominante saturée par le problème, pour finalement aboutir à une internalisation du problème, réduisant l'identité de la personne à la pathologie : « je suis dépressif ».

« Dans cette perspective, les individus racontent leur vie et, à travers ce récit, ils la structurent et lui donnent une signification. [...] Bien qu'ils ne se connaissent pas à travers la totalité de leur expérience, souvent, une histoire qui saisit une partie de leur expérience, devient « dominante » et représente la façon dont ils se voient eux-mêmes ; cette narration a pour effet de les constituer en tant que personne. » (Elkaïm 2003)

2. Dans l'analyse narrative de l'expérience de la maladie

Un autre intérêt à utiliser des principes narratifs issus de l'étude littéraire réside dans la compréhension de la variabilité interindividuelle et intra-individuelle de l'expérience de la maladie, en s'appuyant trois concepts : la cohérence, la clôture et l'interdépendance narratives (Weingarten & Weingarten Worthen 1997) (Weingarten 1998) (Weingarten & Cobb 1995).

La cohérence narrative est établie par les interrelations entre l'intrigue, les actions, les rôles des personnages, les thèmes et les valeurs. Un manque de cohérence narrative peut être dû à une intrigue vague ou insensée, à des reproches infondés que se fait un personnage central (dans le cas d'abus)...

La clôture narrative se produit lorsque l'histoire racontée semble n'avoir qu'une seule façon d'être comprise, résistant à toute autre interprétation. Elle dépend de deux éléments :

- L'exhaustivité : plus l'histoire est « ouverte », plus elle a de lacunes, et plus elle est vulnérable face aux interprétations des auditeurs. Ceux-ci peuvent combler les espaces vides avec leur expérience ou imagination. En thérapie, ces lacunes permettent au praticien de participer à la création d'une histoire plus nuancée.
- La résonance culturelle : plus la situation décrite est commune et familière dans le contexte socioculturel, plus il est probable que d'autres personnes seront en mesure de participer au récit d'une manière qui appuie, approuve, et élabore l'histoire de l'individu.

L'interdépendance narrative se réfère à l'interrelation du récit d'une personne à ceux de ses proches. Par exemple, dans une famille, le récit d'un des membres est souvent relié à ceux racontés par les autres individus.

Pour illustrer ces concepts, comparons, selon une analyse narrative, le vécu de l'expérience d'une maladie chronique fréquente (diabète) à celui d'une pathologie chronique rare (maladie orpheline).

Dans le cas du diabète, le diagnostic est souvent aisé car relativement commun et bien connu par le corps médical. Il en est de même pour la démarche thérapeutique, le suivi à instaurer, l'évolution... : la trame de l'intrigue existe déjà, rendant l'histoire de la maladie cohérente. De plus, le récit du diabète a un fort degré de clôture narrative car l'exhaustivité est importante (le cours de la maladie est bien connu, résistant aux interprétations alternatives) tout comme la résonance culturelle

(maladie bien connue du grand public). L'interdépendance à d'autres récits de maladie dans la famille est potentiellement élevée.

En revanche, l'expérience d'une maladie orpheline est plus délicate. Les symptômes sont souvent nombreux, aspécifiques, d'interprétation difficile, rendant l'errance diagnostique fréquente par méconnaissance de ces pathologies par le corps médical. Le parcours diagnostique est plus chaotique jusqu'à ce qu'une signification commune puisse relier tous les événements et symptômes. Les intervenants sont disparates et l'organisation des soins souvent plus complexe. L'histoire de la maladie est donc moins cohérente. Par ailleurs, la clôture narrative est moindre car l'exhaustivité est faible (il y a de multiples lacunes et interprétations des symptômes), tout comme la résonance culturelle (maladies rares et inconnues du grand public). De même, l'interdépendance narrative est médiocre car d'autres proches sont rarement atteints, limitant les partages de récits de la maladie.

Outre leur intérêt dans l'analyse narrative de l'expérience de la maladie, ces trois concepts mettent en lumière les rôles complémentaires et indissociables du narrateur, de l'auditeur et du contexte, dans la construction et l'interprétation d'un récit.

III. Le paradigme narratif dans le champ de la médecine

Dans le sillage d'autres disciplines intellectuelles, la médecine est, elle aussi, influencée par le paradigme narratif qui fait du récit le centre d'intérêt. Au cœur de la pratique médicale se trouve en effet « l'histoire de la maladie », narrée par le patient, à partir de laquelle le médecin fait une interprétation diagnostique en fonction de son savoir et ses références théoriques. Mais le patient attribue aussi, bien souvent, une signification à son expérience, selon son vécu et ses propres connaissances. En ce sens, les récits de patients sont bien plus qu'un résumé documenté et « objectif » dans le dossier médical mais sont utiles en tant que moyen d'exploration, d'interprétation et de formation d'un consensus entre les patients, les familles et les

praticiens (D. D. Gale et al. 2003). Etre attentif et comprendre le contexte narratif de la maladie fournit donc une approche holistique (Greenhalgh & Hurwitz 1999).

A. La narration dans la médecine et la littérature : des liens étroits

Les relations entre médecine et littérature sont anciennes, toutes deux touchant au cœur de l'expérience humaine. De nombreux textes littéraires sont en effet des tentatives « artistiques » pour mettre du sens sur la maladie et la mort (Charon 2000). Par ailleurs, la maladie se déroule comme un récit dont elle partage des caractéristiques communes telles une temporalité, un mélange complexe de causalité et d'imprévu, une tradition textuelle et un système métaphorique dans lesquels elle peut être comprise (Charon 2001). Pour les tenants de la « médecine narrative », l'entraînement à la lecture et à l'analyse littéraire est donc primordial pour améliorer la relation médecin-patient. Au delà des vertus culturelles et de développement des connaissances, l'acte de lire développe l'empathie, l'ouverture à plusieurs interprétations et des « *compétences narratives* » (Charon 2000) qui seraient essentielles pour être attentif, interpréter et être ému par les histoires lues ou entendues. Primordiales dans l'analyse littéraire d'un texte et dans la relation thérapeutique, elles sont une combinaison de compétences (Charon 2004) :

- Textuelles pour identifier la structure narrative, reconnaître les métaphores et les allusions, adopter plusieurs perspectives.
- Créatives pour faire de multiples interprétations, construire plusieurs fins, imaginer avec curiosité.
- Affectives pour pouvoir tolérer l'incertitude de l'histoire et pénétrer dans « l'humeur de l'histoire ».

Bien que la formation des professionnels de la santé se concentre en général sur le matériel scientifique objectif et la capacité à formaliser le problème du patient de manière standardisée, les médecins ont tendance à écrire de plus en plus sur leur pratique en se focalisant sur les aspects émotionnels et personnels engendrés par la relation médecin-malade (Charon 2004). L'écoute de soi et de l'autre, retranscrites

par la narration, reviennent au premier plan. D'ailleurs, les moments d'enseignement les plus significatifs commencent souvent par la phrase : « Une fois, j'ai eu un patient qui ... », soulignant à quel point les récits d'expériences dans la formation médicale sont mémorables et encourageant la réflexion.

Mais les praticiens ne sont pas les seuls à faire de la maladie et de la guérison des actes narratifs : les patients écrivent de plus en plus sur leur expérience de la maladie. L'interaction entre ces deux types de récit est complexe : les récits des patients, davantage centrés sur leur expérience de la maladie, ne sont pas seulement des voix qui portent un contre-discours d'opposition au récit médical, davantage centré sur l'histoire de la maladie (Wiltshire 2005) Ils reflètent plutôt la dimension culturelle de l'interaction entre le patient et la médecine et la volonté d'atteindre l'objectif d'une « *histoire médicale centrée sur le patient* » (Wiltshire 2005), c'est-à-dire axée sur son expérience de la maladie et du sens que cela peut avoir pour lui. Il ne s'agit plus d'être représentatif dans le sens scientifique du terme, c'est-à-dire généralisant, mais représentatif dans une perspective littéraire : « *La plupart des critiques littéraires discuteraient que le représentatif n'est pas la moyenne mais l'exemple le plus vivant.* » (Wiltshire 2005)

B. La médecine narrative

Le courant médical qui s'est particulièrement inspiré des liens entre la médecine et la littérature et qui a remis la narration au premier plan est la médecine narrative. Celle-ci a pris son essor à la fin des années quatre-vingt-dix, sous l'impulsion de Rita Charon qui la définit comme une pratique clinique renforcée par des compétences narratives et par l'écriture des médecins à propos de ce qu'ils ont entendu et vécu dans la relation thérapeutique. L'apport du philosophe Paul Ricoeur est ici non négligeable, notamment son exploration de la notion de mimésis que nous avons évoquée plus haut.

1. L'influence de Michael Balint et du constructionnisme social

La médecine narrative n'aurait pu voir le jour sans la contribution de Michael Balint (1896-1970), médecin et psychanalyste hongrois, qui s'est intéressé dès les années cinquante à la relation et à la communication médecin-patient (Balint 1996). Selon lui, cette relation se dégradait avec la progression des sciences biomédicales dans le diagnostic et les traitements, toujours plus performants : le patient n'était plus considéré dans sa totalité comme un être humain mais divisé en unités, représentées notamment par les spécialités et sous-spécialités médicales.

Exerçant à la clinique Tavistock à Londres, il a créé des groupes de discussion composés de médecins généralistes afin de leur permettre de partager, entre confrères, leurs réflexions et sentiments à partir de situations cliniques. L'objectif de cette technique est de permettre au médecin d'observer de l'extérieur sa relation avec le patient, de la mettre en perspective, de mettre à jour ce qui lui avait échappé auparavant, et ce afin d'améliorer sa communication avec le patient. Ces groupes, semblant avoir des effets positifs sur les participants, sont maintenant assez répandus.

La médecine narrative a ensuite été propulsée par l'émergence du constructionnisme social et de l'ère postmoderne dans les années soixante dix. Dans cette perspective, les histoires que les individus construisent à propos de leurs expériences sont plus importantes que de pouvoir établir si des faits objectifs supportent leurs croyances. Ce nouveau point de vue entraîne un regain d'intérêt pour les dimensions humaines de la médecine et pour une pratique centrée sur le patient (Charon 2000). C'est dans ce contexte qu'apparaît la médecine narrative, dont l'objectif principal est de comprendre la vision du monde et les valeurs du patient à travers son récit.

2. Définition et concepts de la médecine narrative : l'attention, l'affiliation et la représentation

C'est Rita Charon, médecin interniste titulaire d'un doctorat de littérature, qui a rendu populaire la médecine narrative grâce à de nombreux écrits, conférences et recherches. Elle emploie le terme « médecine narrative » pour faire référence à une pratique clinique renforcée par la compétence narrative, c'est-à-dire la capacité de reconnaître, d'interpréter et d'être touché par les récits des patients sur leur maladie (Charon 2001, 2007). Au cœur de la médecine narrative réside donc la notion de récit, qu'il s'agisse d'écouter celui des autres ou de raconter le sien, sous-entendant le concept de partage.

Pour Charon, il y a cinq aspects narratifs de la médecine : l'éthique, la temporalité, la singularité, la causalité et l'intersubjectivité. Outre ces caractéristiques, la pratique de la médecine narrative repose sur trois concepts majeurs : l'attention, l'affiliation et la représentation.

Le premier concept est l'attention. Être attentif, c'est arrêter de penser à soi, être à l'écoute et s'ouvrir pleinement à son interlocuteur en acceptant toutes les émotions et tous les bouleversements que cela peut entraîner. En outre, cela nécessite d'être actif dans l'écoute, la recherche et l'évaluation d'hypothèses, la formulation de certaines interprétations pour permettre au patient de clarifier sa pensée et de structurer ses expériences en un tout cohérent. Cette forme d'attention demande des compétences narratives pour suivre le récit, identifier les métaphores, tolérer l'ambiguïté et l'incertitude et entendre cette histoire à la lumière des autres récits racontés par le patient.

Le deuxième concept est l'affiliation, ou intersubjectivité, qui se produit lors de la rencontre entre le médecin et le patient (Charon 2007), chacun étant confronté à sa responsabilité face à l'autre : la gratitude du patient d'avoir été entendu par le praticien qui, en retour, a un devoir envers les informations privilégiées qu'il détient à présent. En devenant témoin de la souffrance du patient, le médecin est amené non seulement à comprendre ce qu'elle signifie pour le patient, mais aussi pour lui à travers ses propres expériences de vie qui, sans être superposables, peuvent être

similaires à celles du patient : c'est ce qui crée cette relation d'affiliation (Charon 2007).

Enfin, le troisième concept est la représentation, étape intermédiaire nécessaire entre l'attention portée au récit du patient et l'affiliation. Lors de cet exercice, la souffrance du patient est reconnue par la mise en mots, approfondissant la connaissance par le praticien du patient et de lui-même grâce à la prise de distance : le médecin peut alors réfléchir à la signification et aux conséquences de ses interactions avec ses patients et prendre conscience de ses propres réactions face à la maladie (Charon 2000). Cinq genres d'écrits narratifs existent en médecine (Charon 2001) : la fiction médicale, les essais de vulgarisation médicale, l'autobiographie, les cas cliniques, les exercices de rédaction pendant la formation. En outre, Charon écrit après chaque consultation éprouvante ce qu'elle pense que le patient lui a dit puis elle lui fait lire à la séance suivante en lui demandant son avis. Dans plusieurs cas, elle a remarqué que cela améliorait la confiance et l'alliance thérapeutique, ces écrits marquant l'intérêt du médecin pour son patient et faisant trace de son histoire (Charon 2001). Finalement, la représentation vise à illustrer ce qui est universellement vrai en révélant le particulier alors que le savoir logico-scientifique tente d'illustrer ce qui est universellement vrai en transcendant le particulier (Charon 2001).

3. Effets recherchés : augmenter la connaissance sur soi et sur les patients, améliorer la relation thérapeutique et l'éthique

La médecine narrative respecte la dimension intersubjective des soins en incluant des aspects de la vie intérieure du patient et du médecin et un partage de l'expérience de l'individu, sans que le thérapeute ne prenne toute la place. L'écriture permet de représenter, de comprendre, d'intégrer des expériences et d'envisager plusieurs alternatives. Par l'acte d'écrire, le passé est créé et recréé dans le moment présent : une discussion et une révision deviennent possibles grâce à une prise de distance. Cette représentation réflexive donne alors accès, selon certains auteurs

(Greenhalgh & Hurwitz 1999) (Charon 2001), à des connaissances sur les patients et sur soi-même, inaccessibles autrement. L'objectif de cette médecine centrée sur le patient est l'amélioration de la relation médecin-patient grâce à un travail sur trois axes : augmentation de la connaissance sur le patient, amélioration de la connaissance sur soi et réflexion éthique.

Mieux connaître le patient se fait par l'intérêt porté à sa vision du monde, son expérience de la maladie, les significations qu'il lui attribue... Il s'agit d'une écoute attentive pour « rentrer dans l'univers du patient » avec curiosité, sans préjugés, en développant ses capacités d'empathie. Cela limite les résistances des patients, diminue le sentiment du médecin d'être parfois « attaqué » par ses malades et augmente l'affiliation : les liens unissant le patient et le thérapeute en sont alors renforcés.

Être attentif à ce qui se passe en soi, c'est-à-dire au processus d'affiliation via les réactions et les émotions suscitées ainsi que les résonances de l'histoire du patient avec la sienne, est aussi un moyen d'améliorer la connaissance sur soi pour éviter de développer des attitudes contre-thérapeutiques avec le patient. Parfois difficilement identifiables, il est alors utile de les mettre en mots afin de les nommer, de prendre de la distance, de repérer l'influence de facteurs personnels et de mieux comprendre les raisons de certaines prises de décision. En s'interrogeant et en se connaissant mieux, à la fois professionnellement et personnellement, le soignant est plus engagé dans son accomplissement en tant qu'individu : plus à l'écoute de ses besoins, il cherchera moins à utiliser le patient à cette fin.

Finalement, cette connaissance de Soi et du patient aide le thérapeute à gérer les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert. L'approche narrative prend alors tout son sens car elle rappelle que le positionnement du soignant en tant qu'individu influence ses interactions avec ses patients : la reconnaissance de cette vulnérabilité et le refus de la faire porter à ses patients assurent le thérapeute d'agir éthiquement.

C. Approches psychothérapeutiques narratives

Quelque soit le courant théorique, la narration a toujours été utilisée en psychothérapie, vecteur de la relation. Nous pourrions même dire que toute psychothérapie est un acte narratif dans le sens où il y a création d'une nouvelle signification et compréhension.

Ce que nous appelons approches narratives sont celles qui sont basées sur les hypothèses du post structuralisme et qui s'intègrent dans le paradigme narratif, à savoir : le positionnement du thérapeute en tant que « non expert », l'accent mis sur les ressources et compétences du patient, l'importance du langage qui façonne et est façonné par les histoires, l'existence de plusieurs histoires et « Sois ». Par ailleurs, le récit du patient se trouve au cœur du processus thérapeutique (Goldberg 1995).

En effet, une approche narrative est basée sur l'idée que la thérapie se fait par une conversation thérapeutique, co-construite entre le thérapeute et le patient, dans laquelle le praticien favorise des transformations en introduisant des changements dans le temps, l'espace, la causalité, les interactions, les valeurs et la narration (Sluzki 1992) . Ces nouvelles histoires sont des combinaisons entre des éléments de l'ancienne histoire familière et de nouveaux éléments introduits par la conversation (Sluzki 1992). Bien entendu, la transformation et la constitution des nouvelles histoires sont elles aussi limitées par la cohérence de l'histoire et son contexte : une nouvelle histoire trop différente de l'ancienne ne serait pas reconnue par les patients comme la leur et serait rejetée comme non pertinente. L'objectif est d'aider les individus à « *changer leur vie en s'éloignant des histoires dominées par le problème... vers des histoires qui mettent en évidence les possibilités et opportunités* » (Strand 1997).

Les approches psychothérapiques post-modernes comprennent notamment La thérapie solutionniste de Steve De Shazer, la thérapie collaborative d'Harlène Anderson et Goolishian, les équipes réfléchissantes de Andersen et la thérapie narrative de Michael White, que nous allons développer plus amplement.

D. La thérapie narrative de Michael White

La thérapie narrative a émergé au début des années 1990 sous l'impulsion de deux psychothérapeutes australiens, Michael White et David Epston, et la publication de leur ouvrage commun « *Les Moyens narratifs au service de la Thérapie* » (M. White & Epston 2009).

Michael White (29 décembre 1948, Adélaïde – 4 avril 2008, San Diego), était psychothérapeute familial et éducateur à Adélaïde, en Australie. Il a co-dirigé le *Dulwich Center of narrative practice* à Adélaïde, lieu de consultation, de recherches et de formation aux pratiques narratives jusqu'en 2007 puis il a créé en 2008 le *Narrative Practices Adelaide*, un lieu de formation renommé aux pratiques narratives. Il est très populaire auprès des thérapeutes familiaux anglophones, reconnu comme « Master Clinician » par l'American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). En effet, il a élaboré une forme d'accompagnement fondée sur des analogies topologiques et textuelles tout en reliant psychothérapie et philosophie, mettant celles-ci en pratique.

1. Le premier texte sur l'externalisation

Le premier article sur la thérapie narrative a été publié en 1984 par Michael White : c'est le premier texte sur une conversation externalisante (M. White 1984). En travaillant avec des enfants qui avaient une encoprésie, White a observé que les progrès cliniques étaient renforcés quand il parlait du problème comme s'il était distinct et séparé de l'enfant. Il a alors co-inventé, avec l'enfant, l'étiquette « Caca Sournois » pour se référer à l'encoprésie qu'il a personnifiée comme une entité externe à l'enfant.

Pour cela, il pose des questions, à l'enfant et à ses proches, sur les influences de « Caca sournois » dans la vie de l'enfant et de sa famille : il apparaît progressivement à la famille (avec une touche d'humour) qu'ils sont tous opprimés par un ennemi commun, distinct de l'identité de l'enfant. Puisque tout le monde est

sous l'influence du même «fauteur de troubles», il est plus facile « d'unir leurs forces pour battre Caca sournois » par un effet de triangulation. Puis White pose un autre ensemble de questions sur l'influence qu'ont l'enfant et la famille sur « Caca sournois » pour rechercher les actions déjà réalisées qui ont été efficaces contre l'influence du problème : les ressources et compétences de la famille sont mises en lumière.

Cette méthode a depuis été généralisée pour être appliquée dans un large éventail de problèmes dans le travail avec les adultes en individuel, en couples, et avec les familles. L'externalisation n'est ni un recadrage statique du problème, ni une technique, mais plutôt le reflet de la croyance d'un clinicien narratif sur la façon dont l'expérience humaine est organisée et maintenue : les problèmes ne sont pas des caractéristiques fixes des personnes ou des relations.

2. Evolution des idées de Michael White après l'externalisation : « redevenir auteur de sa vie » et la déconstruction

L'externalisation amène les individus à être observateurs de l'histoire du problème, de ses origines et de ses influences puis à co-construire une « nouvelle réalité ». Selon une perspective post-structuraliste, White pense qu'il y a plusieurs réalités mais qu'elles ne sont pas également préférées ou souhaitables. Il y a en effet des réalités préférées qui reflètent la façon dont les gens préfèrent vivre leur vie et c'est vers cela qu'il faut les amener, en leur redonnant la possibilité de choisir leur récit de vie. Pour cela, White propose un travail en collaboration de co-écriture d'une histoire de vie alternative en se basant sur les moments d'exception et la signification qu'ils peuvent avoir pour les individus. Il s'agit donc d'un travail de réassociation entre les expériences vécues et le sens qui peut leur être donné.

Parce qu'un récit ou une histoire organise, maintient, et constitue la réalité des personnes, il est important de comprendre comment les gens en viennent aux histoires qu'ils embrassent. La thérapie narrative met l'accent sur le rôle du langage

et, comme nous le reverrons ultérieurement, sensibilise sur le pouvoir des méta-récits de la société pour asservir les individus. Les cliniciens sont donc encouragés à examiner attentivement les croyances des patients et à en comprendre les origines : c'est ce qui est appelé déconstruction (Becvar 2008). Déconstruire « *ne consiste pas à détruire mais plutôt à essayer de comprendre comment c'est arrivé [...] Elle interroge les présupposés des discours, des disciplines, des institutions, pour en défaire les évidences, les pesanteurs. La déconstruction récuse toute notion de vérité singulière ou universelle* » (Soulignac 2011).

Pour White, la déconstruction a donc à voir avec : « *Des procédures qui bouleversent les réalités et pratiques prises pour acquises : ces soi-disant "vérités" qui sont séparées des conditions et du contexte de leur production; ces façons de parler désincarnées qui cachent leurs inclinaisons et préjugés ; et ces pratiques familières de soi et de relation qui sont des subjectivations de la vie des personnes* » (M. White 1991).

White s'est largement inspiré du concept de « déconstruction » de Derrida selon lequel tout propos est toujours contextualisé dans un rapport social et historique. La signification d'un mot, d'une locution ou d'une phrase est conditionnée par les mots, locutions et phrases qui l'entourent. On ne peut attribuer une signification à quelque chose qu'en établissant la différence entre ce quelque chose et quelque chose d'autre dans son contexte. Dans un contexte thérapeutique, cela signifie que, afin d'exprimer une expérience vécue, les gens doivent la distinguer des autres expériences en contraste qui l'entourent. Par exemple, ressentir de l'anxiété signifie avoir pu, à d'autres moments, connaître l'apaisement. Par conséquent, il y a toujours des moments d'exception à l'histoire saturée par le problème.

Par ailleurs, Derrida pointe le problème des concepts qui sont souvent définis par couples opposés comme le féminin/masculin, force/fragilité, dépendance/autonomie, compliance/résistance... Le problème de ces constructions est d'une part leur rigidité mais aussi leur hiérarchie inhérente qui est bien plus un choix stratégique et politique qu'une vérité universelle (Soulignac 2011). Par exemple, la résistance (ou inobservance), qui est connotée négativement, pourrait être recadrée comme vouloir exercer son libre arbitre et assumer ses choix et positions...

La technique de déconstruction de White, comme nous le reverrons en détails, repose sur un questionnement précis concernant la dimension sociale pour déconstruire le sens que les personnes attribuent à la réalité et les conclusions qu'elles tirent sur elles-mêmes, les autres et le monde qui les entoure : la porte des possibles s'ouvre alors.

CHAPITRE 2 : LE QUESTIONNEMENT AU CŒUR DES CONVERSATIONS THERAPEUTIQUES

White a remis en avant l'importance du questionnement au cœur du processus psychothérapeutique afin d'ouvrir d'autres chemins qui mènent à des territoires précédemment inconnus. Il utilise d'ailleurs la métaphore topologique de « cartes de conversations thérapeutiques » qui ne sont pas à utiliser comme des protocoles mais plutôt comme des instruments de navigation pour guider le processus thérapeutique, qui se fait en trois étapes :

- Déconstruction de l'histoire dominante, saturée par le problème.
- Co-écriture de l'histoire alternative préférée à partir des exceptions.
- Enrichissement de l'histoire alternative.

« Le travail des praticiens narratifs avec les personnes est de mettre en avant et d'épaissir les histoires qui ne confortent ni ne soutiennent les problèmes. Dès que les personnes commencent à habiter les histoires alternatives et à les vivre, les résultats vont au-delà de la simple résolution des problèmes. Dans les nouvelles histoires, elles vivent de nouvelles images d'elles-mêmes, de nouvelles possibilités relationnelles et perspectives d'avenir. » (Combs & Freedman 1996)

I. Les objectifs thérapeutiques : co-écrire une histoire alternative avec une description riche et épaisse

Le travail du praticien narratif est d'engager des conversations pour trouver et développer des histoires identitaires alternatives plus conformes aux souhaits de vie des personnes et qui les aideront à se libérer de l'influence du problème. Pour cela, le thérapeute se base sur les moments d'exceptions au problème pour ensuite les enrichir en les détaillant et en reliant ces récits de vie à ceux de leurs proches afin d'en faire des histoires alternatives.

A. Le thérapeute comme journaliste d'investigation

La posture du praticien narratif doit être « *décentrée et influente* » (M. White & Epston 2009). Décentrée car le patient est l'« auteur principal » de ses histoires et le thérapeute veille à accorder la priorité aux histoires, aux connaissances et compétences du patient qui est « l'expert ». Influente car le praticien offre l'occasion pour le patient de définir sa propre position par rapport au problème en l'orientant grâce au questionnement thérapeutique et à une « *écoute radicale* » (Weingarten 1998). Il privilégie donc le langage du patient, l'écoute sur l'interrogatoire, et questionne d'une manière qui aide la personne à voir que les histoires de sa vie ne sont pas racontées passivement mais construites de manière active.

Le travail du thérapeute est proche de celui d'un « *journaliste d'investigation* » (M. White & Epston 2009) en ce sens qu'il est guidé par deux principes importants : conserver une attitude de curiosité et poser des questions dont il ne pense pas connaître les réponses. C'est par ce questionnement, empreint d'ouverture et d'incertitude, que le praticien guide la conversation thérapeutique, en collaboration constante avec le patient. Le thérapeute n'est pas à la recherche d'une vérité mais d'une meilleure compréhension du patient (Larner 1996). Il l'aide à trouver une cohérence parmi les éléments disparates dans ses histoires et à s'engager à donner un sens à sa vie. Le thérapeute n'est donc ni dans le jugement, ni dans l'interprétation au sens psychanalytique du terme, ni dans une hiérarchie de savoir : c'est le patient qui est expert de sa propre vie. « *Le thérapeute agit comme un guide mais le patient doit être le véritable auteur de son histoire* » (Marteaux 2008).

L'éthique relationnelle est en effet d'amener le patient vers l'émancipation. Certes, questionner plutôt qu'affirmer a déjà un sens éthique et politique, mais le thérapeute doit s'astreindre à réfléchir à l'éthique relationnelle avec chaque patient en se posant les questions suivantes (Combs & Freedman 1996) :

- Le respect de l'expertise du patient.
- La transparence du partage des informations le concernant.
- La présence ou l'absence de conseils ou de maximes en tant que détenteur d'un savoir.

- La capacité à constituer une équipe capable de faciliter l'émergence de nouvelles alternatives.
- L'efficacité du projet thérapeutique à l'aider à se réapproprier sa vie et à reprendre les commandes.

Par ailleurs, deux autres postulats sont primordiaux pour un thérapeute narratif :

- Le problème et l'individu sont séparés. Une attention particulière est portée au langage adopté afin de bien dissocier les deux et de replacer le problème dans un large contexte socioculturel.
- Aucun problème n'est présent tout le temps. Des moments d'exception existent qui ne sont pas dûs au hasard.

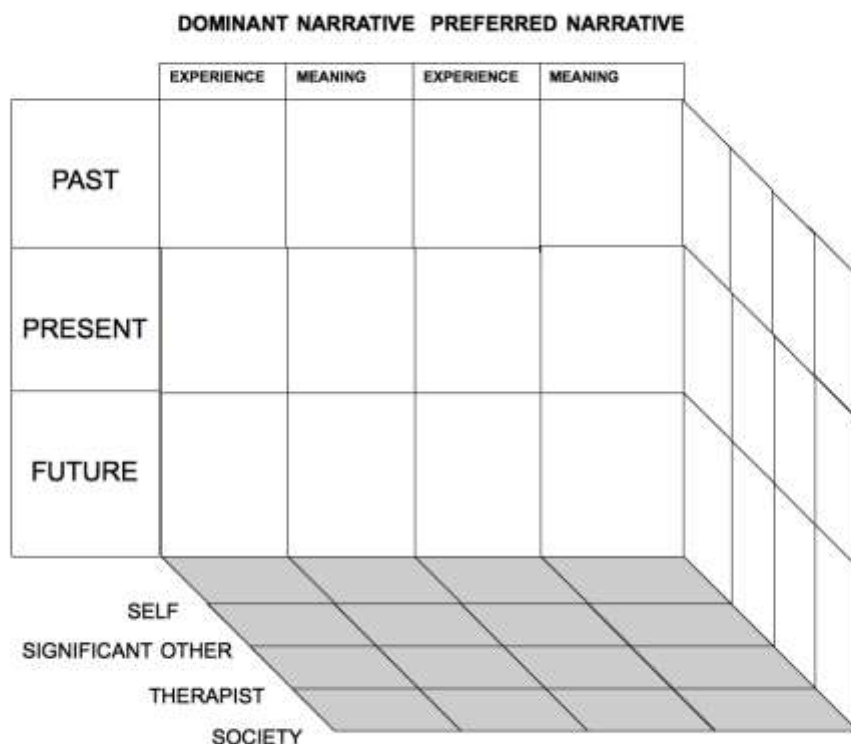
Enfin, un praticien narratif n'interprète pas, ne recadre pas, ne construit pas la nouvelle histoire, ne complimente pas, ne donne pas son opinion et ne conseille pas (Besnard-Péron et al. 2011).

B. Utilisation du mode narratif pour obtenir une description riche et épaisse

La pratique narrative implique de passer d'un mode logico-scientifique à un mode narratif (M. White & Epston 2009). Ce dernier privilégie l'expérience vécue de la personne par l'utilisation du langage ordinaire et polysémique ainsi que des pronoms « Je » et « Vous » dans la description des événements. Il fait appel au mode subjectif pour créer un monde de significations implicites, pour reconnaître la complexité et la subjectivité de l'expérience ainsi que la participation active du patient. Enfin, il réintègre la dimension temporelle pour parvenir à la perception d'un monde changeant et tirer « un sens de l'histoire ».

« Dans un contexte thérapeutique, le mode narratif peut ouvrir un espace pour « des perspectives différentes que l'on peut construire pour rendre l'expérience intelligible ». » (M. White & Epston 2009)

Le mode narratif insiste donc sur la dimension temporelle, l'expérience du patient et la signification qu'il lui attribue en fonction d'un cadre contextuel plus large afin d'obtenir une description plus riche et épaisse de son expérience, comme l'illustre le schéma ci-dessous.



The Third Dimension (Nicholson 1995)

II. Déconstruction de l'histoire dominante saturée par le problème

La co-écriture de l'histoire alternative se fait à partir de la mise en lumière de résultats uniques ou exceptions, qui sont des moments où le problème devrait être présent mais ne l'est pas. Les exceptions sont au centre de la thérapie narrative car elles correspondent à un moment de « réassociation » psychique, c'est-à-dire un moment où l'individu agit en collaboration et en harmonie avec ce qui est important pour lui (valeurs, projets de vie, proches...).

Quand le problème est internalisé et considéré comme identitaire, dans les pathologies chroniques notamment, les exceptions sont parfois difficiles à mettre à jour, nécessitant de passer par une « conversation externalisante » et par une « mise en contexte » du problème afin de déconstruire l'histoire dominante et ses conclusions identitaires négatives. Le but est de déposséder ces conclusions de leur statut (culturellement construit) de vérités absolues et de faire émerger des traces des histoires alternatives.

« Le problème devient le problème, ensuite c'est la relation de la personne avec le problème qui devient le problème » (M. White & Epston 2009).

A. Les conversations externalisantes : objectivation et extériorisation du problème

L'éthique qui sous-tend l'externalisation est de penser que la personne et le problème sont séparés : ce sont les croyances et le récit autour du problème qui sont problématiques. White a décrit une « carte de déclaration de position » pour les conversations externalisantes (M. White 2009) qui permet de guider la conversation thérapeutique. Le choix du nom de cette carte est sous-tendu par le fait qu'elle fournit un contexte permettant au patient de définir et de prendre position face à son problème et d'exprimer ce qui est important pour lui.

1. « Négocier une définition particulière et proche de l'expérience du problème » : repérer, nommer, personnifier, retracer l'histoire du problème

Dans un premier temps, le thérapeute écoute attentivement la personne tout en la questionnant afin d'obtenir une description particulière (chaque problème est unique) et proche de son expérience (exprimée avec les mots du patients et basée sur sa

compréhension de la vie) et de comprendre le contexte et les facteurs environnementaux de la vie du patient. A travers ce récit, le praticien est attentif à relever le mot ou la phrase qui exprime ce qui gêne la personne dans sa vie afin de cibler le problème à externaliser. Différents problèmes peuvent être externalisés : des sentiments, des problèmes relationnels, des pratiques socioculturelles (accusation de mauvais parents, racisme...)... S'il existe plusieurs problèmes, le thérapeute demande à la personne de les classer par ordre de priorité.

Une fois le problème à externaliser repéré, le praticien cherche à le « dissocier » de la personne, en le posant sans équivoque à l'extérieur de la personne, notamment en le nommant. Il existe pour cela différents moyens de reformulation : faire précéder le nom du problème par un article défini, remplacer l'adjectif ou le verbe utilisé par le substantif. Par exemple, « je suis dépressif » (conclusion identitaire), devient « La dépression essaie de vous empêcher de faire de nouvelles choses ». Un autre moyen est de reprendre une métaphore employée par le patient ou de faire dessiner le problème, surtout chez les enfants.

Si en début de thérapie aucun nom n'est trouvé par le patient, il suffit de le nommer « le problème » ou « il ». Il est impératif que ce soit la personne elle-même qui décide du nom utilisé et que le praticien vérifie qu'il lui convient, et ce tout le long de la thérapie : le nom peut en effet évoluer au fil de celle-ci mais doit toujours provenir du langage du patient pour être le témoin de son expérience et non un « mot valise » qui n'a pas de sens pour la personne. Autant que possible, il faut donc éviter d'utiliser un terme médical d'autant qu'il est d'emblée « pathologisant ».

Une fois le problème nommé, le « personnifier » accentue l'extériorisation en mettant en avant que la personne et son problème ont des intentions bien distinctes. Le thérapeute pose des questions sur les moyens par lesquels le problème a recruté, pris le contrôle et acquis une influence sur la vie du patient : ses modes d'expression, tactiques, modes opératoires, intentions, croyances, projets, techniques, rêves, alliés, manipulations et mensonges...

Parallèlement, le praticien enquête sur la genèse du problème et en retrace l'histoire dans la vie de la personne en naviguant d'un passé lointain à un passé récent. Cela

met en évidence que le problème n'a pas toujours été présent, que son influence fluctue au cours du temps : la distance entre la personne et son problème augmente et des exceptions peuvent émerger, laissant la possibilité d'explorer les compétences de l'individu à ce moment là.

Par exemple : A quel moment vous êtes-vous rendu compte de l'existence du problème ? De quoi vous rappelez-vous avant que votre problème entre dans votre vie ? Quand pensez-vous que le problème a été plus fort/faible ? Quand vous êtes-vous senti plus fort face au problème ?

2. « Cartographier les effets du problème » : ses influences et conséquences dans les différents domaines de la vie

Une fois le problème nommé, personnifié et réintroduit dans la temporalité, le thérapeute cherche les influences et conséquences qu'il a eu dans les différents domaines de la vie de la personne : à l'école, au travail, dans ses loisirs, sa vie sociale, ses relations, sa vie personnelle (vie quotidienne, santé, sentiments, projets...), la perception que la personne a d'elle-même... Si la personne est accompagnée, il peut être intéressant d'interroger le proche sur l'influence du problème sur sa propre vie afin de confronter les deux vécus.

Cette étape est importante car elle permet à la personne d'être entendue et reconnue dans sa détresse psychique en faisant l'état des lieux des difficultés engendrées par le problème. Elle permet au patient de se considérer non pas comme une personne à problèmes, mais comme une personne qui a une relation avec un problème. Ces questions ouvrent aussi la possibilité d'émergence d'exceptions quand l'individu se rend compte qu'il résiste au problème dans certaines situations.

3. « Ligne éditoriale »

C'est un bref résumé, par le thérapeute, des principaux effets du problème mentionnés par le patient afin de lui fournir une surface réfléchissante. La « documentation orale » des savoirs issus de l'expérience du patient l'invite à focaliser son attention dans une direction particulière (Besnard-Péron et al. 2011). Par ailleurs, cela accentue un peu plus l'externalisation et dresse le bilan des conséquences du problème : le patient peut alors prendre position face au problème.

4. « Auto-évaluation du fonctionnement et des effets des activités du problème dans la vie »

Le but est d'amener le patient à une réflexion sur sa propre vie en considérant chaque effet du problème pour savoir s'il est d'accord avec ça ou non. C'est l'occasion pour lui de le décider et non les autres, comme c'est souvent le cas dans la vie quotidienne. Il apparaît que la position du patient est souvent complexe, mitigée et variable avec le temps face au problème.

Par exemple : Etes-vous d'accord avec ces activités ? Comment vous sentez-vous face à cela ? Comment trouvez-vous ce mode de fonctionnement ? Que pensez-vous des résultats ? Quelle est votre position ? Trouvez-vous ce développement positif ou négatif ?

5. « Justification de l'évaluation »

Enfin, le questionnement porte sur le pourquoi de l'évaluation afin de mettre en lumière leurs valeurs, préférences, opinions..., bases primordiales dans la réécriture d'une nouvelle histoire et pour la redéfinition d'une identité plus positive. Il ne s'agit pas de questions en lien avec un jugement moral (habituellement associé au pourquoi) mais d'aider les patients à développer leurs compréhensions

intentionnelles, ce à quoi ils donnent de la valeur. Des conclusions identitaires plus positives peuvent alors émerger.

Les questions peuvent être directes (« Pourquoi est-ce que ça vous convient ? Pourquoi le vivez-vous de cette façon ? ») ou indirectes en s'enquérant d'une anecdote illustrant ces valeurs : « Pourriez-vous me raconter une histoire tirée de votre vie qui m'aiderait à comprendre pourquoi vous adoptez cette position là ? Qu'est-ce que (un proche) pourrait nous raconter de votre histoire qui nous éclairerait sur les raisons qui font que vous êtes si malheureux de ce qui se passe ? »

Bien entendu, l'externalisation n'est pas adaptée dans toutes les situations : il ne s'agit pas d'externaliser une souffrance légitime telle la tristesse dans le cas d'un deuil par exemple. L'externalisation est surtout utile quand l'identité est réduite au problème ou lorsqu'il n'y a pas de sens à une souffrance : l'objectif est alors de donner une autre signification à l'histoire pour changer le regard porté sur soi.

6. Exemple d'une conversation d'externalisation

Mr Y, âgé de 52 ans est suivi au CMP pour une psychose infantile ayant évolué sur un mode déficitaire. Il est célibataire, sans enfant, et n'a jamais quitté le domicile familial : depuis le décès de ses parents, il vit avec ses sœurs avec lesquelles il a peu de contacts. Il est inactif professionnellement depuis trois ans.

Il a été hospitalisé à deux reprises en psychiatrie il y a deux ans, la première pour syndrome délirant de persécution (par les jeunes de son quartier) et la seconde pour intoxication médicamenteuse volontaire dans un contexte de décompensation thymique sur un versant dépressif. Mr Y vient mensuellement au CMP, très ritualisé, pour le renouvellement de son ordonnance qui comprend une bithérapie antidépressive et un antipsychotique atypique. Son état clinique est stable depuis plusieurs mois.

De prime abord, le contact est distant, l'élaboration pauvre, les symptômes déficitaires et le repli social dominant : « je suis dépressif » dit-il. La verbalisation est

difficile et les idées suicidaires qui sont mises en avant semblent être le baromètre de sa santé psychique.

Négocier une définition particulière et proche de l'expérience du problème

ALH : « Qu'y a-t-il de différent depuis la dernière consultation ? »

Mr Y : « J'ai moins d'idées suicidaires ».

ALH: « Ah oui ? et... ». (il ne nous laisse pas finir notre phrase)

Mr Y : « Enfin, elles sont toujours là mais moins ».

ALH : « Qu'est-ce que cela signifie pour vous que les idées noires soient moins présentes ? »

Mr Y, surpris de ma question : « Bah, que je suis moins déprimé ».

ALH: « C'est le nom que l'on pourrait donner à votre problème actuellement ? La dépression ? Ou bien préférez-vous un autre nom ? »

Mr Y : « Non. Dépression, c'est bien ».

ALH : « Si vous deviez la représenter, à quoi ressemblerait-elle la dépression ? »

Mr Y me regarde, décontenancé : « Comment ça ? »

ALH : « A quoi ressemblerait la dépression si vous deviez me la décrire ou la dessiner : à un personnage ? Un objet ? »

Mr Y réfléchit pendant plusieurs secondes : « Je dirai une ombre ».

Nous questionnons ensuite, laborieusement, Mr Y sur la description de cette ombre pour en avoir une représentation plus riche. Il s'agit d'une ombre grise, plus ou moins foncée selon les endroits, qui l'encercle et se meut lourdement avec lui et qui l'empêche alors d'avancer.

ALH : « Qu'est-ce que cela vous fait d'avoir cette ombre grise qui vous empêche d'avancer ? »

Mr Y : « Ca me fait peur... j'ai l'impression que ça ne s'éclaircira jamais et que je ne pourrai jamais bouger ».

ALH : « Quel nom voudriez-vous lui donner ? »

Mr Y : « L'Ombre ».

ALH : « Très bien. Je me demandais à quel moment vous vous êtes rendu compte que l'Ombre était entrée dans votre vie ? »

Mr Y : « Il y a deux ans ».

ALH : « Comment était votre vie avant cela ? »

Mr Y réfléchit quelques secondes : « Je me souviens plus trop... Y avait pas grand chose de différent... à part que je travaillais... je sortais un peu plus... »

ALH : « Et comment l'Ombre est-elle apparue il y a deux ans? Brutalement ? Progressivement ? »

Mr Y : « j'me souviens plus trop... (il réfléchit) progressivement je crois ».

ALH : « Que s'est-il passé il y a deux ans pour qu'elle ait pu s'immiscer ainsi, progressivement, dans votre vie ? »

Mr Y, après quelques secondes : « Ah oui, je me souviens, c'est quand j'ai commencé à avoir peur des jeunes du quartier, en bas ».

ALH : « Que s'est-il passé ? »

Mr Y : « J'avais peur de descendre, de sortir et qu'ils me fassent du mal. C'est pour ça que j'ai été hospitalisé ».

ALH : « Et quels liens avec l'Ombre ? »

Mr Y : « Et bien, elle cherchait à me faire culpabiliser de ce qu'on disait de moi ».

ALH : « C'est-à-dire ? »

Mr Y : « Que je suis un bon à rien ».

ALH : « Comment vous l'a-t-elle fait savoir ? »

Mr Y : « Les voix me le disaient... Et puis, je le sens bien que je suis un bon à rien ».

ALH : « Quelles sont les intentions de l'Ombre à votre avis ? »

Mr Y : « Me supprimer je crois ».

ALH : « Pour quelles raisons veut-elle vous supprimer ? »

Mr Y : « Parce que ma vie est nulle ».

ALH : « C'est ce que vous pensez ou ce que l'Ombre cherche à vous faire croire ? »

Mr Y : « Je ne sais pas mais c'est ce que je pense maintenant ».

ALH : « Comment l'Ombre vous en a persuadé ? »

Mr Y : « Bah, je ne fais rien de mes journées... Je ne sors pas... Je ne vois personne... Je ne travaille pas ».

ALH : « Depuis que l'Ombre est entrée dans votre vie ou c'était déjà le cas avant ? »

Mr Y : « Ca s'est aggravé car j'ai plus peur depuis qu'elle est là ».

Cartographier les effets du problème

ALH : « Pour que nous comprenions un peu mieux quels effets a l'Ombre dans votre vie, on va les reprendre un par un. Quand vous dites que vous ne faites rien de vos journées, ça veut dire quoi ? Que vous restez au lit toute la journée ? »

Mr Y, sourit : « Non, mais je ne sors pas ».

ALH: « Et que faites-vous chez vous ? Pourriez-vous nous décrire vos journées ?»

Mr Y nous décrit alors sa journée, très ritualisée, et nous apprenons qu'il s'intéresse à la littérature et à la musique, ce qui l'occupe plusieurs heures dans la journée. La verbalisation est un peu plus aisée et Mr Y paraît plus détendu.

ALH : « Vous me disiez que vous ne sortiez jamais de chez vous... ? »

Mr Y, sourit : « À part quand je vais au cinéma... »

Nous apprenons en fait qu'il va au cinéma, seul, une fois par semaine et nous avons toute une discussion sur ses films et acteurs préférés... Puis il nous dira aller se promener, seul, une fois par semaine aussi.

ALH : « Vous nous disiez aussi que vous ne voyiez personne, pour quelles raisons... ? »

Mr Y : « Oui ça c'est vrai, je ne vois plus personne depuis que j'ai arrêté de travailler».

ALH : « Vous vivez avec vos sœurs, comment ça se passe à la maison ? »

Mr Y décrit une vie familiale désengagée, avec très peu de communication dans la fratrie.

ALH : « Donc, finalement, vous vous occupez un peu la journée,, vous sortez au moins deux fois par semaine... Où est l'Ombre dans ces moments là ? »

Mr Y : « Je ne sais pas, je n'y pense pas ».

ALH : « Comment faites-vous pour ne pas y penser ? »

Mr Y : « Je n'ai pas peur, ça fait partie de ma routine ».

ALH : « Qu'est-ce que cela dit de vous de ne pas avoir peur dans ces moments-là ? »

Mr Y : « Que je n'ai pas tout le temps peur en fait ». (Il semble surpris)

ALH : « Qu' y a-t-il de plus important que la peur dans les moments où vous devez sortir faire vos activités habituelles ? »

Mr Y : « L'envie de les continuer ».

ALH : « Qu'est-ce que cela dit de vous ? »

Mr Y : « Que quand je sais ce que je veux, je n'ai pas peur ».

ALH : « Et que se dit l'Ombre quand vous arrivez à faire ce que vous voulez ? »

Mr Y : « Bah, la même chose que moi, que je n'ai pas peur tout le temps ».

ALH : « Est-ce que l'Ombre entraîne d'autres conséquences dans votre vie, sur ce que vous pensez de vous-même ? »

Mr Y, après un temps de réflexion : « Je n'arrive pas à me motiver ».

ALH : « Qu'est-ce que cela signifie : vous n'avez pas d'envie ? Vous avez peur ? C'est difficile d'initier une action ?... »

Mr Y : « Non, c'est qu'à force de ne rien faire, je n'arrive plus à prendre de décisions ».

ALH : « Quelles conséquences cela a concrètement dans votre vie ? »

Mr Y : « Je n'arrive pas à casser la routine... Je m'ennuie... J'ai l'impression de perdre mon temps ».

ALH : « Qu'est-ce que l'Ombre vous a apporté de bon jusqu'à présent ? »

Mr Y : « Bah rien ».

ALH : « Vous êtes sûr ? »

Mr Y, après réflexion : « Peut-être que quelque part elle me protège en m'obligeant à ne rien changer ».

ALH : « De quoi vous protégerait-elle ? »

Mr Y : « De mes peurs ».

Ligne éditoriale

ALH, lentement, en vérifiant que Mr Y acquiesce à ce que nous disons : « Donc, si nous comprenons bien, et corrigez-nous si nous nous trompons... L'Ombre est apparue progressivement il y a deux ans, en lien avec une crainte que les jeunes du quartier ne vous fassent du mal... A ce moment-là, l'Ombre cherchait à vous faire culpabiliser par rapport à votre vie en vous suggérant que celle-ci est « nulle » car, selon elle, vous ne sortez pas, ne faites rien de vos journées, ne voyez personne. Mais depuis qu'elle est présente dans votre vie, il apparaît que cela s'aggrave et que vous arrivez moins à prendre de nouvelles décisions et à casser la routine. En même temps, il semble qu'elle cherche à vous protéger des dangers potentiels du changement. »

Auto-évaluation

ALH : « Comment vous sentez-vous par rapport à cela ? »

Mr Y : « Bah c'est trop bête ».

ALH : « C'est-à-dire ? »

Mr Y : « Je ne fais rien pour ne pas être angoissé mais en fait ça me fait encore plus de mal ».

ALH: « Est-ce que vous êtes d'accord avec ce fonctionnement ? »

Mr Y : « Non, je suis de moins en moins d'accord ».

Justification de l'évaluation

ALH : « Pour quelles raisons êtes-vous de moins en moins d'accord ? »

Mr Y, spontanément : « J'ai envie de vivre ».

ALH : « Que signifie pour vous avoir envie de vivre ? »

Mr Y : « Avoir une vie normale, comme tout le monde ».

ALH : « Ca veut dire quoi, pour vous, une vie normale ? »

Mr Y : « Travailler de nouveau pour pouvoir me reposer et être heureux ».

ALH : « Etre heureux ? Comment verrez-vous que vous serez heureux ?»

Mr Y : « Etre détendu... Casser la routine... Faire ce que j'ai envie sans avoir peur ».

ALH : « Qu'est-ce que cela dit de ce qui est important pour vous ? »

Mr Y, réfléchit quelques secondes : « De me sentir libre ».

Le temps, limité, de la consultation arrivant à sa fin, nous n'avons pas pu développer les autres valeurs ou intentions importantes pour Mr Y ou encore lui demander de développer des histoires illustrant l'importance de la liberté dans sa vie. Au cours de cette conversation, nous avons pu constater que Mr Y était plus en lien, moins ralenti et plus acteur que lors des précédentes consultations. Notre représentation de lui a aussi évolué, en ce sens où pousser un peu plus notre curiosité nous a permis de le découvrir un peu plus en tant qu'individu.

Par ailleurs, dans ses propos, nous pouvons discerner des idées véhiculées socialement sur ce qu'est une vie normale, l'importance du travail... Ces idées peuvent faire l'objet d'un travail de déconstruction, comme nous allons le voir ci-après.

B. Mise en contexte du problème et déconstruction de l'histoire dominante et des conclusions identitaires

Dans une perspective narrative, les problèmes ne peuvent survivre que s'ils sont soutenus par des croyances et des principes issus du contexte socioculturel dans lequel vit la personne. Le thérapeute doit aider le patient à identifier et mettre en lumière les « lieux communs » ou « idées reçues » grâce à ses questions, notamment en abordant les questions de sexe, race, âge....

Exemples de questions de déconstruction « des idées reçues » : D'où vous vient cette idée ? Depuis quand ? Qui vous l'a dit ? Pourquoi est-ce si important pour vous ? Cela vous rappelle-t-il une histoire importante dans votre famille ou votre vie ? Est-ce une idée partagée par tout le monde ? Qui n'est pas d'accord et pour quelles raisons ? Etes-vous toujours d'accord avec cette idée ? A quel moment pensez-vous que ce n'est pas une bonne idée ? ...

Exemples de questions de mise en contexte pour lutter contre les conclusions identitaires minces : Quelles sont les règles/valeurs de votre famille/groupe d'amis/milieu professionnel ? Quelle est l'image de l'homme/la femme dans notre société ? Quel est le contexte économique actuel ? ...

Dans le cas de Mr Y, voici quelques questions qui auraient pu être posées sur le travail : Pourquoi est-ce important pour vous de travailler ? Pensez-vous qu'il est aussi important de travailler pour un homme et pour une femme ? Pour quelles raisons ? A votre avis, travailler est-il aussi important dans tous les pays et toutes les cultures ? Qu'est-ce qui soutient la valeur du travail dans notre pays ? Les gens qui travaillent ont-ils plus le droit que les autres de prendre du bon temps ? Travailler « comme tout le monde » rend-il heureux ?...

Ces questions permettent un nouveau regard sur l'histoire dominante en abandonnant une vision internalisante des problèmes pour un regard externe : le problème ne parle plus de l'identité propre du patient mais est replacé plus largement dans un contexte socioculturel.

C. Identification de « l'absent mais implicite »

La troisième porte d'entrée pour explorer des histoires de Soi alternatives est la notion d'« absent mais implicite ». White s'appuie sur les travaux de Derrida qui a mis en évidence que la signification d'un texte s'appuie aussi sur des signes ou des descriptions absents : chaque terme d'une description contient à la fois lui-même et son opposé (M. White 2000). La compréhension et la signification d'une expérience nécessitent de la distinguer, par contraste, de ce qu'elle n'est pas (M. White 2005). Cela sous-entend que dans les histoires de vie que nous racontent les patients, il existe en toile fond un « absent mais implicite » par rapport auquel l'expérience de détresse exprimée est distinguée et qui la met au premier plan (Carey et al. 2009). Le thérapeute doit donc être doublement à l'écoute de l'expérience exprimée (l'histoire du problème) et de l'inexprimé (l'absent mais implicite) (M. White 2000) : Quelles sont les significations cachées sur lesquelles l'histoire du problème se repose pour s'exprimer ? Comment pourraient-elles se connecter à des histoires préférées et comment pourrait-on les mettre en avant ? (Carey et al. 2009).

La détresse est considérée comme étant l'expression d'une réaction à l'atteinte de ce à quoi la personne accorde de la valeur : Que refusez-vous en exprimant votre détresse ? Que souhaitez-vous en agissant ainsi ? Qu'est ce que cela reflète de ce que vous voulez dans votre vie ? (Carey et al. 2009).

III. Co-écriture de l'histoire alternative

La co-écriture de l'histoire alternative se fait à partir des moments d'exception qui ouvrent la porte à des possibilités que l'histoire dominante saturée par le problème rendait insignifiantes : des narrations alternatives deviennent possibles. Ces exceptions vont aider à internaliser le sentiment d'initiative personnelle et de compétence.

« La vie est toujours en mouvement. Nous constituons et reconstituons constamment nos vies. Notre travail est d'aider les changements d'histoires et les développements de sens autour d'elles. » (Winslade & Hedtke 2008)

A. Découvrir des exceptions

Les exceptions sont des moments où l'influence du problème a été moindre ou inexistante, remettant en question l'histoire dominante : *« Nous n'avons pas besoin d'apprendre aux gens quelque chose de nouveau, il suffit de les aider à entrer en contact avec un matériau déjà présent. » (Sykes Wylie 1998)*

Leur nature est très variée : action, sentiment, aptitude, pensée, projet... Elles peuvent se situer dans le passé, le présent ou l'avenir. Le praticien est très attentif à leur émergence car les patients ont tendance à les minimiser et à ne pas y prêter attention, alors qu'elles peuvent surgir à n'importe quel moment : dans certains cas, le seul fait de venir en consultation est une exception. Ce sont souvent des moments ordinaires qui sont des miracles dans des vies saturées par le problème : *« Ce genre de travail [...] ressemble bien plutôt à celui de l'orpailleur qui passe au peigne fin le sable d'une rivière déjà abondamment fouillée et depuis longtemps abandonnée par les autres prospecteurs. Lentement, méticuleusement, plein de zèle, extrayant quelques paillettes jusqu'à ce que, à force d'ajouts imperceptibles, il ait amassé un petit tas du précieux métal » (Sykes Wylie 1998).*

Cela signifie aussi que le thérapeute ne doit pas accepter d'affirmations généralisantes.

Dans l'exemple précédent concernant Mr Y, le discours de surface est très pauvre et figé « je ne fais rien...je ne sors pas ». Questionner ces affirmations les remet en question et met en lumière des éléments de vie plus riches (centres d'intérêts, sorties...) que ce que Mr Y ne laissait transparaître. Cela permet de redonner de l'épaisseur à la vie de Mr Y et de déconstruire le problème qui, finalement n'est pas d'être inactif mais d'être installé dans une « routine » très ritualisée. Dans son cas, ses activités habituelles ne sont pas des exceptions (même si elles semblent

contredire l'histoire dominante initiale de « ne rien faire ») : celles-ci seraient plutôt à rechercher dans des petites modifications de ses habitudes.

En effet, mettre en lumière les exceptions, ce n'est pas valoriser les points qui semblent positifs pour le thérapeute, sous peine de prendre une position centrée et sans influence : *« C'est en fin de compte à la personne seule de juger si un événement est important ou pas. C'est à elle de décider si une expérience de vie, une pensée, une action, une croyance, une capacité ou un engagement contredit ou non l'histoire dominante, au point d'être jugé significatif et par conséquent de constituer une exception. »* (Morgan 2010).

Ces conversations autour des exceptions, appelées « conversations qui mettent en lumière les événements uniques » (M. White 2009) suivent la même structure que les « conversations externalisantes ». Les patients sont invités à tenir compte de ces exceptions et à se redécrire eux-mêmes et leurs relations avec les autres à la lumière de ces événements exceptionnels (M. White 1989).

Mr L, 54 ans, est marié et a 3 enfants. Il présente une dépendance à l'alcool depuis 10 ans qui a débuté dans les suites d'un cancer dont le traitement a été émaillé de complications qui ont laissé des séquelles physiques importantes. Les consommations, solitaires, ont débuté au retour à domicile (après une longue période d'hospitalisation), à visée auto-thérapeutique (antalgique et antidépressive) et d'oubli de sa souffrance et des différentes pertes de rôles qui se sont succédées (marital, paternel, professionnel). Sa demande d'aide est récente, en lien avec l'épuisement de son entourage et le décès d'un membre de sa famille des suites d'un cancer dont l'histoire était très similaire à celle de Mr L. A l'arrivée dans le service, Mr L présente un syndrome dépressif associé à des idées suicidaires scénarisées. La restauration thymique est incomplète avec le sevrage, nécessitant l'introduction d'un traitement antidépresseur de type IRSNA. Malgré l'amélioration clinique, persiste une estime de soi très dégradée en lien avec une difficulté à faire le deuil des pertes successives.

Quand il retrace son histoire, Mr L se décrit comme « timide », « ne faisant pas de vagues », s'exprimant très peu, notamment face à un père « autoritaire qui prenait toutes les décisions pour nous ».

ALH : « Quel genre de décision par exemple ? »

Mr L : « Pour les études. J'adorais les voitures et j'aurais aimé être garagiste. Mais mon père n'était pas d'accord et il m'a obligé à faire ajusteur... En même temps, je le comprends, c'était plus sûr pour trouver du travail mais je lui en veux. Et je m'en veux aussi de m'être laissé faire. »

ALH : « Vous avez pu lui dire que vous n'étiez pas d'accord ? »

Mr L : « Non, ça ne servait à rien de toutes manières et ça n'aurait rien changé... et le pire c'est que j'ai redoublé ! »

ALH : « Ah oui ? Pour quelles raisons ? »

Mr L : « J'ai pas travaillé pendant toute une année. »

ALH : « Donc, vous avez suivi le choix de votre père de faire le métier d'ajusteur, alors que vous n'étiez pas d'accord, et vous redoublez car vous n'avez pas assez travaillé. Comment l'expliquez-vous ? »

Mr L, prudemment : « Peut-être que c'était pour dire à mon père que je n'étais pas d'accord... Oui, je n'en avais pas conscience mais je crois que c'était ça. »

ALH : « Quel genre d'acte était-ce ? »

Mr L, réfléchit : « Je dirais... un acte de protestation. Je crois que c'était plus facile de lui montrer que de lui dire que je n'étais pas d'accord. Je n'aime pas le conflit. »

ALH : « Qu'est-ce que cet acte de protestation dit de ce qui est important pour vous ? »

Mr L : « Je crois que c'était une façon de m'exprimer... de m'affirmer même, mais sans se fâcher. »

ALH : « Qu'est-ce que cela a changé dans votre vie, dans votre relation avec votre père ? »

Mr L : « Pas grand chose. Je crois que mon père avait compris et ma mère aussi. Après j'ai redoublé et j'ai eu mon diplôme. Et puis ça ne m'empêche pas de garder ma passion pour les voitures. »

ALH : « Quels autres actes de protestation y-a-t-il eu dans votre vie ? »

Mr L évoque alors spontanément d'autres actes de protestation, qui avaient été oubliés car aucune signification ne leur avait été attribuée, venant contredire l'histoire dominante du garçon timide et permettant le tissage d'une histoire alternative d'affirmation.

ALH : « Qu'est-ce que cela change dans votre vie et votre perception de vous-même de relier tous ensemble ces différents actes de protestation ? »

Mr L, ému : « Je me rends compte que j'étais plus capable que je ne le pensais de pouvoir m'affirmer. »

Comme nous pouvons le voir dans cet exemple, le fait de donner une signification à un événement oublié (le redoublement), qui ne s'accordait pas aux thèmes des histoires dominantes (timidité, manque d'affirmation) au sujet de Mr L, permet de le mettre en lumière et de faire le point de départ d'une histoire alternative d'affirmation. Celle-ci n'est pas plus vraie que l'histoire dominante mais elle constitue une partie de l'histoire de vie de Mr L.

B. « Les conversations pour redevenir auteur » : retracer l'histoire et la signification de l'exception

C'est à partir de la mise en évidence d'une exception que le thérapeute narratif co-tisse l'histoire alternative avec le patient en la développant, lui donnant du sens et en la reliant à d'autres événements passés inaperçus. En privilégiant cette histoire alternative, le patient redécouvre ses compétences et se reconnecte à ses préférences, espoirs et idées. La redécouverte de cette version du Soi préférée aux autres va avoir une influence sur ses faits et gestes futurs.

1. Explorer l'exception

Explorer l'exception revient à attirer l'attention du patient sur l'un des interstices de l'histoire dominante, c'est-à-dire l'un des thèmes alternatifs oubliés. Pour cela, White s'est appuyé sur les travaux de Bruner concernant la structuration de la narration en paysage de l'action et en paysage de la conscience. Pour éviter une confusion de termes, White a remplacé conscience par identité.

Le premier type de question possible concerne le paysage de l'action afin de décrire le moment d'exception : Où ? Quand ? Comment ? Avec qui ? Quelles capacités ?

Quelles compétences ? Quelle séquence d'évènements ? Cela donne au patient un cadre dans lequel il peut commencer à repérer ses désirs et préférences.

« Le paysage de l'action est constitué d'un ensemble d'expériences de vie, reliées en séquences à travers le temps et selon des thèmes spécifiques. Ceci procure la structure rudimentaire des histoires. Si on laissait de côté une de ces dimensions (expérience de vie, séquence, temps ou thème), on n'aurait pas d'histoire. Et c'est l'ensemble de ces expériences qui forme le paysage de l'action. » (M. White 1995)

Le deuxième type de question possible porte sur le paysage de l'identité afin de donner une signification à l'exception, c'est-à-dire ce qu'elle reflète en terme de croyances, désirs, préférences, qualités personnelles, valeurs, forces, engagements, traits de caractère, aptitudes, buts... Ce sont souvent les questions sur les compréhensions intentionnelles et les valeurs qui sont les plus significatives dans ces conversations. Les exprimer renoue la personne à ces éléments d'identité et en fait des ressources disponibles, permettant alors un processus de restauration. L'attitude du thérapeute doit être « *empreinte d'incertitude* » (M. White 2009) par l'utilisation du conditionnel et l'emploi de termes tels peut être, éventuellement, comme si... En effet, le processus d'interprétation est plus facilement déclenché en écartant toute dimension d'inéluctabilité. Souvent, le patient répond plus facilement aux questions quand on les lui pose indirectement ou en faisant appel au regard des autres, c'est-à-dire en lui demandant de décrire, à travers les yeux d'une personne proche importante, ses compétences, valeurs, croyances, engagements.

« En évoquant une expérience de vie, ils vont indiquer ce qu'ils pensent de ce qu'elle reflète du caractère, des mobiles, des désirs, etc, d'un certain nombre de membres de leurs réseaux sociaux. Ils vont aussi réfléchir à ce que disent ces expériences de la qualité de certaines de leurs relations en particulier. Ainsi le paysage de l'identité correspond aux interprétations qui sont faites quand on réfléchit aux expériences de vie qui se déroulent dans le paysage de l'action. » (M. White 1995)

2. Tisser une histoire alternative

C'est l'entrelacement de ces questions, alternativement sur le paysage de l'identité et de l'action, pour les relier, qui va faciliter la création d'une nouvelle histoire. Ces questions invitent les patients à creuser des aspects oubliés ou marginalisés de leur expérience ou à imaginer d'autres façons d'être qui sont compatibles avec leur histoire personnelle préférée.

« Dans un travail de réécriture, nous invitons les gens à circuler entre les deux paysages – en réfléchissant sur la signification d'évènements alternatifs du paysage de l'action et en déterminant quels évènements du paysage de l'action reflètent le mieux le récit préféré des traits de caractère , des intentions, des croyances, etc – le but étant de faire passer au premier plan des paysages de l'action et de l'identité alternatifs. » (M. White 1995)

Pour ancrer cette nouvelle histoire, il faut aussi la tisser dans le temps en posant des questions sur le passé lointain, le passé récent, le présent et enfin le futur. Cela implique donc que la notion du temps soit présente dans le langage du thérapeute.

Tout comme dans les conversations externalisantes, c'est au patient de donner un nom à l'histoire alternative : « Comment appelleriez-vous cette volonté de... ? » Ce nom est souvent très évocateur car il peut contribuer à faire ressortir des versions d'eux-mêmes qu'ils préfèrent. De plus, ce processus peut aider la personne à s'éloigner encore plus des effets de l'histoire dominante et sert de point de référence constant dans les futures conversations pour savoir si un événement est plutôt en accord avec l'histoire dominante ou alternative.

Enfin, en s'appuyant sur la carte de déclaration de position, le thérapeute vérifie que le patient est bien d'accord avec l'histoire alternative formulée et met en évidence pourquoi elle est importante pour lui, ce qui l'enrichit un peu plus.

3. Exemple

Mme B, âgée de 41 ans, est suivie en consultation au CMP pour une schizophrénie. Les symptômes négatifs dominant, associés à des hallucinations acoustico-verbales contrôlées par le traitement antipsychotique. Son discours est centré sur la crainte d'être une mauvaise mère et une mauvaise épouse, notamment de ne pouvoir satisfaire les exigences fixées par son mari sur les tâches ménagères. Sa culpabilité est telle qu'elle ne peut plus s'autoriser de prendre du temps pour elle-même dans la journée, étant donné qu'elle ne travaille pas. C'est au décours d'une conversation de déconstruction au sujet de la valeur du travail (pour elle-même et son entourage) que nous avons essayé de tisser une « conversation pour redevenir auteur ». Nous avons schématisé celle-ci afin de mieux rendre compte de sa progression et du tissage entre les moments d'exceptions (notés E), obtenus par les questions sur le paysage de l'action (notées QPA), et les valeurs (notées V), obtenues par les questions sur le paysage de l'identité (notées QPI).

ALH : « Qui a compris en premier dans votre entourage que travailler est important pour vous ? » **(V1)**

Mme B : « Mes parents je crois. »

ALH : « Quand l'ont-il remarqué ? »

Mme B, après un temps de réflexion : « Quand j'ai voulu continuer mes études pour avoir un diplôme alors qu'ils ne voulaient pas. Mais j'ai insisté et ils ont accepté. » **(E1)**

ALH : « Comment appelleriez-vous cela, le fait d'avoir insisté pour faire des études ? » **(QPA1)**

Mme B, hésitante : « Je ne sais pas... Je dirai que j'étais déterminée. »

ALH : « Qu'est-ce que cette détermination à vouloir continuer vos études dit de ce qui était important pour vous ? » **(QPI 1)**

Mme B, réfléchissant : « Je ne voulais pas travailler tout de suite, je voulais continuer à apprendre. » **(V 2)**

ALH : « A quels autres moments dans votre vie avez-vous ressenti cette volonté d'apprendre ? » **(QPA 2)**

Mme B, rapidement : « Quand j'ai appris à lire... J'avais du retard car ma mère était malade à cette époque. Comme elle était hospitalisée et que mon père travaillait

beaucoup, j'habitais chez ma tante pendant le CP. Pendant cette période, je ne me suis pas intéressée à l'école et j'ai redoublé. Je me souviens qu'ensuite, quand je suis retournée chez mes parents, je me suis mise à lire tout le temps, à m'entraîner... » (E2)

ALH : « Quel nom pourriez-vous donner à cette volonté d'apprendre à lire ? » (QPA2)

Mme B : « Je ne sais pas trop...ça a été très dur dans mon souvenir car j'ai fait toute seule... (réfléchit) De la persévérance peut-être. »

ALH : « Qu'est-ce que cet acte de persévérance dit de ce qui était important pour vous ? »(QPI 2)

Mme B : « Que j'avais envie de réussir. » (V3)

ALH : « A quels autres moments avez-vous manifesté cette envie de réussir ? » (QPA 3)

Mme B : « Pour mon premier emploi. J'avais beaucoup préparé l'entretien d'embauche. Normal, c'était mon premier entretien... » (E3)

ALH : « Que signifie que vous ayez beaucoup travaillé cet entretien ? » (QPA3)

Mme B : « Que j'étais très motivée. »

ALH : « Pour quelles raisons étiez-vous aussi motivée pour votre premier emploi ? » (QPI 3)

Mme B : « C'était pour être « aide aide-soignante » ; ça me plaisait beaucoup. » (V4)

ALH : « Et qu'est-ce qui vous plaisait particulièrement dans ce travail ? » (QPI3)

Mme B, rapidement : « Me sentir utile à quelqu'un. » (V 4)

ALH : « Quand vous en êtes-vous rendu compte pour la première fois que vous sentir utile à quelqu'un était important pour vous ? » (QPA 4)

Mme B, cherchant : « Je me souviens que longtemps j'aidais à garder des petits voisins... J'avais 10-12ans et eux 6-8ans. » (E 4)

ALH : « Vous les gardiez seule ? » (QPA4)

Mme B : « Pas tout le temps mais ça arrivait, en fait je jouais surtout avec eux. » (E4)

ALH : « Quel genre d'acte était-ce de garder vos voisins ? » (QPA 4)

Mme B : « Je ne sais pas, de l'entraide entre voisins » (V5)

ALH : « Qu'est-ce que cela dit de ce qui est important pour vous ? » (QPI 4)

Mme B : « De faire attention aux autres. Ca c'est très important pour moi. » (V5)

Mme B rapportera spontanément plusieurs événements dans son enfance témoignant de l'importance qu'elle accorde aux autres. Puis elle reviendra sur des

événements plus récents, évoquant le cancer de son père et sa présence auprès de ses parents au cours de ce moment difficile « ils ont pu compter sur moi » dit-elle avec fierté.

ALH : « Dans tout ce que vous venez de me raconter de votre histoire, j'ai entendu parler d'actes de « détermination », de « persévérance », de « motivation » et « d'entraide ». Si on relie tout cela, de quoi cela parle-t-il de ce qui est important pour vous dans votre vie ? »

Mme B : « Je ne comprends pas... »

ALH : « Comment pourriez-vous relier entre elles ces histoires autour d'un thème ou d'une image qui représenterait ce à quoi vous accordez de l'importance dans votre vie ? »

Mme B, après réflexion : « Je crois que ce serait « serrer les mains » »

ALH : « Si vous deviez garder cela à l'esprit, qu'est-ce que cela changerait pour vous dans votre vie ? »

Mme B : « J'aurai plus confiance en moi. »

ALH : « Et qu'est-ce que cela vous permettra de faire ? »

Mme B : « Pouvoir m'occuper de mes enfants sans être angoissée d'oublier quelque chose. »

Nous avons terminé la conversation en anticipant la préparation du sac de voyage de son fils qui partait en séjour quelques jours après.

Au cours de la consultation, Mme B est apparue plus présente et réactive dans la relation, l'expression était plus fluide et plus rapide. Son attitude physique a aussi imperceptiblement changé : elle se tenait plus droite, le regard était moins fuyant. Nous avons eu le sentiment, que au moins pendant un temps, elle a pu faire l'expérience positive de se reconnecter à ses valeurs et à une identité « plus préférée ».

Ci-dessous, le schéma illustrant le tissage de l'histoire alternative entre le paysage de l'action et le paysage de l'identité ainsi que les allers-retours dans le temps.

Pour mémoire : V = valeur, E = exception, QPA = Question sur le Paysage de l'Action, QPI = Question sur le paysage de l'identité.

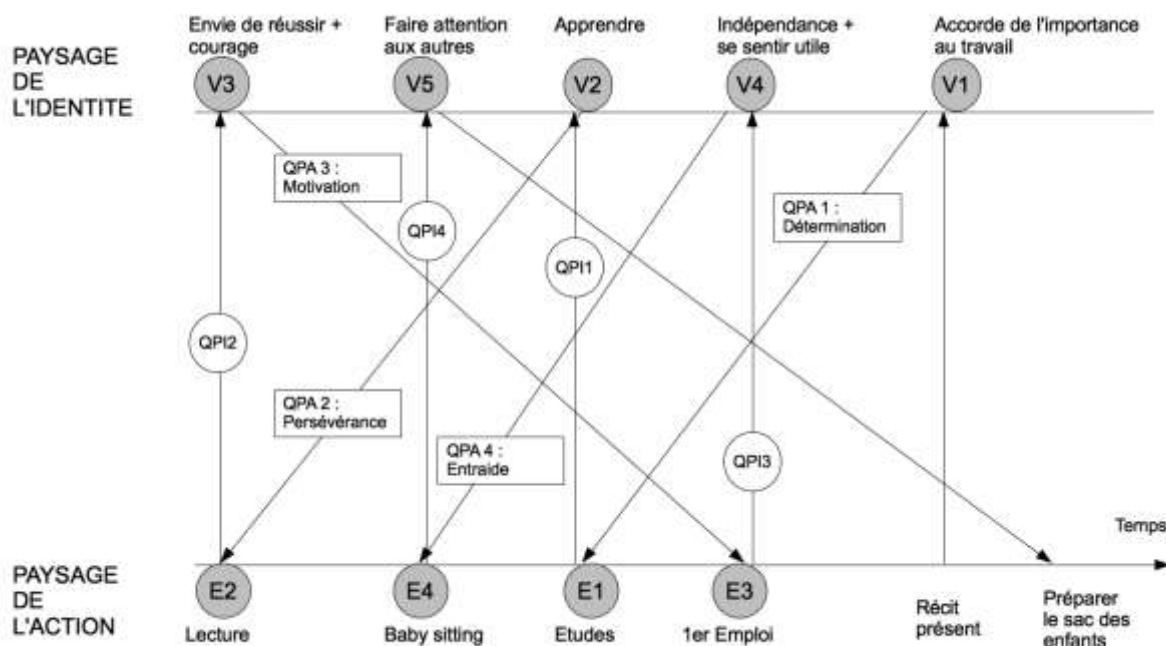


Schéma de la conversation pour redevenir auteur de Mme B :
« Serrer les mains »

IV. Enrichissement de l'histoire alternative

Une fois l'histoire alternative créée, il est nécessaire de l'ancrer et de l'enrichir afin qu'elle soit plus forte que l'histoire saturée par le problème. Un excellent moyen est d'en faire une histoire relationnelle en la reliant à d'autres personnes, en recrutant des témoins pour répandre les changements et valider ce que la personne expérimente de nouveau afin qu'elle soit confortée dans la direction qu'elle prend et renarcissisée par le regard de l'autre. Cela protège aussi des échos de l'histoire de l'ancien problème qui pourraient continuer à être portés et évite que les personnes rejoignent l'ancienne histoire dominante.

« Le problème est le problème, la personne n'est pas le problème et... la solution ne dépend pas que de soi. » (Denborough 2011)

A. Impliquer des témoins (présents ou absents) dans l'histoire alternative

Les problèmes et pathologies entraînent souvent isolement, solitude, désorganisation et situations disqualifiantes. Dans l'approche narrative, les réseaux familiaux et sociaux sont plutôt considérés comme des ressources et des soutiens. Une part importante de l'accompagnement narratif consiste à relier entre elles les personnes autour de valeurs ou d'expériences communes.

1. Les conversations de « remembrement »

Les « conversations de remembrement » (M. White 2009), sont une traduction de « re-membering », terme utilisé par White et inventé par Barbara Myerhoff. En français, le terme le plus adapté pourrait être celui de « réassociation » car il s'agit d'un jeu de mot sur « se souvenir » et « regrouper des membres/adhérents » : ce n'est pas une ré-évocation passive d'un souvenir mais un réengagement dans la relation.

Cela signifie réintroduire des personnes ressources dans la conversation, qui auraient pu connaître et être témoins de la version du Soi redécouverte par le patient lors de la création d'une histoire alternative. Ces personnes peuvent être vivantes ou décédées, réelles ou imaginaires, de la famille ou pas, du présent ou du passé, des animaux, des jouets, des symboles, des objets...

Exemples : Qui d'autre pourrait être au courant ? Qui d'autre pourrait savoir ce qui est important pour vous ? Qui ne serait pas surpris d'entendre cela de vous ? Pensez-vous à quelqu'un qui pourrait raconter une histoire sur votre façon de... ? Si je voulais en savoir plus sur cette compétence, qui pourrait m'en parler ?

Après avoir identifié un témoin, le thérapeute explore en quoi cette personne a contribué à la vie du patient et quelle identité du patient elle a perçue. Pour cela, le thérapeute questionne sur ce que ce témoin dirait à propos de la personne et de son histoire.

Exemples : Si ... était là aujourd'hui, que pensez-vous qu'elle me dirait sur vos compétences ? Quand les aurait-elle remarquées pour la première fois ?

Puis, de la même manière, dans une perspective de compréhension bilatérale et interactionnelle des relations, le praticien retrace en quoi le patient a contribué dans la vie du témoin.

Exemples : Que pensez-vous que cela a signifié à ... que vous... ? Que pensez-vous que cela ait pu représenter pour elle ... ?

Reprenons la conversation avec Mr L (cf page 50) qui a commencé à créer une histoire alternative d'affirmation basée sur des actes de protestation. Dans la deuxième partie, nous avons essayé d'enrichir cette histoire en la reliant à des personnes importantes qui ont pu être des témoins de cette identité retrouvée et partager des valeurs communes.

ALH : « Qu'est-ce que cela change dans votre vie et votre perception de vous-même de relier tous ensemble ces différents actes de protestation ? »

Mr L, ému : « Que j'étais plus capable que je ne le pensais de pouvoir m'affirmer. »

ALH : « Qui, dans votre entourage, aurait pu remarquer votre capacité à vous affirmer ? »

Mr L, assez rapidement : « Ma mère, je pense. »

ALH : « Quelle histoire nous raconterait-elle à ce propos ? »

Mr L, réfléchit quelques secondes : « Ah oui, je sais. J'avais 19 ans et un soir je suis rentré plus tard de mon entraînement de foot. Ce n'était pas ma faute, il y avait eu un imprévu, je ne sais plus trop lequel. Quand je suis rentré, à 22 heures, mes parents étaient couchés et comme je n'avais pas les clés de la maison, j'ai dû sonner. C'est ma mère qui est finalement venue m'ouvrir après plusieurs minutes. Elle ne m'a rien dit mais le lendemain mon père m'a passé un savon. J'étais tellement révolté que je lui ai répondu que je n'étais plus un gamin, que 22 heures n'était pas une heure aussi tardive et que s'ils ne voulaient pas que je les réveille il suffisait qu'ils me laissent les clés. Et ensuite je suis parti. »

ALH : « Comment a réagi votre père ? »

Mr L : « Il n'a rien dit, il était surpris je pense. On n'en a plus reparlé ensuite et j'ai fini pas avoir un double des clés. »

ALH : « A votre avis, est-ce que cela a changé la vision que votre père avait de vous ? »

Mr L : « Je sais pas... En tous cas, c'était la première fois que j'affirmais ma position aussi fortement. Non pas que j'étais tout le temps d'accord avec lui mais soit je n'exprimais pas mon désaccord, soit je le faisais discrètement pour qu'il n'y ait pas conflit. »

ALH : « Qu'est-ce que cela suggère de ce qui est important pour vous dans le fait de vous affirmer discrètement, sans conflit ? »

Mr L : « ... De préserver les relations familiales »

ALH : « Qui dans votre entourage a compris que c'était important pour vous de préserver les relations familiales ? »

Mr L, sans hésiter : « Ma mère. D'ailleurs, c'est aussi une chose importante pour elle je pense. »

ALH : « C'est donc une valeur que vous partagez tous les deux ? Pouvez-vous me raconter une anecdote qui illustre votre volonté commune de préserver les relations familiales ? »

Mr L raconte alors, sans hésiter, deux histoires. La première lorsqu'il était enfant où il s'était « auto-dénoncé » à la place de son frère pour « que la mauvaise ambiance à la maison ne dure pas » : sa mère s'en était aperçue et l'avait implicitement soutenu. La deuxième quand il était adolescent et qu'il avait commencé à fumer en cachette malgré l'interdiction de son père : sa mère s'en était rendue compte mais avait gardé le secret, allant même jusqu'à lui acheter le tabac.

ALH : « A la lumière des trois anecdotes que vous nous avez rapportées, quel rôle diriez-vous que votre mère a joué dans votre vie ? »

Mr L, sans hésiter : « Un soutien, elle a toujours été là. »

ALH : « Vous disiez tout à l'heure que vous partagiez tous les deux l'envie de préserver les relations familiales. Par ailleurs, à travers les anecdotes qui illustrent cette volonté commune, il apparaît que votre mère a finalement toujours été un soutien pour vous permettre d'honorer cette valeur. Qu'en est-il pour votre mère ? »

Mr L : « Je ne comprends pas la question. »

ALH : « Qu'avez-vous apporté à votre mère pendant toutes ces années ? »

Mr L : « Déjà je pense ne jamais lui avoir apporté de gros soucis. On avait une relation sans accroc, privilégiée. »

ALH : « Qu'avait-elle perçu en vous que d'autres n'avaient pas vu de prime abord ? »

Mr L : « Mon attention aux autres... et elle savait que ce n'est pas parce que je ne me mettais pas en avant et ne m'opposais pas que je n'avais pas d'opinions. »

ALH : « Elle n'a donc pas été surprise de votre réaction face à votre père quand vous êtes rentré trop tard ? A votre avis, qu'est-ce que cela a pu représenter pour elle ? »

Mr L, ému : « Je pense qu'elle a été fière de moi. »

ALH : « Qu'est-ce que cela a pu changer en elle cette fierté ? »

Mr L, après réflexion : « Peut-être la rassurer sur le fait qu'elle a été une bonne mère. »

ALH : « Qu'est-ce que cela change en vous que vous ayez pu contribuer à ce que votre mère se sente « une bonne mère » ? »

Mr L, un peu plus ému : « J'avais oublié que je pouvais apporter de bonnes choses à mes proches... »

Cette conversation a été reprise lors de l'entretien conjugal qui a suivi quelques jours après. Nous nous sommes appuyée sur sa femme pour qu'elle enrichisse cette histoire alternative à partir d'évènements montrant que « Mr L pouvait apporter de bonnes choses à ses proches » et pour mettre en lumière ses valeurs. Cet entretien a été émotionnellement riche pour les deux conjoints, surtout pour Mr L visiblement touché d'entendre sa femme décrire une version oubliée de lui-même.

Ces conversations permettent de reconnaître, de redécouvrir et «de mettre en lumière des liens et des contributions mutuelles entre l'entourage et le patient. Elles diminuent le sentiment de solitude et augmentent le sentiment de compétence et d'estime de Soi.

2. Les cérémonies définitionnelles et groupes de témoins extérieurs

C'est en se basant sur la pratique d'« équipes réfléchissantes », développée par Tom Andersen, que White et Epston ont eu l'idée d'introduire un auditoire dans les conversations thérapeutiques. Cela était sous-tendu par trois idées :

- Les narrations personnelles sont co-élaborées dans les relations avec des personnes significatives.
- Un auditoire permet un plus riche développement d'histoire et donc un plus grand éventail de possibilités.
- L'auditoire permet la validation des narrations personnelles alternatives (importance des normes socialement construites) : la résonance culturelle est augmentée.

a. Travaux de Barbara Myerhoff sur les cérémonies définitionnelles

Au milieu des années 1970, Barbara Myerhoff (Turner & E. M. Bruner 1986) a étudié les projets identitaires d'une communauté de juifs âgés à Venice, Los Angeles. Elle y a organisé des assemblées réunissant la communauté dans lesquelles les membres pouvaient raconter et re-raconter, interpréter et réinterpréter les histoires de leur vie. Elle a nommé ces réunions « Cérémonies Définitionnelles » et s'est aperçue que celles-ci étaient un antidote au vécu d'isolement et au sentiment d'invisibilité des individus grâce au développement d'une « définition de soi collective ».

White s'est appuyé sur ses travaux pour mettre au point la technique « des groupes de témoins extérieurs » (M. White 2009).

b. Configuration : un groupe de témoins, le thérapeute et le patient

Le groupe de témoins et le patient doivent être séparés physiquement : il ne doit pas y avoir d'interactions entre eux pendant la séance.

Le groupe de témoins est composé de personnes connues ou non du patient (proches, anciens patients, thérapeutes, volontaires...). Ces témoins doivent être préparés par le thérapeute à ce que l'on attend d'eux pendant la « re-narration » :

- S'inscrire dans la tradition de reconnaissance.

- Ecouter attentivement la narration du patient pour pouvoir réagir personnellement sur ce qui les a touchés et exprimer en quoi ils ont été touchés.
- Prendre de la distance, ne pas donner son opinion, ne pas être dans le jugement de l'histoire du patient.
- C'est le patient qui reste au centre de la cérémonie définitionnelle.

Le thérapeute veille au bon déroulement. Après avoir demandé le consentement du patient et respecté les règles de confidentialité, il mène les conversations, en questionnant sur quatre aspects pendant les deux temps de re-narration :

- Les mots et expressions qui ont capté l'attention, exprimant ce à quoi la personne accorde de la valeur personnellement.
- L'image, la métaphore venue à l'esprit à l'écoute de la narration et sur ce qu'elle reflète de leur vie et de ce qui a de la valeur pour eux.
- La résonance personnelle, le partage de vécus personnels qui font écho.
- Le transport, l'émotion ressentie d'avoir été témoin de la narration, ce que cela a changé dans ses pensées, conception de la vie...

c. Une séance en quatre parties : narration, re-narration, re-narration de la re-narration, regroupement

Dans un premier temps, le thérapeute questionne le patient sur la « narration » d'histoires de sa vie : activités du symptôme dans la vie et les relations, les soutiens, les valeurs... Pendant ce temps, les témoins extérieurs écoutent activement.

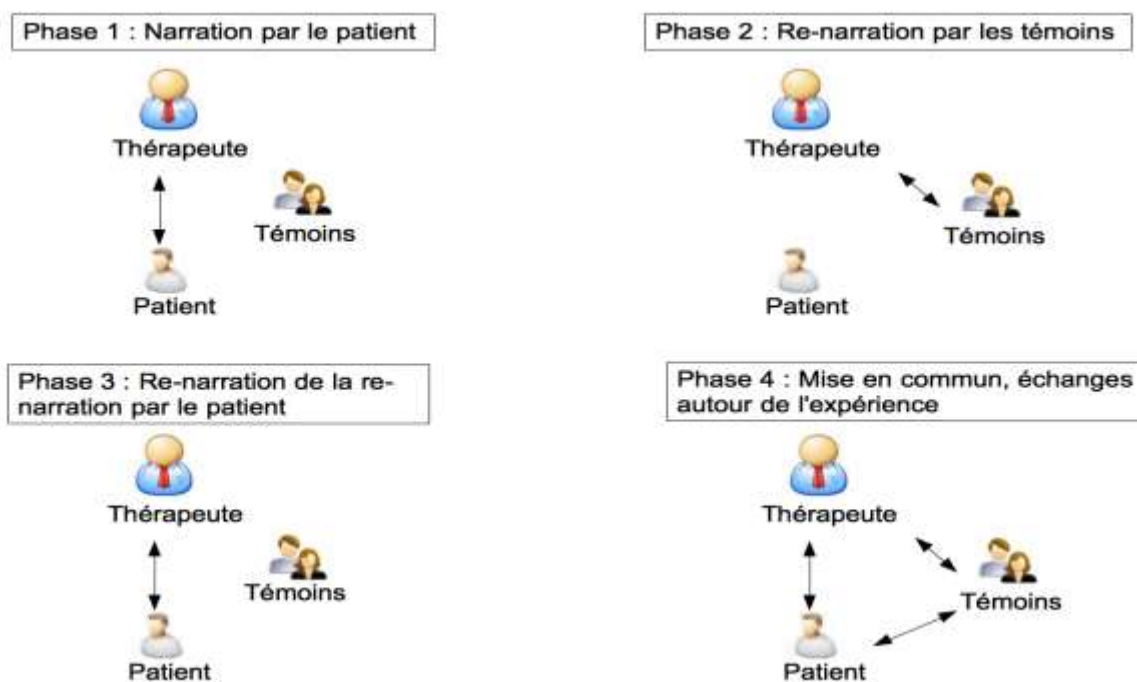
Au moment qu'il juge opportun, le thérapeute se tourne vers les témoins extérieurs qui prennent la parole pour la « re-narration de l'histoire du patient », guidés par les questions du thérapeute. Cela contribue à décrire richement l'identité personnelle et relationnelle du patient ainsi qu'à relier les histoires de vie du patient et des témoins autour de thèmes partagés. Pendant ce temps là le patient écoute.

Exemples : Quand vous avez écouté, qu'est-ce qui a le plus capté votre imagination et attiré votre attention ? Qu'est-ce qui a fait vibrer une corde en vous ? Quelles images les mots ont-ils évoqué pour vous ? Qu'avez-vous compris des connaissances et compétences développées ? Comment vous sentez-vous touché par ces expressions, et de quelle façon font-elles écho dans votre propre vie ? Qu'est-ce qui, dans votre propre histoire, a résonné en entendant ces expressions ? Quel effet cela a-t-il eu sur vous ?

Dans un troisième temps, le thérapeute se tourne de nouveau vers le patient pour « la re-narration de la re-narration », sur le même modèle que précédemment. De nouveau, les témoins n'interviennent pas.

Exemples : Pourriez-vous nous parler de ce que vous avez entendu dans ces réponses : dans tout cela, qu'est-ce qui a le plus retenu votre attention ? Pour quelles raisons vous sentez-vous plus fortement connecté à ces aspects-là des re-narrations ? Y-a-t-il des expériences particulières qui vous sont revenues et qui étaient connectées à ces aspects ? Ces re-narrations évoquent-elles une image de votre vie, de votre identité, ou de votre place dans le monde. Si oui, pouvez-vous nous les décrire ? Mettent-elles en lumière certains souvenirs ? Y-a-t-il quelque chose dans votre vie à laquelle vous accordez une valeur plus particulière, et que vous pourriez reconnaître davantage à la suite de ces re-narrations ? Que cela vous a-t-il fait d'entendre les témoins exprimer comment vos modes d'expression ont touché leur vie ?...

Enfin, dans un quatrième temps, tous les intervenants se regroupent pour échanger autour de cette expérience.



Déroulement des « groupes de Témoins Extérieurs »

Ces séances agissent « *comme un rituel de revalorisation du récit individuel : la re-narration donne du poids et agit comme une caisse de résonance* » (Besnard-Péron et al. 2011). White utilisait fréquemment ce type de conversation thérapeutique à la fin de la prise en charge afin d'ancrer socialement les nouveaux développements de l'histoire personnelle en partageant une nouvelle définition de Soi.

3. Autres : réseaux et groupes, rituels et célébrations

Une autre manière, plus classique, de recréer du lien et de lutter contre l'isolement provoqué par le problème est l'orientation des individus vers des réseaux ou des groupes de patients. Non seulement, ils peuvent « faire équipe contre le problème » mais aussi partager leurs expertises et compétences propres à aider ceux qui se trouvent dans des situations similaires en diffusant ce savoir. Il existe, par exemple, « The Anti Anorexia/anti-Bulimia League » en Australie, Nouvelle Zélande, Canada

et Etats Unis, qui recueille et archive les connaissances dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Elle fait circuler de nombreuses lettres écrites et certains des membres communiquent publiquement sur les effets et conséquences sur la vie des femmes qu'entraîne l'image de la femme véhiculée dans les médias.

Quant aux rituels, ils célèbrent les étapes significatives du chemin qui éloigne de l'histoire du problème. Ils peuvent prendre différentes formes, avec ou sans le praticien, le déroulement, en terme d'invité et de mise en scène, étant discuté avec le patient. Ces méthodes s'inscrivent plus dans la culture anglo-saxonne et sont peu pratiquées en France.

B. Les autres moyens narratifs

Les autres moyens narratifs correspondent essentiellement à des écrits, dont le recours, en thérapie, « *favorise la formalisation, la légitimité et la continuité de savoirs populaires locaux, l'autorité indépendante des personnes, et la création d'un contexte pour l'émergence de nouvelles découvertes et de nouvelles possibilités.* » (M. White 2009). L'écrit réintroduit une dimension temporelle via l'enregistrement de séquences d'évènements dans le temps et génère du sens tout en permettant la détection du changement.

1. Utilisés pendant la séance

Le matériel de séance est là pour entériner les choix, savoirs et résolutions du patient de sorte qu'il puisse en disposer à tout moment : il permet une re-narration de l'histoire alternative. Ces documents sont rédigés avec le patient pour y consigner l'information jugée importante par lui. En général, ils sont réalisés lorsque la personne prend des engagements ou est prête à célébrer une réalisation importante. En voici quelques exemples :

- Les déclarations expriment une position, une résolution, une préférence qui revêt de l'importance dans la nouvelle histoire et sont un moyen de recruter un public pour la nouvelle histoire préférée.
- Les certificats sont établis et signés pour célébrer des événements importants et décisifs.
- Les manuels rassemblent les expériences des patients en formalisant leurs savoirs et expertises. Il ne s'agit pas de « protocoles » mais de partager les savoirs et de fêter les succès : leur utilité repose autant sur le fait de les écrire que de les lire.

Parfois, le praticien narratif peut remettre au patient, en fin de consultation, ses notes de fin de séance qui correspondent aux exceptions, phrases ou expressions particulières prononcées par la personne pour décrire une histoire alternative (c'est ce que fait Stephen Madigan). Non seulement, les patients trouvent souvent utile de consulter ces notes entre deux séances pour se remémorer l'entretien mais c'est aussi le témoignage d'une grande transparence et un moyen supplémentaire pour le thérapeute de se décentrer (Winslade & Hedtke 2008).

Par ailleurs, les enregistrements audio ou vidéo, réalisés avec l'accord du patient, peuvent être conservés et fournir une chronique intéressante des progrès en cours. Ils sont utiles aussi en cas de rechute : voir ou écouter une conversation qui avait soulagé à l'époque peut aider à résister au désenchantement de l'instant.

2. Entre les séances : les lettres narratives

Des lettres peuvent être envoyées au patient entre deux séances, avec son accord. Elles reprennent les moments utiles de la thérapie (exceptions, métaphores...) ainsi que des réflexions et des questions du thérapeute. Alors que la séance est éphémère, le patient peut se référer à ces lettres à tout moment, ce qui permet de prolonger la séance et épaissir l'histoire alternative (Epston 1994).

Par exemple, des « lettres de résumé de fin de séance » permettent de prolonger la séance en aidant le patient à rester connecté avec l'histoire alternative émergente co-écrite lors des entretiens. Elles peuvent inclure :

- Les idées qui ont émergé pendant l'entretien.
- Des questions que le thérapeute s'est posées depuis l'entretien, des réflexions relatives à la conversation, des demandes de clarification sur un élément de la conversation.
- Des commentaires sur une exception découverte pendant la séance.
- Des éléments de conversation qui n'ont pas été explorés en séance et qui pourraient intéresser la personne.

V. Effets de la thérapie narrative

Nous allons expliquer ici comment Michael White conceptualise le déroulement d'une thérapie narrative et les changements provoqués. Puis, à partir d'une revue de la littérature, nous étudierons la validité du s thérapeutique.

A. Effets recherchés en thérapie narrative

L'objectif de la thérapie narrative est de « libérer » le patient de l'histoire saturée par le problème afin qu'il puisse retrouver ses capacités de responsabilisation et d'émancipation. Cela est possible grâce à l'échafaudage fourni par les conversations thérapeutiques.

1. La notion d'échafaudage :

Pour White, les individus viennent en thérapie quand ils ont des difficultés à avancer dans leur vie c'est-à-dire quand les solutions qui leur sont connues et familières ne

fonctionnent pas pour traiter le problème actuel (M. White 2009). L'écart entre leurs habitudes et ce que ces personnes pourraient savoir et accomplir pourrait être considéré comme une « *zone proximale de développement* » (Vygotski 1997).

a. Travaux de Lev Vygotski : la zone proximale de développement et développement conceptuel

Lev Vygotski (1896-1934), psychologue russe, a théorisé sur le développement de l'enfant et particulièrement sur le langage égocentrique et les apprentissages précoces. Ses théories n'ont été connues que tardivement, son œuvre ayant été interdite en Union Soviétique pour finalement être publiée en 1956 et traduite en 1962 aux USA. Cependant, depuis plusieurs années, de nombreuses recherches s'appuient sur ses théories et semblent les confirmer, notamment celle concernant l'importance des relations interpersonnelles dans le développement de la pensée et de l'intelligence.

Vygotski est allé à l'encontre des théories classiques du développement : celle de Piaget qui soutient que le développement doit toujours précéder l'apprentissage et celle du comportementalisme qui considère que le développement et l'apprentissage ne sont qu'une accumulation de réflexes conditionnés. Selon lui, l'apprentissage implique « *un véritable et complexe acte de la pensée* » et « *l'apprentissage précède toujours le développement* » (Vygotski 1997). Dans cette perspective, le développement ne résulte pas d'un effort indépendant mais d'une collaboration sociale : le développement de l'enfant ne procède pas de l'individuel vers le social mais du social vers l'individuel.

Selon Vygotski, les éducateurs adultes ou pairs plus capables structurent l'apprentissage des enfants pour leur permettre de partir de ce qu'ils peuvent réaliser de manière indépendante (niveau actuel de développement) vers ce qui leur est possible de savoir et d'accomplir avec un enseignant (niveau de développement potentiel). Ce mouvement entre ses deux niveaux se fait à travers une zone d'apprentissage, nommée « *zone proximale de développement* » qui est : « *la*

distance qui sépare le niveau de développement réel, que l'on détermine par la résolution indépendante de problème, et le niveau de développement potentiel, où cette résolution de problème est guidée par un adulte, ou réalisée en collaboration avec des pairs plus capables » (Vygotski 1997).

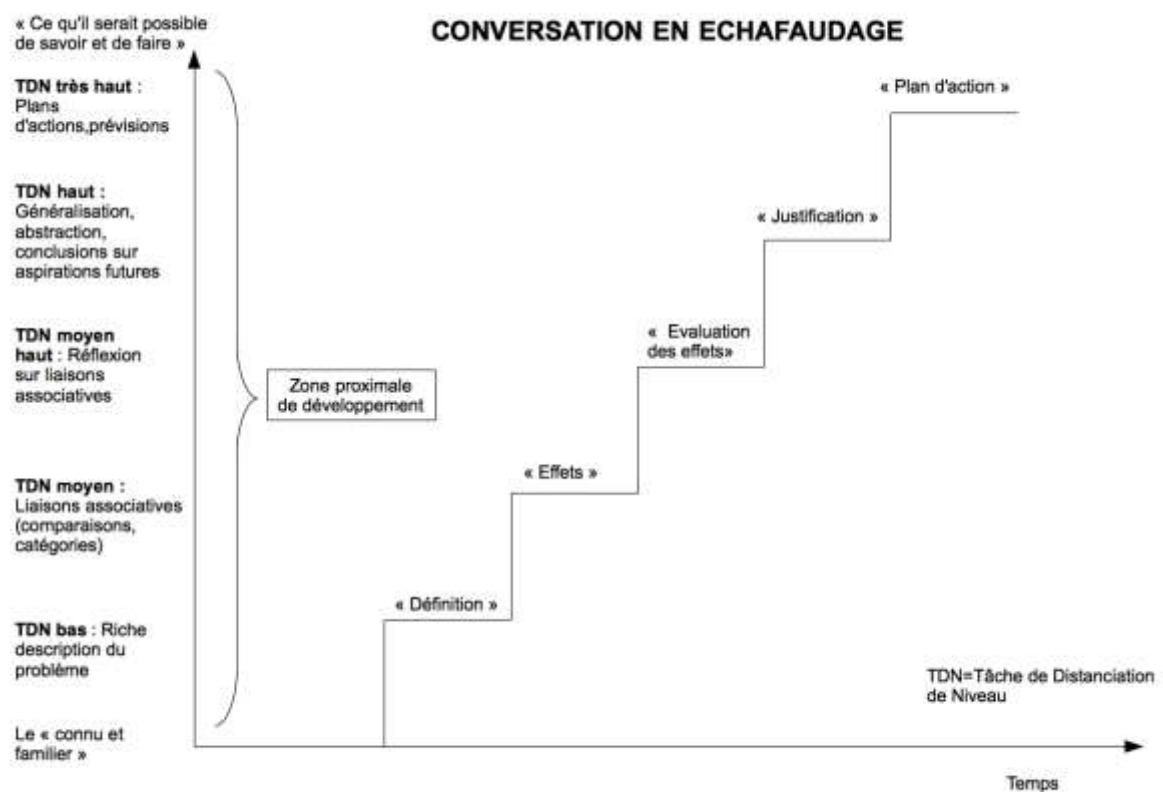
Traverser cette zone demande à l'enfant de prendre de la distance par rapport à l'immédiateté de son expérience. Pour l'aider à franchir les différentes étapes nécessaires à cette distanciation, les adultes réalisent un échafaudage en donnant des tâches d'apprentissage accompagnées qui sont à la portée de l'enfant mais lui demandent de s'investir dans un effort conséquent : *« Ce que l'enfant sait faire aujourd'hui en collaboration, il saura le faire tout seul demain »* (Vygotski 1997). Cette distanciation progressive et croissante permet à l'enfant de développer la capacité à grouper les objets et événements du monde « en tas » jusqu'à les grouper en liaisons associatives ou complexes qui établissent des liens et des relations entre ces objets et ces événements. Vygotski s'est référé à cela comme au développement de « la pensée par complexes » qui sert de base au développement de « concepts » à propos de la vie et de l'identité : cela *« suppose davantage que du groupement. Pour former un tel concept, il est également nécessaire d'abstraire, d'isoler des éléments, et de voir les éléments abstraits séparément de la totalité de l'expérience concrète dans laquelle ils sont imbriqués »* (Vygotski 1997).

L'enfant passe donc de la pensée concrète à la pensée abstraite, notamment grâce à l'évolution du langage : *« Quand l'enfant a appris un mot nouveau, son développement commence à peine ; au fur et à mesure que l'intellect de l'enfant se développe, le mot est remplacé par des généralisations d'un niveau de plus en plus élevé – processus qui mène à la fin à la formation de véritables concepts... Les concepts réels sont impossibles sans les mots, et la pensée par concepts n'existe pas en deçà de la pensée par mots. C'est pourquoi le mouvement central de la formation de concepts et la cause de cette formation sont dans le fait d'utiliser spécifiquement les mots comme des outils fonctionnels »* (Vygotski 1997).

Finalement, le développement conceptuel fournit à l'enfant une base à partir de laquelle agir et contrôler sa vie, ce qu'il appelle « l'autocontrôle ».

b. En thérapie : traverser cette zone proximale de développement grâce à un échafaudage

White s'est aperçu que ses explorations thérapeutiques venaient confirmer les travaux de Vygotski : cette zone de développement proximal pourrait être traversée durant la conversation grâce à un partenariat patient-praticien qui fournit l'échafaudage. Pour théoriser et illustrer cela, White a créé une « carte des conversations en échafaudage » (M. White 2009) qui décrit les catégories des questionnements qui constituent des tâches spécifiques d'apprentissage et qui permettent d'augmenter les niveaux de généralisations.



Echafaudage d'une conversation d'externalisation (d'après M. White 2009)

Cet échafaudage permet de passer de la pensée concrète à la pensée abstraite. Lorsque le patient répond « je ne sais pas » à une question, White suggère de revenir au niveau inférieur afin de construire des bases plus solides. Les personnes s'éloignent progressivement et à leur rythme de ce qui leur est connu et familier (expérience immédiate) en direction de ce qui leur serait possible de savoir et de

faire. En traversant cet espace, ils expérimentent un sentiment d'initiative personnelle et développent des histoires alternatives (Winslade & Hedtke 2008).

2. La libération

L'un des objectifs de la thérapie narrative est la prise de conscience de « la soumission aux relations traditionnelles de pouvoir », institutionnalisées, qui limitent les possibilités d'action et entretiennent le sentiment d'incapacité. Ces pratiques sont « démasquées » par l'externalisation (le patient n'est plus le problème) et les techniques de déconstruction. Considérer le problème et les initiatives personnelles de l'individu comme externes ou internes a en effet des implications différentes dans le ressenti par rapport à son problème et ses capacités à y faire face, comme l'illustre le tableau de Raush 1990 (Sluzki 1992).

	Le problème est EXTERNE	Le problème est INTERNE
L'initiative est EXTERNE	Blâme impuissance	Salut ou damnation
L'initiative est INTERNE	Action	Culpabilité ou désespoir

Le patient, qui n'est plus considéré comme le problème, se retrouve libéré de la présomption de culpabilité, des discours blâmants et de la critique de son entourage par un effet de triangulation entre lui, l'entourage et le problème. Parce que blâmer tend à freiner et que la culpabilité tend à limiter, réduire leur prévalence est libératrice et augmente l'alliance thérapeutique : un espace s'ouvre pour explorer de nouveaux efforts dans la résolution de problèmes, basé sur les moments d'exceptions qui sont considérés comme des actes de résistance au problème.

Pour résumer la position de la thérapie narrative :

- la question n'est pas « Qu'est-ce que réellement la maladie mentale ? » mais « Comment une personne donne-t-elle un sens à sa situation ? »

- la question n'est pas «Y a-t-il vraiment un problème ?» mais «Quel sens une personne donne à son « problème » ? » et « Quel rapport a-t-elle avec ce problème ? »
- et ainsi « Comment pourrait être modifiée sa relation avec le problème de manière à le rendre moins gênant ? »

3. L'émancipation et la responsabilisation

Dans une perspective postmoderne et narrative, l'idéal relationnel est d'amener le patient vers l'émancipation en le reconnectant avec son expérience d'initiative personnelle grâce à une relation de collaboration basée sur la recherche de ressources et d'augmentation des possibles.

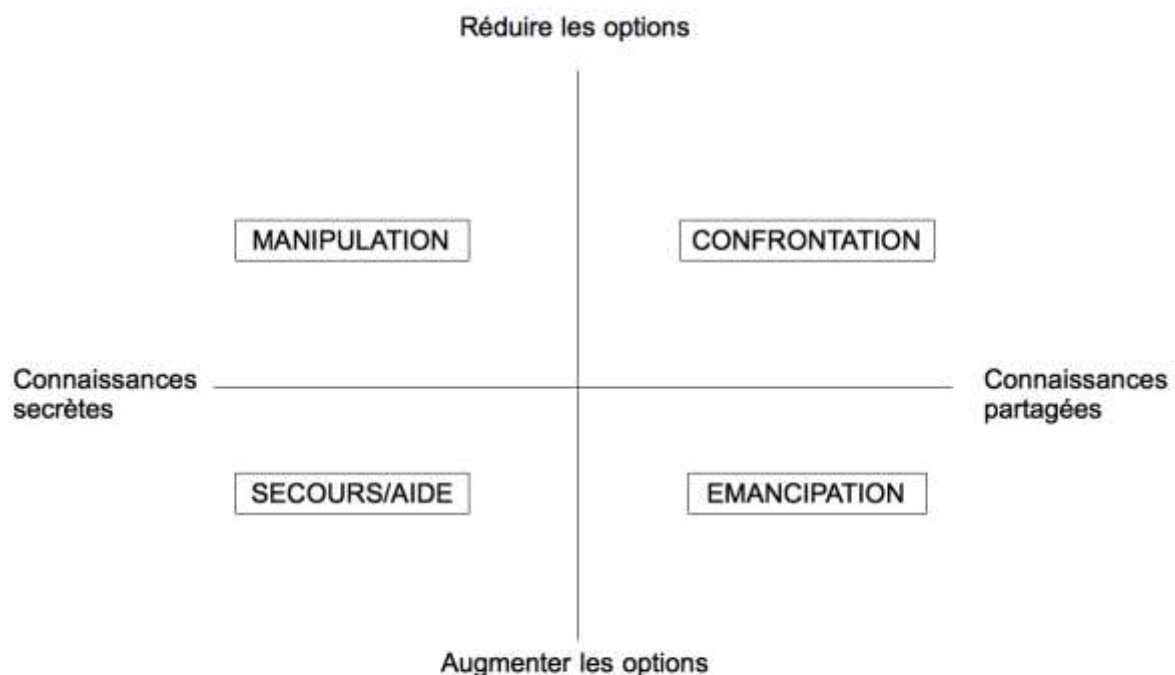


Schéma de Karl Tomm (Bernstein 1990)

Le but de la thérapie narrative n'est donc pas une disparition ou une diminution du symptôme mais plutôt un accompagnement du patient pour lui permettre de changer de point de vue sur lui-même et ses difficultés afin de dissoudre le problème que sa qualité de vie s'améliore.

B. Revue de la littérature

Depuis sa création, il y a eu plus de 2000 ressources bibliographiques, surtout anglophones, sur la thérapie narrative, réalisées sous la forme d'articles scientifiques, de chapitres de livres, de textes intégraux, et de thèses de doctorat. Pour la majorité, ce sont des vignettes cliniques ou des débats des positions philosophiques, mais relativement peu sont dédiés à la recherche empirique pour délimiter l'efficacité de la thérapie narrative : en 2000, une revue de la littérature (Etchison & Kleist 2000) rapportait seulement quatre petites études empiriques. Nous avons essayé de réunir les études qui ont été réalisées, à notre connaissance, sur le processus thérapeutique général. Les travaux de recherche concernant des pathologies précises seront développés dans le chapitre suivant.

1. Etudes sur la validité du processus thérapeutique

Quelques études ont été menées pour vérifier la validité du processus thérapeutique sur des éléments clés de la thérapie narrative tels que la modification de la construction du problème, la recherche d'exception et la notion d'échafaudage.

**a. Modification de la construction du problème :
passer d'une vision intra-personnelle à une vision
interpersonnelle ou relationnelle**

Plusieurs sources suggèrent que ce qui est efficace dans la thérapie narrative est d'aider les familles à passer d'une construction intra-personnelle et individuelle du problème à une construction plus interpersonnelle et relationnelle (Sluzki 1992). Une équipe (Coulehan et al. 1998) a cherché à mieux comprendre comment, lors des premiers entretiens, ce changement se produisait, en co-générant des changements qualitatifs dans les histoires racontées par la famille pour expliquer le problème (selon la théorie de (Sluzki 1992). Ils ont étudié huit familles éprouvant des difficultés variées attribuées à un enfant de plus de huit ans.

Les premiers entretiens ont été tapés et enregistrés et un questionnaire a été remis immédiatement après l'entretien, visant à évaluer la description du problème énoncé par la famille :

- aux thérapeutes et observateurs indépendants : Une évolution s'est-elle produite dans la vision du problème par les membres de la famille ? Quels descriptions ou comportements spécifiques vous suggèrent que leur compréhension du problème est différente? Décrivez le changement dans la construction du problème par la famille.
- à la famille : À l'heure actuelle, comment voyez-vous le problème pour lequel vous êtes venu à la thérapie? Si vous pensez, à présent, différemment au problème, en quoi votre façon de penser est-elle différente ? S'est-il passé autre chose en dehors de la session de thérapie qui vous a fait penser différemment le problème ?

Dans tous les cas les familles ont signalé une construction initialement intra-personnelle ou blâmante du problème (par exemple, «C'est de sa faute »). Le nombre de séances a varié de 2 à 12, sans différence significative entre le groupe succès et le groupe échec. Le succès a été établi sur la constatation que, dans 75% des sessions réussies, les descriptions du problème par la famille devenaient interpersonnelles/systémiques. Parmi les sessions infructueuses, les descriptions restaient intra-personnelles. Par contre, il n'est pas clair si un « changement de

perspective » a permis de bénéficier à toute la famille et si les familles qui ont réussi le processus ont de meilleurs résultats.

Néanmoins, ces résultats ont conduit à la conceptualisation d'un modèle en trois étapes pour une progression réussie de la narration afin d'obtenir une description interpersonnelle du problème:

- Susciter de multiples descriptions et visions du problème : faire exprimer par chacun les différentes constructions du problème et les solutions potentielles grâce à un processus circulaire, mettre en évidence les aspects relationnels du problème et des solutions, faire reconnaître des différences ou des exceptions au problème.
- Changer la tonalité affective des membres de la famille : faire reconnaître des attributs positifs à l'enfant « problématique », mettre en évidence les contributions de l'histoire ou de la structure familiale sur le problème, identifier les forces et valeurs de la famille associées au changement.
- Reconnaître l'espoir ou la possibilité de changement : explorer et attribuer un sens positif à chacun et à la famille dans son ensemble, faire exprimer les émotions et en tenir compte.

Ce modèle complète celui de Sluzki (Sluzki 1992) en considérant, en plus : les comportements et actions à la fois des familles et des thérapeutes, la reconnaissance de la contribution des modèles générationnels ou de la structure familiale, le changement dans la tonalité émotionnelle, l'importance de l'émergence de l'espoir. Mais cette étude a de nombreux biais : faiblesse de l'échantillon, surreprésentation des familles monoparentales dans le groupe échec, intervention d'une équipe réfléchissante dans 3 des 4 sessions avec succès et dans aucune des sessions qui ont échoué.

b. Recherche des exceptions

Le rôle des moments d'exception (renommés « *moments innovants* ») dans le changement psychothérapeutique a été évalué (Matos et al. 2009) auprès de dix

femmes victimes de violences conjugales (verbales et/ou physiques) au cours d'une thérapie narrative. Cinq types d'exception ont été identifiés et codés: action, réflexion, protestation, re-conceptualisation (niveau métacognitif), nouvelle expérience. Les résultats suggèrent que l'élaboration thérapeutique d'exceptions peut être une dimension d'une thérapie narrative efficace, surtout si elles sont amplifiées par la narration. Cela dit, les différents types n'auraient pas un poids équivalent dans le changement. Les exceptions de type actions, réflexions et protestations seraient des signes de la survenue d'un changement jusqu'à l'émergence d'exceptions de reconceptualisation, reflet de l'émergence d'une « méta-position » grâce à laquelle le changement surviendrait. Ces résultats semblent converger avec la notion d'insight.

Encore une fois, les conclusions et la généralisation des résultats sont limitées du fait de nombreux biais.

c. La notion d'échafaudage

Une étude descriptive de six sessions de thérapie conjugale (Muntigl 2004) a analysé comment la thérapie narrative facilite le changement linguistique sémiotique c'est-à-dire le développement du potentiel à faire du sens par le langage, en s'appuyant sur les travaux de Vygotski (cité précédemment). Trois niveaux de développement du répertoire sémiotique ont été repérés :

- Niveau actuel : expression du patient sur les événements, Soi et les relations. Les formulations sont souvent « extrêmes », caractérisées par des narrations personnelles et des évaluations négatives, en terme de certitudes, fréquences, obligations...
- Niveau transitionnel ou potentiel : coproduction de nouvelles formulations et significations en interprétant les problèmes de manière novatrice grâce aux échafaudages des thérapeutes. En thérapie narrative, cela passe par l'externalisation et la nomination du problème, le questionnement d'influence relative.
- Niveau développé : déploiement d'un large éventail de significations dans des contextes problématiques sans la nécessité d'un échafaudage par le

thérapeute. Les patients ont acquis un nouveau répertoire sémiotique lors du précédent niveau. Cette capacité se révèle par des évaluations positives et des ressources accrues pour la réécriture d'histoires alternatives plus préférées. Le thérapeute peut alors être « déchargé » de la thérapie.

Cette analyse soutient la théorie de White selon laquelle la thérapie narrative fournit un échafaudage permettant un développement conceptuel dont l'aboutissement va être la co-crédation d'histoires alternatives plus préférées. Par ailleurs, il semble que les patients de l'étude ont été satisfaits de la thérapie qui a permis des changements dans leur vie.

Une autre étude (Ramey et al. 2009) a considéré la formation des échafaudages et des concepts telle que proposée par White (voir précédemment), dans des conversations d'externalisation avec des enfants âgés de six à quinze ans, adressés pour divers problèmes. Les énoncés des enfants et des thérapeutes ont été codés en cinq catégories, superposables à la carte des conversations d'échafaudage de White : nom, conséquences (effets), évaluation, intentions, plans. Les résultats montrent que les enfants s'approprient et suivent les étapes successives de l'échafaudage du thérapeute dans leurs réponses pendant les sessions. Par ailleurs, ils appuient l'intérêt de l'externalisation chez les enfants.

2. Etude qualitative sur la perception des patients

Une étude qualitative (O'Connor et al. 1997) a évalué la perception et l'expérience de huit familles (dont cinq monoparentales) rencontrant des problèmes variés avec des enfants âgés de six à treize ans et suivant une thérapie familiale narrative avec la participation d'une équipe réfléchissante ou consultante lors de certaines sessions.

Les familles ont été interrogées pour mesurer leurs perceptions de ce qui était utile et inutile dans les séances de thérapie. Des questions ethnographiques au cours d'un entretien semi structuré ont été utilisées en raison de leurs isomorphisme avec les processus de la thérapie narrative, afin de maintenir le rôle des participants en tant

que co-chercheur et pour préserver la nature complexe et variée des réponses des participants : «Qu'est-ce qui a été utile dans la thérapie? », « Qu'est-ce qui n'a pas été utile dans la thérapie? », «Quelle est votre expérience globale de la thérapie narrative? », «Quel image ou symbole décrit votre expérience de thérapie? »

L'utilisation de ces questions ethnographiques a fait émergé six thèmes qui ont été utiles pour les patients et qui sont des principes majeurs de la thérapie narrative, notés ici par ordre décroissant de citation par les participants :

- Une orientation thérapeutique et une prise en charge non blâmante, respectueuse des perceptions et des expériences des clients qui sont considérées comme des experts.
- La participation d'équipes consultantes ou réfléchissantes.
- Le développement de l'initiative personnelle : augmentation de la responsabilisation et de l'autonomisation des familles avec la thérapie.
- La création d'un public.
- Les histoires alternatives basées sur les événements uniques : connoté positivement pour les changements.
- Les conversations externalisantes.

L'importance des citations des équipes consultantes ou réfléchissantes et de la création d'un public pour le changement, montre le besoin des familles que leur progrès soit reconnu et que la thérapie ne soit pas seulement un événement isolé mais soit intégrée dans un contexte plus large que la famille. Les aspects inutiles, moins mentionnés, concernaient l'impression de superficialité de la thérapie, la lenteur du processus, des remarques sur l'équipe réfléchissante ou consultante.

Par ailleurs, toutes les familles ont déclaré une diminution du problème présenté (grâce à une notation sur une échelle entre 1 et 10). Il a été noté que les familles recevant une plus longue thérapie (supérieure à un an) rapportaient une plus grande réduction des problèmes que celles se situant dans les premiers mois de la thérapie, suggérant que les familles exposées à la thérapie narrative pendant une longue période ont une meilleure chance de réaliser des changements cognitifs (qui demandent du temps) influant positivement sur leur fonctionnement familial.

3. Etude qualitative sur la perception des thérapeutes

La même équipe (O'Connor et al. 2004) a cherché à mettre en évidence ce que huit thérapeutes ont trouvé utile ou non dans une thérapie narrative. L'approche utilisée était, elle aussi, ethnographique avec les mêmes questions que celles posées aux patients précédemment.

Quatre thèmes ont émergé :

- La thérapie narrative est efficace pour la réduction des problèmes présentés, à l'unanimité mais avec des gradations différentes d'efficacité. Trois raisons à ce succès ont été mises en avant : le développement de l'autonomie des patients notamment par la mise en évidence d'exceptions, le respect et le non jugement des patients (approche non pathologisante), l'amélioration clinique en termes de résolution des problèmes.
- Les quatre limites à la thérapie narrative : cette pratique exige une formation et une pratique spécialisées (N=7), le problème de l'indication en cas de violences familiales (N=4), le personnel requis pour la constitution des équipes réfléchissantes ou consultantes (N=3), la durée des séances (environ 1h30) comprenant des équipes réfléchissantes ou consultantes (N=3).
- L'expérience ambivalente des équipes réfléchissantes ou consultantes : d'un côté les thérapeutes (N=7) ont estimé importante leur contribution pour l'éventail des possibilités et des interprétations offertes mais d'un autre côté leur intervention est parfois jugée « écrasante » (N=6). La plupart des thérapeutes (N=5) a préféré l'intervention d'une équipe réfléchissante à celle d'une équipe consultante.
- L'expérience ambivalente de la co-construction d'une histoire alternative : L'extériorisation du problème, la découverte d'exceptions et la construction de l'histoire alternative faisaient tous partie du processus de ce style de conversation, considérée comme utile. Cependant, la moitié des thérapeutes a souligné la difficulté de ce processus, notamment dans le fait de ne pas imposer une histoire alternative au patient.

CHAPITRE 3 : EXEMPLES D'UTILISATION CLINIQUE

La thérapie narrative a été utilisée dans des domaines très différents. Il ne semble pas y avoir d'indications particulières mis à part l'accompagnement de pathologies chroniques. Dans ce chapitre, nous nous appuierons sur différents articles de la littérature internationale qui font état de l'utilisation particulière et de l'intérêt de la thérapie narrative dans des situations cliniques spécifiques. Bien sûr, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, cette approche ayant aussi été mise en pratique dans les situations de conflits, les troubles de la personnalité...

I. En pédopsychiatrie

Comme nous l'avons vu précédemment, les méthodes narratives trouvent leurs origines dans le travail clinique avec les enfants. En effet, une grande partie du travail thérapeutique avec les enfants se fait par des approches verbales (histoires imaginées...) et non verbales (dessin, marionnettes...), compatibles avec les techniques narratives telles la dénomination et l'extériorisation des problèmes.

A. Construction des capacités et de l'identité narratives pendant l'enfance et l'adolescence

Le développement d'une histoire de vie et du Soi commence dans l'enfance, notamment entre six et onze ans et nécessite plusieurs étapes (DeSocio 2005).

Entre deux et quatre ans, l'enfant atteint la capacité cognitive de représentation symbolique du fait de l'émergence du langage et de la manifestation des premiers souvenirs autobiographiques co-construits grâce à l'échafaudage des relations primaires. Les parents aident l'enfant à transformer des images mentales en langage pour entrer en interaction, tout en introduisant des informations sur les valeurs

sociales. C'est aussi l'âge où l'enfant intériorise une représentation de soi et de ses proches et prend conscience qu'il est un individu distinct et séparé qui a des caractéristiques objectives qu'il peut décrire.

Entre six et onze ans, avec la scolarisation, l'enfant développe son langage (importance du contexte socioculturel), devient capable de s'auto-évaluer et de se différencier par le biais d'une comparaison sociale et peut intégrer des traits psychologiques dans sa description. La pensée concrète du milieu de l'enfance conduit souvent à des conclusions arbitraires en « tout ou rien » et l'auto-description oscille entre plusieurs pôles opposés. Puis, petit à petit, des attributions contradictoires peuvent être considérées simultanément, aboutissant à une évaluation plus équilibrée. La capacité de situer des événements dans l'ordre temporel et de créer des histoires orientées vers un but émerge entre cinq et sept ans. Enfin, le premier récit autobiographique apparaît vers dix ans, co-construit avec les histoires racontées sur eux par leurs proches. La continuité du soi dans le temps est reconnue, même si le « soi futur » est souvent le moins élaboré, absent ou fortement idéalisé.

A l'adolescence, apparaît la conscience d'un « soi privé », distinct de la personnalité affichée aux autres, et donc la possibilité de montrer différentes facettes de soi selon « le public » et les circonstances. Les représentations de soi prolifèrent alors que les adolescents acquièrent de nouvelles capacités cognitives de métaréflexion et de pensée hypothétique : le soi devient un objet d'observation et de contemplation. La prise de conscience de ses disparités génère une confusion et des inquiétudes que l'adolescent doit intégrer et résoudre pour arriver à un récit de vie cohérent, c'est-à-dire une histoire avec un passé, un présent et un avenir autour de thèmes et d'une théorie plausible du soi. Parmi les nombreuses possibilités, l'adolescent choisit finalement un cadre explicatif qui donne sens et cohérence à sa vie.

B. Particularités de la thérapie narrative avec les enfants

1. Une thérapie ludique qui facilite l'alliance et donne une place à la voix de l'enfant...

Alors que la thérapie est un processus difficile, les méthodes narratives facilitent l'alliance grâce à une attitude ludique face à de graves problèmes. Un jeu se crée entre l'enfant et le clinicien qui favorise leur imagination dans la co-crédation de sens et la recherche de solutions (Bennett 2008). Par ailleurs, en se basant sur le récit et l'expérience de l'enfant, l'accent est mis sur sa perspective, qui est ordinairement fréquemment reléguée au second plan, derrière l'avis de l'adulte : une position narrative facilite et respecte l'inclusion des voix d'enfants. Cela est d'autant plus intéressant qu'ils ont souvent une perception différente des événements, constructive et empreinte de curiosité. Cela est renforcé par la focalisation sur les ressources et initiatives de l'enfant.

Dans cette perspective, un modèle de thérapie familiale narrative intégrant les enfants a été proposé (Larner 1996). Le premier entretien se déroule avec la famille, structuré autour de la compréhension du problème par la famille. Puis, au moins trois sessions individuelles de jeu de type psychanalytique ont lieu avec l'enfant : la création symbolique de l'enfant n'est pas interprétée pour analyser les relations d'objet internes dans la relation transférentielle mais est comprise comme un récit sur le problème qui a amené à la consultation. Cette perspective personnelle de l'enfant sera ensuite intégrée aux conversations thérapeutiques familiales ultérieures de manière à donner un sens au problème au sein de la famille, en soutenant la voix de l'enfant. Pour cela, la position de « non savoir » du thérapeute crée un espace dialogique pour que la signification soit construite conjointement dans la conversation thérapeutique entre l'enfant et sa famille.

2. ... mais qui nécessite des aménagements selon le niveau développemental de l'enfant

De toute évidence, il est moins possible d'utiliser des questions à haut niveau d'abstraction ou nécessitant une certaine maturité sociale, qui ne sont pas développementalement appropriées pour les enfants : la déconstruction de l'histoire dominante n'est donc pas prioritaire. L'accent est davantage mis sur les conversations externalisantes intégrées à une expression artistique (Bennett 2008) et sur la construction d'une nouvelle relation avec le problème.

Cependant, le processus d'externalisation nécessite des précautions. White souligne que les métaphores militaires, telles la lutte ou le combat contre le problème, sont patriarcales et agressives. Considérant que les problèmes sont multidimensionnels, il fait valoir que cela n'est pas la façon la plus adéquate d'encourager les enfants (et les adultes) à gérer ou à faire face à un problème (M. White 2009). Par exemple, la colère peut s'avérer être juste et être une réponse positive plutôt que négative. Ainsi, les enfants parviennent à comprendre que certains problèmes peuvent continuer d'être une partie de leur vie, comme la douleur chronique ou une invalidité permanente. Apprendre à un enfant de nouvelles façons de vivre aux côtés, ou de faire la paix avec le problème, peut être plus approprié dans ces cas (Bennett 2008).

C. Particularités de la thérapie narrative avec les adolescents

Selon une perspective narrative, l'adolescence peut être conceptualisée comme un moment de transition où la vie des adolescents « *n'est pas complètement racontée* » notamment parce que « *les jeunes vivent des histoires dans lesquelles ils sont les protagonistes mais un autre est le narrateur (parents, enseignants...)* » (Zimmerman & Dickerson 1994). En quête de construction identitaire, les histoires qui constituent la vie d'un adolescent sont d'abord des histoires construites par des adultes qui font autorité et qui reflètent ce qu'ils attendent de lui. Bien des adolescents, en quête identitaire, accepteront un étiquetage d'adulte « je suis délinquant, paresseux, toxicomane... » plutôt que le vide identitaire (Marteaux 2008). Mais ces attentes

peuvent aussi être vécues comme soumissives et faire conflit avec ce que le jeune veut pour lui même : ses choix sont affectés par les positions de ses parents qui sont des contraintes qui l'amènent à justifier ses comportements comme les seuls possibles. Ainsi, le problème de l'adolescent vient souvent faire obstacle à l'accomplissement des objectifs futurs que ses parents avaient rêvés pour lui, les amenant à avoir le sentiment qu'il « abandonne sa vie »... alors que cet acte de « rébellion » peut être considéré comme devenir « auteur » de sa vie en se séparant des attentes de ses parents.

Le travail narratif avec un adolescent a donc pour objectif de le faire devenir à la fois narrateur et protagoniste de son histoire. Il s'agit de séparer et de faire émerger les histoires et attentes, désirs que chacun (ses parents et lui même) a pour le jeune.

D. Etudes sur l'utilisation en pédopsychiatrie

1. Sur le potentiel et la validité de la thérapie narrative chez les enfants

Une recherche descriptive (Weston et al. 1998) a évalué les attributions causales de 92 enfants âgés de cinq à douze ans, issus de familles biparentales, concernant les raisons des disputes familiales. Une bande sonore d'enregistrement avec une dispute parentale ou parent-enfant (une bande avec une mère et l'autre avec un père, identiques) a été présentée à chaque enfant. Puis chacun a été interrogé, lors d'un entretien structuré, sur une série de causes possibles à de tels conflits (par une question initiale ouverte complétée ensuite d'une liste de raisons probables) qu'il a côté selon sa conviction qu'il s'agissait de raisons possibles à la dispute (via une échelle analogique picturale). Les enfants n'ont été à aucun moment questionnés sur les conflits familiaux personnels.

Au delà des résultats de cette étude, celle-ci a montré que les enfants de six à douze ans ont les capacités sociocognitives pour répondre à ces questions, en évitant les

questions ouvertes si possible. De plus, de manière surprenante, les attributions causales étaient globalement uniformes dans les classes d'âge, et préférentiellement de nature systémique (« à cause des deux personnes », « attentes différentes des deux personnes ») ou liées à des états émotionnels plutôt qu'à des traits internes de caractère. Ils en ont conclu que la plupart des enfants peut discuter sérieusement des causalités interpersonnelles et des multiples points de vue sur les origines des disputes familiales et, en tant que tel, peuvent se prêter à des approches constructivistes telles que la thérapie narrative. Ces résultats parlent donc plus du potentiel de la thérapie narrative chez l'enfant que de son efficacité réelle.

2. Sur l'efficacité dans les cas de conflits familiaux parents-enfants

L'efficacité des techniques narratives dans la réduction des conflits parent-enfant à été examiné pour six familles dans lesquelles des troubles de comportement variés d'enfants, âgés de huit à dix-sept ans, ont été identifiés et mesurés (Besa 1994). Cela s'est fait en trois phases : de référence (mesure du problème qui est externalisé et dont l'influence est discutée, de durée variable), d'intervention (recherche d'exceptions), de suivi (nouvelle mesure du problème au moins 1mois après) Les méthodes narratives dans le programme de traitement incluent l'externalisation du problème, le questionnement d'influence relative, l'identification des exceptions, des tâches entre les consultations, des doubles descriptions, des documents (lettres, certificats...) et des processus de réécriture.

Les résultats questionnent l'importance de nommer et de caractériser le problème en thérapie narrative : aucun changement dans le problème présenté n'a été constaté au cours de la phase initiale de la thérapie. L'amélioration des relations parent-enfant dans cinq des six familles participantes, avec une diminution de 88 à 98% des conflits, a été considérée comme le résultat de la thérapie (au vu des délais) et notamment des tâches données entre les sessions, permettant d'induire des exceptions. Par contre, aucune amélioration n'a été notée chez les personnes non exposées à la thérapie.

3. Sur l'efficacité dans les situations de troubles mentaux de l'enfant ou des parents

Plusieurs études ont allié thérapie narrative et techniques psycho-éducatives dans la prise en charge de familles où l'un des membres est malade. Par exemple, dans le cas d'enfants ou d'adolescents malades, une équipe (Fristad et al. 1999) a proposé ce type d'intervention pour permettre aux patients de différencier les changements liés à leur développement normal et ceux liés à leur pathologie. Afin d'obtenir et de confronter plusieurs perspectives, l'enfant et ses proches sont interrogés séparément puis ensemble. Dans un deuxième temps, l'enfant inscrit, dans un tableau à deux colonnes, ses attributs positifs et les symptômes thymiques qui l'affectent actuellement. Cela fournit un langage commun pour parler des symptômes, pour souligner les forces et qualités de l'enfant. Les symptômes sont regroupés sous une métaphore appelée « l'ennemi », pour une meilleure gestion et communication sur les symptômes, et contre laquelle la famille va se liguer.

Dans le cas de prise en charge d'enfant de parent malade, une intervention (Focht & Beardslee 1996) a été décrite, combinant psychoéducation et thérapie narrative, pour faciliter le dialogue entre les parents et leurs enfants sur l'impact de la maladie dépressive d'un parent. Les résultats suggèrent que cette approche soutient le développement de significations communes ainsi que des changements significatifs d'attitude et de comportement associés à la maladie et à son impact.

Par ailleurs, il a été proposé d'utiliser la thérapie narrative, notamment l'externalisation, chez des enfants atteints d'un syndrome d'Asperger (Cashin 2008).

II. Dans la psychose et la schizophrénie

Associés à une chimiothérapie, il y a actuellement un nouvel intérêt pour les traitements psychosociaux dans la prise en charge de la schizophrénie, ceux-ci ayant démontré leur efficacité dans la diminution des symptômes et l'amélioration des fonctions cognitives et adaptatives. La thérapie narrative a été peu étudiée dans ce champ malgré sa potentielle utilité dans l'accompagnement au long cours (France & Uhlin 2006). En effet, ce type d'approche semble adapté pour ces pathologies chroniques avec perte d'autonomie et d'estime de Soi pour lesquelles existe un récit culturel dominant écrasant, quasi aliénant. Par ailleurs, les interruptions des récits personnels sont souvent prononcées et profondes alors que le processus de faire du sens reste présent, comme le témoignent les éléments délirants.

A. Le point de vue de Michael White sur la schizophrénie

White s'intéresse peu aux étiologies possibles de la schizophrénie, ne rejetant aucunement une origine biologique et la nécessité de traitements pharmacologiques. Il se préoccupe davantage de la survie dans le temps des problèmes quotidiens liés aux symptômes négatifs (incurie, apragmatisme...) et des difficultés à maintenir un mode de vie socialement adapté, amenant les patients à un « *mode de vie dans le coin* » (M. White 1987). Ceux-ci ont alors tendance à mettre l'accent sur leur incompetence, leur « *échec à devenir une personne* » (M. White 1987) selon les canons culturels stéréotypés de « normalité » : le délire peut apparaître comme un échappatoire à leur désespoir. White souligne d'ailleurs que certaines hallucinations auditives seraient des voix désincarnées sentencieuses apparentées aux stéréotypes négatifs courants de la société (insultes d'incapacités chez les hommes, sur la sexualité chez les femmes...). Ce parallélisme entre les voix « internes » et les messages sociaux « externes » ne serait pas perçu par le sujet psychotique (Sykes Wylie 1998).

En outre, la schizophrénie est souvent considérée comme une pathologie chronique, incurable et détériorante (initialement nommée « démence précoce »). Ces

croyances, profondément ancrées dans les domaines profanes et professionnels, limitent toute perspective de changement et d'amélioration (M. White 1987). En réponse à cette vision détériorante de la maladie, les membres de la famille se sentent davantage responsables, supervisant de plus en plus la vie du patient et agissant en son nom au fur et à mesure que les symptômes négatifs s'installent. Selon cette perspective et une compréhension de causalité circulaire, les proches participent donc à l'évolution de la pathologie et notamment au « mode de vie en coin ». La culpabilité et le sentiment d'échec sont alors partagés par le patient et ses proches, augmentant l'intensité de l'Emotion Exprimée, facteur de risque de décompensation psychotique (M. White 1987).

B. Modalités d'intervention de Michael White pour diminuer le sentiment d'échec des membres de la famille

Le problème est rarement énoncé en terme de schizophrénie mais sous la forme d'un récit des expériences les plus pénibles de la vie quotidienne : qualité de vie, sentiment d'échec personnel et d'insuffisance, tyrannie par les hallucinations auditives... Dans le cas des hallucinations, le but est de réduire leur emprise ressentie notamment grâce aux questions d'influence relative sur les tactiques et les stratégies de pouvoir des voix. Une fois la partialité de leurs injonctions mise à jour, elles perdent leur statut de « vérité indiscutable » : le stress et la vulnérabilité aux épisodes psychotiques s'en trouvent réduits.

Dans un premier temps, l'externalisation du problème permet à la famille de remettre en question la construction sociale de la schizophrénie ainsi que de défier les effets soumissifs de la classification scientifique. L'externalisation est progressive, ciblant petit à petit des habitudes spécifiques de la schizophrénie puis du « mode de vie dans le coin », puis certains aspects plus problématiques de ce mode de vie puis les habitudes spécifiques qui en permettent la survie (M. White 1987).

Par exemple : Quel effet a eu la schizophrénie dans votre vie et vos relations? De quelle manière vous êtes-vous senti poussé dans un coin par la schizophrénie? De quelles habitudes « le mode de vie dans le coin » dépend-il le plus? Quelles

habitudes ont encouragé ces habitudes dans la vie des membres de la famille? Lesquelles de ces habitudes sont les plus préoccupantes pour vous?

Par ailleurs, White pose des « questions complémentaires » pour aider la famille et le patient à identifier les invitations réciproques et mettre en évidence la circularité et la participation de chacun par inadvertance à la survie du problème (M. White 1987).

Par exemple : Lorsque vous vous soumettez aux efforts de la schizophrénie à vous pousser dans une position déraisonnable, comment cela invite vos parents à raisonner pour vous? Comment la culpabilité vous rend-elle vulnérable aux invitations de votre fils / fille pour raisonner à sa place, et comment son « mode de vie dans le coin » compte sur cette vulnérabilité ?

Puis il s'agit de dresser la carte d'influence des membres de la famille sur la schizophrénie pour attirer l'attention sur des moments d'exception (M. White 1987).

Par exemple : Comment avez-vous réussi à défier « le mode de vie dans le coin » ? Comment avez-vous évité que la schizophrénie vous pousse dans un coin à cette occasion? A quelles habitudes avez-vous dû désobéir pour échapper au « mode de vie dans le coin »? Pouvez-vous voir comme je peux voir que votre mépris pour cette habitude est d'une importance capitale? Quelle différence pensez-vous que cela ferait dans la façon dont vous vous sentiriez si vous aviez pu voir l'importance de cette étape? Comment pensez-vous que de telles mesures pourraient affaiblir l'influence de la schizophrénie dans votre vie?

Des questions autour des moments d'exceptions permettent de compromettre les définitions de Soi appauvrissantes (M. White 1987).

Par exemple : Si vous deviez saisir pleinement la signification de cela, que pensez-vous que cela pourrait me dire de vous ? Que pensez-vous que cela pourrait dire de vos capacités que vous n'auriez pas connues autrement? J'ai maintenant deux images de vous comme personne, l'ancienne et la nouvelle, et je trouve la différence entre elles deux saisissante. Si vous pouviez avoir ces deux images constantes à l'esprit et les comparer, que pensez vous que vous découvririez sur vous-même ?

Par ailleurs, White ajoute des questions encourageant les membres de la famille à critiquer les spécifications de la personnalité, notamment les ambitions et attentes socialement construites (M. White 1987).

Par exemple : Comment pourriez-vous enseigner à votre ambition que vous pouvez vous apprécier sans être de son côté? Que pourriez-vous faire qui pourrait prouver à ces attentes que vous êtes en train de devenir votre propre personne et pas une personne pour elles ?

Puis, le thérapeute doit faire en sorte d'encourager cette nouvelle description de Soi (M. White 1987).

Par exemple : C'est vraiment intéressant de voir que vous prenez plus en compte vos propres avis : comment cela fait-il que vous soyez plus dépendant de votre propre autorité maintenant que du pouvoir de l'autorité d'autrui? Maintenant que vous êtes un solutionneur de problèmes dans votre propre vie, quelle différence cela fait-il dans votre avenir?

Enfin, White préconise de créer un nouveau contexte pour la rechute pour qu'elle ne soit pas vécue comme un échec mais comme une étape prévisible du cheminement de la personne. L'objectif est de diminuer le sentiment d'échec et de désespoir dans ces moments là et de ne pas alimenter une perspective détériorante de la maladie. Le thérapeute incite donc à des changements très progressifs et les rechutes fournissent une occasion de souligner le contexte antérieur de progrès. Il est parfois utile de suggérer qu'un certain nombre de rechutes est nécessaire et d'organiser des hospitalisations séquentielles programmées qui sont plus brèves et autonomisantes pour le sujet, éventuellement précédées de rituels par la famille pour célébrer les progrès récents (M. White 1987).

Une analyse rétrospective, non randomisée, de l'application de la méthode par White lui-même, a été effectuée avec 35 patients dits « chroniques » qui avaient été admis à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique d'Adélaïde (Hafner et al. 1990) et adressés en dernier recours à l'unité de thérapie familiale. Ces patients étaient appariés à des témoins : la différence entre les deux groupes résidait dans la plus grande sévérité et chronicité de la pathologie dans le groupe de patients traités. En moyenne, 4,5 sessions ont eu lieu puis les patients et leurs proches ont été

recontactés, par l'envoi de questionnaires, une trentaine de mois après la prise en charge. Les réponses ont été examinées par deux évaluateurs indépendants et ont montré une réduction significative du nombre moyen de jours passés à l'hôpital dans l'année suivant la thérapie (réduit à 14 jours comparativement à 36 jours pour le groupe témoin ayant reçu le type habituel de soins psychiatriques). Les résultats de cette étude sont aussi probablement dûs à l'engagement familial, source d'une plus grande tolérance et compréhension des troubles et donc d'une meilleure gestion des crises.

C. Etudes

Il y a actuellement très peu d'études sur la thérapie narrative dans la psychose et celles qui ont été réalisées l'ont été avec de petits échantillons et des instruments de mesure récents, limitant la valeur des résultats.

1. Caractéristiques des récits personnels de psychose : interruption de Soi dialogique et absence de protagoniste actif

Les récits personnels ont été étudiés, notamment grâce à la mise au point d'outils spécifiques :

- une échelle (P.-H. Lysaker, A. M. Wickett, et al. 2003) pour évaluer le développement narratif et détecter les changements suscités par la psychothérapie dans les domaines suivants : compétence sociale, aliénation sociale, autonomie, conception/conscience de la maladie.
- une interview semi structurée (P.-H. Lysaker et al. 2002) pour recueillir les récits de patients : description de leur histoire de vie, conséquences de la maladie mentale dans leur vie, leurs ressources, leur vision du futur. Une échelle de cohérence narrative est utilisée pour évaluer l'intelligibilité par les

autres (connexions logiques, richesses des détails, plausibilité) des récits recueillis.

L'importance de la temporalité a été soulignée (J. Holma & Aaltonen 1998). La psychose aiguë serait accompagnée d'un désir de raconter des expériences, actuelles ou passées, en lien avec les symptômes. Mais une incapacité à ordonner dans le temps de telles expériences laisserait le patient dans un présent chaotique non structuré et interromprait le sens de l'identité.

Il a été observé que des interruptions du sentiment de Soi étaient communes dans la maladie psychotique, notamment le Soi dialogique : les interruptions dialogiques pourraient être associées à des récits dysfonctionnels dans la schizophrénie (P.-H. Lysaker & John Timothy Lysaker 2002). Selon ces auteurs, un self « normal » ne consiste pas en une entité unique et fixe mais plutôt en une collection de dialogues internes parmi des positions de Soi complémentaires, parfois contradictoires. Dans la psychose, le passage en douceur entre ces différentes positions, tout en maintenant le dialogue interne de manière cohérente, est impossible (P-H Lysaker & J.-T. Lysaker 2001). Ce trouble du processus d'association entraîne un contenu pauvre (rigide et interchangeable) par perte de capacité dialogique ou un contenu désorganisé par manque de hiérarchie et de cohérence socialement validée des positions du Soi (P.-H. Lysaker & John Timothy Lysaker 2002).

Par ailleurs, les personnes présentant une psychose peuvent décrire de manière cohérente la vie des autres mais se décrivent elles-mêmes avec une autonomie minimale, visiblement déconnectées de tout rôle significatif dans leur vie, se vivant comme des entités soumises à des forces extérieures : leurs récits personnels manquent d'un protagoniste actif, ce qui est source de souffrance (P.-H. Lysaker, A.-M. Wickett, et al. 2003).

2. Rôle des récits dominants dans l'entrave du processus de signification

Des auteurs (J. Holma & Aaltonen 1997) suggèrent que les personnes atteintes de psychose ont les qualités pré-narratives de l'expérience humaine, tentent de faire du sens de leurs expériences mais ont des difficultés dans la recherche d'un récit. Ce processus serait entravé par les récits dominants et subversifs qui bloqueraient les histoires alternatives et réduiraient l'indépendance, le choix et l'autonomie personnels. Le patient n'est plus acteur mais spectateur de son histoire : la psychose peut alors être considérée comme un échappatoire, conduisant à la construction d'une histoire alternative et d'une identité de substitution dans des situations insupportables. Les symptômes psychotiques éviteraient que l'identité narrative (définition donnée ultérieurement) s'effondre totalement (Juha Holma & Aalonen 1995) et pourraient être le moyen ultime de maintenir une autonomie.

Par ailleurs, les hallucinations acoustico-verbales auraient une dimension narrative et interactionnelle (Juha Holma & Aalonen 1995). Elle permettraient de maintenir la pensée et d'éviter un effondrement de la narration de Soi : elles ne seraient pas qu'un symptôme à éliminer mais plutôt une fonction à suppléer, notamment grâce à la psychothérapie.

3. Intérêt des thérapies narratives

Le but de la thérapie narrative est donc de co-crée des histoires non dites, assujetties par les récits dominants, pour construire une histoire de maladie cohérente et significative (P-H Lysaker & J.-T. Lysaker 2001) et de redonner au patient son autonomie pour lui fournir une sens sécurisée d'identité. Pour cela, il faut instaurer un dialogue non hiérarchique créant un espace pour aider le patient à se souvenir, à révéler les positions de Soi, tout en en acceptant les contradictions, pour en faire la synthèse (P.-H. Lysaker & John Timothy Lysaker 2002). Cette expérience permet un récit d'interprétation c'est-à-dire une création sociale de sens des événements vécus.

L'application des concepts et techniques narratifs dans l'évaluation et le traitement d'un premier épisode de psychose non affective avec un suivi d'au moins deux ans a été évaluée (Juha Holma & Aalonen 1995). Les résultats positifs feraient suite à des récits socialement construits qui incorporent un contenu, non raconté antérieurement, significatif et compréhensible par le patient et les autres personnes impliquées dans la construction d'un récit dans lequel il est à nouveau acteur. Ce contenu spécifique inclut les expériences liées à la maladie actuelle ainsi que les dimensions liées à un sens de l'indépendance, de l'initiative personnelle et des choix.

Une étude de cas (P.-H. Lysaker, Lancaster, et al. 2003) a montré que les transformations narratives impliquent des améliorations dialogiques et des niveaux croissants dans la complexité, le dynamisme et la subtilité du récit. Par contre, il n'y a pas création de nouvelles histoires complètes ni de réveil d'un Soi ancien.

III. Dans les traumatismes

Les personnes qui ont subi un traumatisme sont souvent réticentes à l'évoquer de nouveau. Au delà des mécanismes de défense de déni ou d'annulation, cela pourrait être expliqué par une crainte de représailles et d'un nouveau traumatisme en le racontant. Instaurer une « sécurité psychologique et émotionnelle » est nécessaire afin que la personne ne soit pas prise au piège de l'immédiateté et de la reviviscence de l'expérience et qu'elle ne se redéfinisse pas par des conclusions identitaires négatives sur sa vie, c'est-à-dire par le traumatisme subi (M. White 2005).

A. Présupposés sur les victimes de traumatismes

Culturellement, les personnes qui ont vécu un traumatisme sont décrites comme des victimes, des personnes « passives » ou « abîmées ». Or, dans une perspective narrative, les personnes ne sont jamais des récepteurs passifs d'un traumatisme,

même si leurs réponses (évitement de l'exposition, modification des épisodes ou de leurs effets), souvent, ne sont pas reconnues (M. White 2005) : exprimer une détresse est déjà considéré comme une réaction contre le traumatisme, réaction en accord avec ce qui est important pour le patient (Carey et al. 2009). Par ailleurs, les conséquences négatives du traumatisme ne représentent pas toute l'histoire d'une vie et de l'identité du patient : il existe toujours du matériel pour faire une histoire subordonnée et construire une identité alternative (M. White 2005).

Ces présupposés remettent donc en cause les discours contemporains de la victimisation au sujet des personnes qui ont subi un traumatisme. Ces discours promeuvent la construction d'identités abîmées et handicapées, marginalisent les patients et créent un sentiment de vide et de « désolation » (M. White 2005).

B. Instaurer une sécurité psychologique et émotionnelle

Instaurer un climat de sécurité nécessite le repositionnement psychologique de la personne dans un territoire de l'identité non circonscrit par le traumatisme afin d'éviter une nouvelle traumatisation par la narration et le sentiment de vulnérabilité (M. White 2005). Il s'agit de développer une identité riche par le développement d'intrigues subalternes de vie qui fournissent un territoire de sécurité. Sa genèse se trouve dans les réactions des enfants au traumatisme, réponses fondées sur ce à quoi les enfants accordent de la valeur dans leur vie et leurs compétences. Rendre plus visibles leurs actions fournit un contexte sûr et une base d'action.

Mettre à jour les compétences et valeurs des patients se fait de trois manières (M. White 2005) : réflexion sur leur résolution de certains problèmes, observation directe de l'interaction spontanée en consultation, l'identification des absents mais implicites.

C. « L'absent mais implicite » ou les perspectives alternatives de la douleur ou de la détresse

Pour rappel, « l'absent mais implicite » (que nous avons déjà évoqué dans le premier chapitre) est ce qui ne se perçoit pas directement dans le langage mais qui est présent dans le contexte et que la thérapie narrative va révéler. C'est dans les cas de traumatismes que White a développé cette notion pour offrir des perspectives alternatives de la douleur psychologique ou de la détresse émotionnelle (M. White 2005). Pour aider le patient à donner un sens à la souffrance, le thérapeute doit se poser les questions suivantes : Que dit cette souffrance des croyances importantes qui ont été violées ? De quoi témoignent ces larmes de ce qui est précieux pour la personne ? Quelles compréhensions du monde ont été transgressées, insultées ? (Carey et al. 2009). Répondre à ces questions avec le patient permet de mettre un sens à sa détresse et à mettre en lumière ce qui est précieux pour lui, véritable antidote aux effets négatifs des conclusions identitaires négatives secondaires au traumatisme.

La douleur peut être considérée **comme un témoignage** de l'importance de ce que la personne tenait comme précieux (valeurs, intentions, aspirations, rêves, espoirs...) et qui a été violé par l'expérience d'un traumatisme (M. White 2005).

La douleur peut aussi être considérée **comme un hommage** à leur capacité à continuer à vénérer et à maintenir une relation avec ce que la personne tient comme précieux et qui a été méprisé lors du traumatisme (M. White 2005).

La douleur et la détresse peuvent aussi être considérées **comme des proclamations de la réponse** au traumatisme (M. White 2005). Les conversations mettent l'accent sur les actions qui reflètent l'initiative personnelle et les états intentionnels.

Enfin, la douleur et la détresse peuvent être considérées **comme un héritage** exprimé par des gens qui, face à la non-réactivité du monde qui les

entoure, restent fermes dans leur détermination que le traumatisme ne sera pas pour rien et que les choses doivent changer à cause de ce qu'ils ont vécu (M. White 2005). Dans ce cas, l'héritage peut être honoré et rejoint par d'autres. Cette perspective ouvre la voie aux approches narratives collectives.

D. L'approche narrative collective

Les personnes qui ont eu une expérience traumatique ressentent souvent un sentiment d'isolement alors que cette expérience est souvent partagée par un collectif plus large : « ...*quand on traite une expérience traumatique, on traite aussi un problème social* » (Denborough 2011). Afin de relier entre elles les histoires des individus, les thérapeutes narratifs (Denborough 2011) proposent de développer des méthodes collectives pour traiter à la fois les effets du traumatisme et les effets de cet isolement. Utilisant des supports et des métaphores différents, elles ont en commun de permettre aux individus de livrer « des versions à double histoires » de leurs expériences de vie : la souffrance est reconnue ainsi que les réactions des personnes aux traumatismes. Celles-ci ont été appliquées, par des travailleurs sociaux, dans différents contextes particulièrement difficiles tels des génocides, guerres civiles, actes de violences...

La documentation narrative collective est l'une de ces techniques. La première étape consiste à « *générer la matière* » du document en posant quatre types de questions aux patients (Denborough 2011):

- Quelle est la compétence, le savoir ou la valeur qui vous aide plus particulièrement lorsque vous vous trouvez en difficulté ?
- Pouvez-vous me raconter une histoire concernant cette compétence dans laquelle elle a joué un rôle décisif pour vous ou autrui ?
- Quelle est l'origine de cette compétence : comment l'avez-vous apprise, de qui la tenez-vous ?
- Est-elle reliée à des traditions culturelles ou familiales ?

Ensuite, les différents témoignages sont retranscrits sous forme de récits littéraires, avec une attention particulière pour la diversité, que le langage spécifique et les métaphores utilisés, l'objectif étant d'obtenir « *un document qui tisse ensemble les compétences et les savoirs d'un certain nombre de personnes traversant des épreuves ou des difficultés* » (Denborough 2011). Une fois le document finalisé, une cérémonie de re-narration est organisée avec l'ensemble des individus qui ont participé à sa création. Cette étape de partage du contenu du document génère un sentiment d'unité partagée dans la souffrance mais aussi dans la reconnaissance des compétences et valeurs des membres du groupe. Puis, il s'agit de créer un « contexte de contribution », c'est-à-dire identifier les destinataires du document pour échanger des documents dans un but de « contribution mutuelle » (Denborough 2011). Ces documents narratifs collectifs à double récit (la souffrance et les compétences) constituent des témoignages historiques, contribuent à la mémoire collective et soulignent les savoirs locaux de guérison. L'histoire personnelle est reliée à l'histoire communautaire, rendant possible un sentiment d'unité de la personne, qui avait été mis à mal par le traumatisme et ses effets.

Une autre méthode d'expression collective, utilisée initialement en Afrique du Sud avec des enfants vulnérables ayant perdu leurs parents et vivant dans des situations d'abandon et/ou de violences, est l'Arbre de Vie. Cette métaphore se décline en quatre parties (Denborough 2011) :

- Dessin de l'Arbre de Vie. Chaque partie représente une partie de l'histoire que les enfants développent en dessinant et en racontant grâce au questionnement du thérapeute : les racines (origines familiales), le sol (vie quotidienne et intérêts actuels), le tronc (talents, compétences, valeurs), les branches (espoirs, rêves, envies pour l'avenir), les feuilles (personnes ressources), les fruits (cadeaux reçus) et décor (contributions de l'enfant).
- La Forêt de Vie : les enfants accrochent leurs dessins d'arbre au mur, créant alors une forêt. Ils sont ensuite invités à raconter et partager l'histoire de leur arbre, le thérapeute posant des questions sur leurs espoirs et rêves et leur manière de s'y accrocher. Puis le thérapeute propose une re-narration collective.
- Quand la tempête arrive : Initiation de la conversation sur les dangers potentiels qui menacent les arbres puis ceux qui menacent les enfants pour

en faire la liste et identifier les effets qu'ils ont sur les enfants. En aucun cas ils n'expriment leur expérience individuelle, la conversation reste collective. La deuxième partie de la conversation consiste à savoir si la tempête est la faute de l'arbre puis des enfants et quelles réactions ceux-ci peuvent avoir face aux tempêtes de la vie.

- Les certificats et les chansons : Créés à la fin de la journée pour que les enfants repartent avec une riche connaissance de leurs talents et des liens qui les rattachent aux figures importantes de leurs vies.

« L'équipe de vie » est utilisée avec les jeunes, en groupe ou individuellement, pour leur « donner sportivement une deuxième chance », sur le même principe que l'Arbre de Vie (Denborough 2011).

Les approches narratives collectives sont aussi pertinentes quand la personne semble relier son expérience personnelle à celle d'un collectif plus large, notamment quand le patient emploie le pronom impersonnel « on ». Elles sont utiles aussi dans des contextes autres que traumatiques, comme les pathologies addictives par exemple.

IV. En addictologie

Les conduites addictives se prêtent bien à la thérapie narrative pour plusieurs raisons. D'une part, le modèle explicatif des addictions est intégratif et prend en compte à la fois des facteurs individuels (biologiques, personnalité) et environnementaux (contexte familial, social et culturel). D'autre part, les addictions s'inscrivent dans la chronicité et l'identité se réduit souvent peu à peu à celle d'« addict » (« je suis toxicomane, alcoolique, boulimique, anorexique... ») sur laquelle véhiculent beaucoup d'idées reçues stigmatisantes qui laissent peu d'espoir à un changement possible.

A. Dans les troubles du comportement alimentaire

Une étude (Becker et al. 2002) s'est intéressée à l'évolution de la satisfaction corporelle et des conduites alimentaires chez des jeunes filles fidjiennes, avec l'arrivée de la télévision en 1995. Il s'avère que la médiatisation des modèles sociaux de la beauté a engendré une insatisfaction corporelle (sentiment d'être trop grosse), source de modification des conduites alimentaires (augmentation des régimes, conduites de purge) afin de ressembler aux modèles médiatiques. Cela montre que le modèle social tient une place importante dans le développement d'un mal être corporel (Besnard-Péron et al. 2011).

1. Compréhension des troubles du comportement alimentaire selon la perspective narrative

Les sociétés occidentales ont institué des pratiques de discipline du corps et du soi grâce à l'internalisation de discours culturels incitant à ce que nous nous conformions aux idées sur la santé, la beauté, la sagesse et le succès. L'échafaudage discursif est complexe : éducation autour de la perfection/contrôle/sécurité, surveillance du corps, croyances religieuses sur la pureté corporelle/sacrifice de soi/culpabilité, cultures d'aide de Soi qui promeuvent les politiques de condamnation, etc (Madigan & Goldner 1998). En cas de transgression à ces « normes », nous nous punissons nous-mêmes par l'autocritique ou la culpabilité via l'autocontrôle (Lock et al. 2004). L'anorexie est le résultat le plus abouti de l'internalisation de ces discours sur l'autocontrôle, l'individualisme et la compétition : atteindre la maigreur est un signe de vraie volonté, de pouvoir et de succès (Lock et al. 2005). Le Soi est objectivé et devient le problème : « je suis anorexique ».

Dans une perspective narrative, la personne s'est faite « piégée » par l'anorexie, considérée par certains comme un « parasite discursif », « un meurtrier subtil » qui agit de manière invisible et silencieuse en promettant à la personne de réaliser son désir de réaliser parfaitement ces idées internalisées pour ensuite prendre le contrôle et parler en son nom : le décès devient la solution aux demandes sans cesse croissantes de Perfection (Lock et al. 2004). Ainsi, pour les tenants de l'approche narrative, les méthodes thérapeutiques qui amalgament la personne et l'anorexie échouent car elles renforcent l'idée que la patiente est une mauvaise personne majorant alors sa culpabilité de ne pas répondre à son désir de perfection : elle est alors plus réceptive aux voix de l'anorexie (qui reprennent les discours sociaux) qui la convainquent de ses défauts moraux et physiques, ce qui l'identifie encore plus au problème et augmente son autocritique (Lock et al. 2004).

2. Importance de l'externalisation et de la déconstruction

La résistance à l'anorexie se fait en trois étapes : séparer, inspecter, contester (Lock et al. 2005). Les conversations d'externalisation ont alors tout leur intérêt pour créer un espace entre la personne et l'anorexie et permettre de dévoiler les voix, tactiques, stratégies et intentions de l'anorexie qui jusque-là agissait dans l'ombre (Lock et al. 2004). Comment l'anorexie séduit-elle ou terrorise-t-elle ses victimes au point qu'elles cherchent refuge dans son étreinte mortelle ? Comment leur inflige-t-elle des tortures douloureuses, la privation et même la mort alors qu'elle les convainc qu'elles vont être sauvées, améliorées et atteindre la perfection ? (Lock et al. 2004).

L'externalisation de l'anorexie est complétée par la déconstruction des idées reçues, des croyances insidieuses et des peurs tenaces dans lesquelles la patiente est piégée (Madigan & Goldner 1998). Ces questions ouvrent un espace pour de nouvelles descriptions et exceptions auparavant restreintes par le problème et aident à redonner espoir.

Voici des exemples de questions permettant d'interrompre l'histoire de fusion entre l'anorexie et la patiente et d'affaiblir leur relation (Madigan & Goldner 1998) :

- **Déconstruire les tactiques de recrutement de l'anorexie :** Comment l'anorexie vous a-t-elle convaincu que vous n'êtes pas de valeur / que vous êtes sa protégée spéciale / que vous êtes seulement une personne anorexique ? Je me demande comment l'anorexie a réussi à vous mettre à l'écart de vos propres pensées et visions du monde ? Pensez-vous que vous êtes la seule personne à qui l'anorexie dit qui vous êtes ? Par quels moyens vous a-t-elle entraîné dans l'isolement et le désespoir ? Un bon ami vous aurait-il fait cela ? Comment vous a-t-elle incité à penser que l'hôpital et la mort étaient de meilleures alternatives que de vivre dans le monde libre ? Comment l'anorexie trompe-t-elle les gens avec des promesses de sécurité alors qu'elle les mène silencieusement à son but ultime, la mort ?
- **Situer l'anorexie dans une histoire alternative :** Quel effet cela fait-il d'être esclave de l'idée de perfection ? Y avait-il des facteurs hors de votre contrôle qui ont fait de l'anorexie une option attractive ? Qu'est-ce qui dans votre vie a le plus aidé l'anorexie ? Quand vous repensez à votre première rencontre avec l'anorexie, quelles promesses vous a-t-elle faites ? A votre avis, fait-elle les mêmes promesses à tout le monde ou vous a-t-elle fait penser que vous étiez spéciale ? La culture du « Le plus mince est le meilleur » a-t-elle de l'emprise les pensées des personnes en les éloignant d'autres qualités propres ?
- **Réassocier des contre-identités :** Y a-t-il eu des moments où vous n'étiez pas d'accord avec la vision professionnelle ou populaire que les autres avaient de vous ? Pouvez-vous vous rappeler des qualités antérieures au début de l'anorexie auxquelles vous aimeriez vous réassocier ? Comment avez-vous réussi à garder en vie ces pensées positives sur vous malgré ce que les autres disaient ? Pouvez-vous nommer la qualité qui vous a gardée en vie toutes ces années en dépit des tentatives de l'anorexie pour vous tuer ? Comment les professionnels en sont venus à oublier vos meilleures qualités ?

- **Expérimenter et apprécier la liberté :** A quel moment de la journée êtes-vous le plus libre de l'anorexie ? Comment faites-vous ? Qui a noté ces réussites ? Ce temps sans anorexie était-il délicieux ? Si vous rassemblez tous ces moments victorieux anti-anorexiques, quel effet cela aura-t-il sur l'anorexie ? Quels conseils pourriez-vous me donner pour les nombreux collègues qui ne savent pas comment aider au mieux les personnes à se libérer de l'anorexie ? Quels plans votre partie de vous libre d'anorexie a pour vous ? Quelles parties de votre vie et qualités allez-vous retrouver une fois que vous serez libre de l'anorexie ? Comment allez-vous faire pour vous juger vous-même et non par rapport au harcèlement de l'anorexie ? De quelles manières votre retour dans votre propre vie pourra être source d'inspiration pour d'autres femmes ?

- **Déconstruire les questions culturelles :** Pourquoi pensez-vous que l'anorexie essaie de dévorer certaines des meilleures femmes de notre génération ? Si une femme voulait protester publiquement sur les effets destructeurs de l'anorexie, que lui suggèreriez-vous de faire ? La violence que l'anorexie opère sur votre corps est-elle similaire ou différente à celle des hommes sur les femmes ? Que promeut notre société qui laisse la plupart des femmes avec un sens déformé de leur propre corps ? Savez-vous qui et quoi promeut l'éducation de la perfection ?

Par ailleurs, avant la première consultation, Madigan demande à la famille de remplir un questionnaire « Anti-Anorexia survey » (annexe 1) afin de mieux comprendre leurs expériences et croyances sur l'anorexie (Madigan & Goldner 1998).

3. Etudes

Les études réalisées à notre connaissance concernent l'effet des prises en charge groupales narratives avec des femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

La première (Madigan & Goldner 1998) a concerné 20 femmes, hospitalisées pour débiter un traitement pour troubles du comportement alimentaire, réparties aléatoirement dans un groupe « narratif » et un groupe contrôle. Huit sessions ont eu lieu dont deux avec les membres de la famille. Dans le groupe « narratif », les femmes avaient plus tendance à participer au traitement et à le poursuivre. Quelques semaines plus tard, elles apparaissaient plus optimistes pour la guérison, se définissaient comme séparées du problème et le sentiment de honte était réduit.

Une autre étude (Weber et al. 2006) a été menée sur un groupe thérapeutique (sans groupe contrôle) de 7 femmes âgées de 20 à 39 ans, présentant des troubles du comportement alimentaire depuis 5 à 23 ans associés à des symptômes dépressifs et motivées pour ce type de prise en charge. La thérapie a consisté en 10 séances hebdomadaires de 2h30 selon un cadre narratif. Des tests ont été réalisés 3 semaines avant et 3 semaines après la fin du groupe : DASS (auto-questionnaire sur la dépression, l'anxiété et le stress), EDI-3 (troubles du comportement alimentaire) et évaluation qualitative. Les résultats ont montré des effets positifs sur les échelles, renforcés par ceux de l'évaluation qualitative : réduction des comportements de purge ou de boulimie ainsi que de l'autocritique, hausse de l'espoir de changement et meilleure appréciation de certaines parties du corps. Ces évolutions ont été reliées aux effets de la thérapie narrative (externalisation, identification des tactiques du trouble du comportement alimentaire) et du groupe, sans pouvoir les différencier.

Ces deux études, qui ne sont pas statistiquement significatives, semblent en faveur d'effets bénéfiques de la thérapie narrative dans les troubles du comportement alimentaire, résultats qui restent à vérifier par des études de plus grande envergure.

B. Dans les dépendances aux produits

Les addictions aux produits sont elles aussi très marquées par les discours sociaux. Par exemple, dans le cas de l'addiction à l'alcool, ils associent la dépendance à un « manque de volonté, une faiblesse », majorant les fragilités narcissiques et les difficultés à prendre des initiatives souvent déjà existantes.

Dans le cas des dépendances aux produits, l'utilisation de l'externalisation paraît plus intuitive, l'objet de l'addiction étant déjà externe à la personne et le problème étant considéré comme la relation qu'entretient le patient (avec son histoire particulière) avec le produit (avec ses effets psychoactifs) dans un contexte particulier (environnement, représentations sociales).

Une équipe genevoise a créé « Mister Cannabis » (à paraître), résultat du croisement entre le questionnaire ADAD (sévérité de l'addiction chez l'adolescent) et la carte de conversation externalisante de White.

La même équipe genevoise a réalisé une étude (à paraître dans la revue *Addictologie*) sur un groupe intitulé « Construire ensemble une nouvelle histoire de vie » et constitué de patients alcoolodépendants ayant perdu espoir dans les processus thérapeutiques. Les 18 patients ont passé, lors de la première et la dernière session (6 à 8 séances au total), les échelles AHS (Alcohol Helpness Scale) et SOCRATES (Miller et Tonigan 1996). Tous les patients ont eu des gains sur les 2 échelles sans que cela ne soit significatif ni exploitable au vu de la taille limitée de l'échantillon et de l'absence de groupe contrôle.

V. En médecine somatique

Certains auteurs (Shapiro & Ross 2002) considèrent que les principes narratifs peuvent être appliqués dans la prise en charge de pathologies somatiques chroniques, notamment dans les cas de patients réputés difficiles et non compliant, déprimés ou anxieux... Elles ont aussi été étudiées dans l'accompagnement du handicap et mises en pratique dans l'entrée dans la démence.

A. Dans les pathologies somatiques chroniques

Toutes les pathologies chroniques, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques, touchent à l'identité du patient voire le redéfinissent complètement comme étant « malade », masquant toutes les autres facettes de son identité. Cela est particulièrement vrai pour les pathologies bien connues du grand public (VIH, cancer...) sur lesquelles véhiculent des représentations sociales bien ancrées qui peuvent constituer des « doubles peines » au fait d'être malade. La dernière campagne de publicité de l'Institut National du Cancer (« La recherche sur les cancers avance, changeons de regard ») illustre bien cette tendance à réduire la personne à la pathologie, en nous incitant à « changer de regard » : « Je suis une personne, pas un cancer. » Une approche narrative peut aider à retrouver des parcelles d'identités masquées par l'ombre de la pathologie.

1. Poser des questions : de l'interrogatoire au questionnement narratif

Le questionnement ou « interrogatoire » est un outil important par lequel les médecins cherchent à identifier la plainte principale, à préciser la symptomatologie, à retracer l'histoire de la maladie, et à formuler un diagnostic différentiel. L'interrogatoire cherche des réponses spécifiques pour confirmer ou modifier les conclusions médicales : il tend donc à privilégier la connaissance du médecin sur celle du patient. Cependant, comme nous l'avons déjà vu, certains professionnels de santé préfèrent maintenant utiliser une technique plus proche de l'ethnographie que du questionnaire pour recueillir des informations, générer une expérience et en découvrir le sens auprès de leurs patients (Charon & Wyer 2008). Finalement, la consultation médicale peut être considérée comme un pont entre l'histoire de la médecine moderne et l'expérience vécue du patient (Biggs & Hinton-Bayre 2008).

Ecouter les patients et reconnaître leur point de vue sont des principes basiques d'une médecine centrée sur le patient. Cela implique notamment d'encourager les descriptions du problème par le patient plutôt que les descriptions médicales. En

effet, le langage médical technique a tendance à mettre l'accent sur les processus pathologiques, les déficits et empêche souvent les patients d'accepter des histoires préférées ou souhaitables sur eux-mêmes.

L'approche narrative peut être particulièrement intéressante en cas de « non compliance » d'un patient, quand le praticien a le sentiment que le patient et la maladie se liguent contre lui pour le mettre en échec : l'extériorisation permet alors une triangulation pour créer une alliance médecin-patient contre le problème puis pour donner un sens à cette non compliance. Prenons l'exemple d'un patient diabétique qui a déjà connu de multiples complications cardiovasculaires, cutanées... et qui, malgré tout, ne suit pas les conseils d'hygiène de vie et les prescriptions de son médecin. Ce dernier, mis dans l'impuissance, peut très rapidement se sentir frustré, épuisé, agressé par ce patient qui sera qualifié d'être dans le déni et inobservant. Dans ce type de situation, il peut être utile de passer des recommandations (qui semblent inefficaces) à un questionnement narratif. Des questions peuvent être posées sur le sens que ce comportement a pour le patient, sur sa vision de sa maladie, de ce qu'est un « bon » et un « mauvais » malade diabétique et sur quelles croyances ou récits culturels cela repose... Cela va avoir pour effet de changer le point de vue du médecin car le patient ne sera plus considéré comme « un malade diabétique inobservant » (étiquette réductrice et péjorative) mais comme un individu dans sa globalité, ses particularités avec sa lecture du monde. Par exemple, au-delà de la non compliance, il s'agit peut-être de la difficulté à prendre soin ou à se soucier de Soi, soutenu par des croyances sociales sur comment être face à la maladie quand on est un Homme.

2. Etudes : intérêt de la thérapie narrative en médecine somatique

Il existe quelques petites études et articles sur l'intérêt des approches narratives en médecine somatique. Les objectifs sont divers : étudier l'expérience de la maladie et la signification qui y est attribuée afin de proposer des stratégies adaptées ou encore améliorer le sentiment d'initiative personnelle et d'identité...

a. Dans la prise en charge du handicap

L'expérience du handicap semble être une indication à une thérapie narrative dans le sens où il s'agit d'une « interaction entre le contexte social, les attentes et les capacités de l'individu ». Elle est d'ailleurs souvent l'objet de conceptualisations tragiques et stigmatisantes. Le plus douloureux n'est souvent pas le handicap en lui-même mais ses représentations sociales.

La notion de handicap, selon la perspective de quinze parents d'enfants handicapés, a été explorée avec une approche narrative (externalisation, déconstruction) (Goddard et al. 2007) pour examiner la nature construite de l'invalidité, l'aide offerte par les soignants selon leurs idées sur le handicap, les implications des histoires possibles sur « être différent ». Les groupes de parents ont rapporté que les stéréotypes et discours sociaux sur le handicap, relayés par la plupart des soignants, ne correspondaient pas à leur expérience vécue et que les soignants ne prenaient pas assez en compte leur contexte de vie. Les auteurs suggèrent que ce type d'approche narrative groupale pourrait être utile dans le soutien de parents.

Une analyse narrative des significations que les personnes âgées attribuent à leur vie après une fracture du col du fémur a été proposée pour identifier les personnes à risque de mauvaise réponse à la rééducation (Borkan et al. 1991). Les significations recherchées étaient celles en lien avec le modèle explicatif de la fracture, la signification du handicap et la vision de l'avenir. Il semble que certains aspects des récits initiaux prédisent l'évolution en ambulatoire à 3 et 6 mois : une attribution externe (l'environnement) plutôt que interne (la maladie) serait de meilleur pronostic, tout comme une conception du handicap compatible avec une indépendance, une autonomie et une connexion avec le monde environnant. En reconnaissant la nature psychosociale d'un événement blessant, plutôt que simplement le physique, les professionnels peuvent évaluer la possibilité d'adaptation et proposer des stratégies adaptées.

Les récits et le sens de l'identité de dix personnes ayant été victimes d'un traumatisme crânien lors d'un accident motorisé ou sportif il y a deux à douze ans ont été étudiés (Nochi 1998). Trois types de sentiments de perte de soi ont été identifiés : perte d'une connaissance de soi claire, perte de soi telle que définie par rapport à leur passé, perte de soi telle que définie par d'autres. En fonction du type de perte de soi, les professionnels ont proposés des interventions différentes. L'approche narrative a été utilisée pour aider les patients à faire face à la perte de l'autonomie en identifiant le problème comme extérieur à la personne : le sentiment d'impuissance étant moindre, les patients se sont révélés être moins déprimés.

b. En gériatrie

Le processus de vieillissement peut s'accompagner à la fois d'émergence de maladies chroniques, qui peuvent enfermer les patients dans une « histoire saturée par le problème », ainsi que d'un sentiment de perte (de mémoire, d'autonomie, de compétences, de libertés, de soi, de contrôle...), source d'anxiété et de dépression et de ce que l'on pourrait appeler une « *crise de l'identité* » (Young 2010).

Le Soi des personnes âgées est divisé entre les valeurs culturellement dominantes concernant la mémoire et l'identité (« je devrais me souvenir ») et leur expérience (« j'ai oublié »). Il existe en effet un impératif culturel intériorisé de « se souvenir », basé sur les valeurs sociétales de contrôle, d'efficacité et de progrès. Renoncer à cette capacité est difficile, les personnes âgées étant tenues de la maintenir sous peine que leur identité soit redéfinie. Le thérapeute narratif se doit donc de renoncer à une construction chronologique de l'histoire et à une obligation de « se souvenir » de détails insignifiants : cela autorise l'émergence d'exceptions qui forment des thèmes d'histoires de vie résistants à la progression temporelle linéaire et donc à la menace des troubles mnésiques. L'identification de ces thèmes donne du sens à la vie de la personne âgée.

Certes, les troubles cognitifs empêchent une reconstruction chronologique et logique de l'histoire du patient mais cette absence de lien ne signifie pas absence de sens :

central dans le thérapie narrative, le sens peut être trouvé via des exceptions permettant d'établir une vision préférée du Soi. Celle-ci doit être davantage basée sur des aspects socialement construits de l'identité, les aspects personnels étant sur le déclin. Dans le cas de la démence, certains auteurs (Young 2010) proposent une intervention à un stade précoce pour aider le patient à faire face au profond sentiment de perte : une révision de sa propre histoire de vie est un moyen de traiter la perte alors que le patient conserve une certaine conscience de soi et la capacité de faire du sens.

B. Dans la prise en charge du deuil

Dans la compréhension occidentale classique du deuil, celui-ci est résolu quand ont été atteints l'acceptation de la permanence de la perte de la personne aimée et le désir de poursuivre une nouvelle vie sans cette personne. Il s'agit de la métaphore de « dire au-revoir ». D'après son expérience clinique des deuils pathologiques, Michael White a observé que les personnes « *semblent avoir perdu leur propre soi autant qu'elles ont perdu la relation aimée* », expliquant leur « *sentiment de vide, d'être sans valeur et déprimées* » (M. White 1988). Il en a déduit que, pour certaines personnes endeuillées, les théories occidentales de compréhension de la mort et de prise en charge du deuil (notamment la métaphore « dire au-revoir ») n'étaient pas efficaces.

Selon une perspective narrative, au-delà du deuil matériel de la personne réelle, le deuil est surtout celui de la part qu'avait prise le défunt dans le Soi de la personne endeuillée, cette partie du Soi qui est anéantie et demande une reconstruction, par le travail de deuil (Millet 2009). Déconstruire l'histoire douloureuse et en réécrire une autre qui a plus de sens peut amener les endeuillés à avoir une autre vision, peut-être moins pénible, de la perte de l'être aimé dans le futur, notamment en s'appuyant sur ses contributions tout au long de sa vie. Cela se fait notamment par un réengagement dans la relation, qui perdure malgré le décès du proche et est invitée à changer (Hedtke 2000).

1. En soins palliatifs : dans l'accompagnement et la préparation du patient et de ses proches au décès

Approcher sa mort ou celle d'un proche est source d'un des plus grands stress auquel l'Homme doit faire face, d'autant que de toutes les émotions engendrées, la peur est la plus importante. Celle-ci peut entraîner des réactions de défense telles que le déni ou un besoin de régler toutes les affaires en cours (financières, conflits...), ce qui peut causer de fortes détresses émotionnelles. Par ailleurs, cette période de la vie est souvent un moment existentiel de recherche de sens du type « Quel a été le sens et l'utilité de ma vie ? ». Ce dernier retour sur la vie provoque parfois une déception, des regrets et des ruminations négatives, douloureuses pour le patient mais aussi pour ses proches qui en sont témoins. C'est pour ces raisons que certains auteurs considèrent que les bénéfices potentiels de l'utilisation d'une approche narrative dans la préparation de la mort et du deuil sont importants (Noble & Jones 2005), d'autant que l'un des enseignements des soins palliatifs est de privilégier la vie et non pas la mort : « *Jusqu'à la mort, accompagner la vie* » (Millet 2009).

Replacer l'expérience de la maladie et de la mort dans une histoire de vie, en ne se focalisant pas sur les problèmes actuels, aide la personne à donner un sens à ce qui se passe en ce moment de turbulence émotionnelle et à mettre en balance à la fois des expériences positives et négatives. Quand cela a lieu, un bénéfice de l'état psychologique du patient est rapporté (Jones & Lyons 2003). Le patient réalise que, bien que dans une situation palliative, il y a encore des choses qu'il peut accomplir. Par ailleurs, externaliser certains problèmes peut aussi être utile, tels que la culpabilité, par exemple, chez les grands fumeurs en oncologie.

2. Dans le cas de deuils pathologiques : « Dire Hullo de nouveau » ou l'incorporation de la relation perdue dans la résolution du chagrin

C'est en travaillant avec les Aborigènes en Australie que Michael White s'est inspiré de leur manière de vivre le deuil qui consiste à « ne pas dire au-revoir » mais à rester en contact avec les personnes décédées. Il a alors imaginé un autre type de résolution du deuil en formulant des questions permettant de réintégrer la relation avec la personne aimée et perdue : la métaphore de « *Dire Hullo (bonjour) de nouveau* ». En utilisant ce questionnement à quatre étapes (M. White 1988), que nous allons illustrer par un cas clinique, White a observé une régression des sentiments de vide, de dépression, d'inutilité. C'est aussi à partir de cette trame que White a développé les « Conversations de regroupement ».

Mme R est une jeune femme d'origine turque, âgée de 30 ans, en couple, sans enfant, sans antécédents psychiatriques, bien insérée socialement et professionnellement jusqu'au décès de son père il y a 3 ans. Son père est décédé brutalement d'une crise cardiaque la veille du mariage de la sœur de Mme R, en Turquie, où toute la famille était réunie pour les festivités. Ce décès est vécu comme un traumatisme pour Mme R qui va être hospitalisée deux mois après en HDT pour un état psychotique transitoire à l'occasion du mariage d'une cousine paternelle en Turquie. Un traitement par antidépresseur est institué ainsi qu'un suivi au CMP, entraînant une amélioration clinique partielle mais ne permettant pas la reprise de son activité professionnelle. Un an plus tard, elle est de nouveau hospitalisée pour le même tableau clinique pendant un mois, en Turquie, après être allée se recueillir sur la tombe de son père : amélioration sous antidépresseur et antipsychotique. Depuis un an, absence de symptômes psychotiques et amélioration clinique partielle dominée par un deuil pathologique.

Cette conversation a lieu lors de la troisième consultation avec nous, après deux mois de non venue au CMP. Mme R se présente les yeux rougis, avec des plaintes somatiques multiples, s'excusant de ses absences répétées dues à l'intensité du syndrome dépressif et à son repli. La douleur morale est perceptible, en lien avec

son sentiment d'incapacité et de culpabilité mais surtout avec le deuil de son père. Rapidement, elle se met à pleurer et à redérouler le scénario du décès de son père de manière identique à la précédente consultation.

ALH : « Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous actuellement ? »

Mme R : « De vivre dans la maison de mon père... (en larmes) Un moment je me suis mis en tête qu'il était toujours vivant et ça allait mieux... Mais là c'est trop dur, je n'arrive pas à l'oublier »

ALH : « Je me demande si oublier votre père est la meilleure manière d'aller mieux : peut être que votre souffrance est le témoin que vous l'avez peut être trop oublié... (Mme R semble se calmer un peu, attentive) Vous seriez d'accord que l'on parle de votre père et de la relation que vous aviez tous les deux ? »

Mme R de nouveau se met à pleurer fortement pendant plusieurs minutes : « Il ne devait pas partir, c'est trop dur...J'aimerais lui reparler une fois, rien qu'une fois...J'ai tellement de choses à lui dire... »

ALH : « Ce que je vous propose est justement de redire bonjour à votre père, vous seriez d'accord ? »

Mme R me regarde, surprise « Oui. »

Expérimenter l'expérience : il s'agit d'interroger le patient sur ce que la personne décédée avait apprécié en lui, en l'invitant à être témoin de son identité par les yeux du proche décédé. Cela permet de faire revivre pleinement des souvenirs grâce à l'intégration d'émotions.

ALH : « Très bien. Je me demandais ce que votre père voyait en vous, ce qu'il appréciait en vous ? »

Mme R après un petit temps de réflexion : « Moi par rapport aux autres, j'adore le chocolat et quand il a été hospitalisé pour sa rupture d'anévrisme, je lui ramenaient des tablettes de chocolat... En cachette car il n'avait pas le droit et ma mère ne voulait pas (après être apparue plus vivante, se remet à pleurer). Les médecins nous ont toujours dit que s'il s'en était sorti c'est qu'il était fort et qu'il mangeait bien. »

ALH : « Qu'est-ce que cela vous apprend sur vous-même ? »

Mme R semble ne pas avoir entendu notre question (nous avons certainement voulu être trop rapide) et ré-évoque pendant plusieurs minutes des moments de relation privilégiée avec son père caractérisées par des transactions secrètes entre eux,

transgressives dans le but de faire plaisir à son père et à l'insu de sa mère. Nous la laissons faire car elle apparaît plus détendue, souriante, semblant revivre ses souvenirs oubliés. Nous finissons par reposer la même question.

Sélectionner des connaissances alternatives : l'évocation de souvenirs permet la redécouverte et la réactivation des versions alternatives oubliées du Soi. Il s'agit alors d'explorer les effets que vont avoir ces nouvelles conceptions de leur identité dans leur vie quotidienne.

ALH: « Qu'est-ce que cela vous apprend sur vous-même ? »

Mme R : « Je voulais que mon père soit bien. »

ALH : « Ca avait effectivement l'air d'être très important pour vous. Mais qu'est-ce que votre père a remarqué de différent chez vous, que se disait-il de vous quand il vous voyait si attentive à lui ? »

Mme R : « C'est un peu comme s'il pouvait me faire confiance, je crois » Puis de nouveau, illustre cela avec des anecdotes.

Nous reprenons et résumons les différentes anecdotes puis reposons la question : « Que savez-vous à propos de vous même quand vous ramenez à la vie ces choses appréciables que votre père savait de vous ? »

Mme R : « Qu'il pouvait me faire confiance... Que je suis serviable, généreuse... Que je suis calme... Que je rigolais tout le temps... »

De nouveau, elle est dans le besoin de raconter des anecdotes en lien avec ces caractéristiques, alternant sourires et pleurs liés à la prise de conscience de la perte. Nous reprenons ensuite en résumant sur un ton hypnotique les différentes qualités qu'elle avait mis en évidence puis « Quelle différence cela ferait dans la façon dont vous vous sentez si vous pouviez apprécier cela en vous maintenant ? »

Mme R : « Je pourrais apprécier des choses simples comme avant, j'aurais plus d'envies. »

Faire circuler la connaissance à propos de Soi : il s'agit ensuite d'introduire un auditoire, des témoins afin de redonner vie et d'épaissir ces connaissances alternatives du Soi.

ALH : « Comment est-ce que vous pourriez faire savoir à vos proches que vous avez réintégré ces découvertes attirantes à propos de vous même et qui étaient

clairement apparentes à votre père ? Quelles différences cela ferait dans vos relations avec les autres ? »

Mme R : « J'aurais toujours le sourire... Je chercherais à faire plaisir... Je pourrais de nouveau supporter le bruit, être plus patiente et garder mes nièces... Je serais plus active...Je recevrais plus de monde. »

Nous avons ensuite détaillé certains de ces changements en les inscrivant dans des contextes relationnels et en les anticipant.

La conscience de produire des productions, anticipation : il s'agit de rendre acteurs et de faire anticiper les patients sur les changements qu'ils peuvent attendre suite à cette prise de conscience de Soi alternatifs.

Exemples : « Comment cela va vous rendre capable d'intervenir dans votre vie ? Quelles différence cela va produire pour le prochain pas que vous allez faire de savoir cela ? En accomplissant ce prochain pas, que pensez-vous pouvoir découvrir de nouveau à votre sujet ? »

Dans le cas présent, ces questions ont été posées en même temps que les questions précédentes.

A la fin de la consultation, Mme R a les yeux un peu plus rougis mais le sourire est plus facile et nous lui avons proposé de pouvoir écrire une lettre à son père. Cette conversation aurait certainement mérité un temps plus long et d'être reprise plus intensément lors des consultations ultérieures. Elle a été le point de départ d'un nouveau tournant dans la prise en charge : Mme R est venue à chacun des rendez-vous posés par « envie de se prendre en main, d'avoir le courage de venir » et le contenu des conversations était moins envahi par le décès de son père, mettant en avant « pouvoir plus accepter son décès ». Son projet était de pouvoir initier des conversations sur son père dans la famille, sujet qui restait encore tabou.

CHAPITRE 4 : CE QUI TRANSCENDE LA THERAPIE

L'une des particularités de la thérapie narrative est qu'elle met en action des idées philosophiques. En effet, Michael White a modélisé et enrichi sa pratique en établissant des ponts entre celle-ci et des théories des philosophes critiques français tels que Derrida (déconstruction), Foucault (pouvoir et objectivation des personnes), Deleuze (pouvoir), Bruner (narration). Pratiquer la thérapie narrative n'est pas seulement une application de « techniques » mais demande un minimum d'engagement philosophique notamment en ce qui concerne la construction de la pathologie, le pouvoir, la notion de vérité, l'identité...

I. Liens avec la résilience

En étudiant l'approche narrative, nous nous sommes interrogée sur les liens qui existaient avec le concept de résilience, diffusé en France par Boris Cyrulnick : la thérapie narrative peut-elle activer un processus de résilience ?

« Le lien et le sens, les deux mots qui permettent la résilience. » (Cyrulnick 2002)

« Tout récit de soi construit l'identité narrative et peut devenir un facteur de résilience, à condition que l'alentour familial et culturel lui donne un statut, un réseau de rencontres où il pourra trouver une expression partageable. » (Cyrulnick 2002)

A. La résilience

Une des définition de la résilience est *« la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères »*. Mais résilience n'est pas synonyme d'invulnérabilité : elle n'est ni absolue, ni acquise une fois pour toutes. En outre, elle s'exprime différemment selon les individus et les

cultures, la nature du traumatisme, le contexte et le niveau de développement : *« C'est un processus diachronique et synchronique : les forces biologiques développementales s'articulent avec le contexte social, pour créer une représentation de soi qui permet l'historisation du sujet »* (Cyrulnik 1999).

1. Émergence du concept de résilience

Le concept de résilience, issu des sciences physiques, définit la capacité pour une barre de métal à retrouver son état initial après avoir subi un choc. C'est Bowlby qui a utilisé pour la première fois ce terme en psychologie.

Les premiers travaux sur la résilience ont été ceux de Emmy Werner, psychologue américaine, qui a étudié l'évolution sur 30 ans d'une cohorte de 698 enfants nés dans une île d'Hawaï en 1955 (Werner 1989). Parmi les 201 enfants qui étaient considérés, à l'âge de deux ans, à risque élevé de développer des troubles du comportement à l'âge adulte, 72 sont devenus des personnes totalement adaptées dans leur société et dans leur existence, sans aucune aide psychologique : elle parle de « sujets vulnérables mais invincibles ». En outre, deux tiers des sujets non résilients à l'adolescence le sont devenus à l'âge adulte : il y a eu au total près de 80 % d'évolutions positives.

Cette étude, ainsi que les travaux ultérieurs, remet en cause l'inéluctabilité des troubles psychiques après un traumatisme ainsi que les tragédies transgénérationnelles, relayées par le discours social, basées sur le fait que les professionnels ne recrutent que les sujets qui vont mal : *« A ceux qui disent « troubles précoces, effets durables », on peut répondre que les troubles précoces provoquent des effets précoces, qui peuvent durer, si l'alentour familial et social en fait des récits permanents »* (Cyrulnik 1999).

2. Le traumatisme

Dans « Au-delà du principe de plaisir » (Freud 1927), Freud définit le traumatisme comme une « effraction » brutale de la couche de pare-excitations, enveloppe anorganique qui protège normalement l'appareil psychique des impacts incessants des excitations externes, associée à une réaction d'effroi : le psychisme n'est alors pas préparé par l'angoisse pour lier ces excitations, ce qui peut engendrer une névrose traumatique.

Cyrulnick s'appuie sur cette conception freudienne, considérant le traumatisme comme une « *effraction psychique* » (Cyrulnik 2002) dans le développement du sujet. De plus, « *il faut frapper deux fois pour faire un traumatisme* » (Cyrulnik 2001) :

- Le premier coup se situe dans le réel et a un effet direct : c'est la douleur de la blessure ou l'arrachement du manque qui nécessitent un long travail de cicatrisation.
- Le deuxième coup se situe dans la représentation du réel : c'est la souffrance d'avoir été humilié, abandonné. Elle dépend de la signification que le sujet accorde au premier coup, notamment sous le regard des autres, de leurs représentations, de leurs réactions et de la charge affective qui lui est attribué. « *C'est une coproduction entre le récit intime que se construit le blessé et l'histoire qu'en fait son contexte culturel* » (Cyrulnik 2002).

Le pouvoir du traumatisme n'est donc pas prédictible. Les événements de vie traumatiques sont ceux qui vont être mémorisés du fait de l'émotion vécue sur le moment, de la sensibilisation individuelle acquise à ce type d'événement et de la signification qui va lui être attribuée : « *Quand un fait ne s'intègre pas à notre histoire parce qu'il n'a pas de sens, il s'efface* » (Cyrulnik 2002). Ce n'est donc pas l'objectivité d'une situation qui éprouve le plus mais l'aspect relationnel, contextuel et les représentations qui façonnent le psychisme.

3. Les facteurs de résilience

La résilience dépend de l'interaction entre des ressources internes (affectives et comportementales) et des ressources externes (sociales et culturelles). Pour que les ressources internes puissent s'exprimer, elles nécessitent des « *tuteurs de résilience* » externes : « *On ne devient pas résilient tout seul* » (Cyrulnik 2001).

La notion d'attachement, empruntée à Bowlby, illustre bien cette interaction : le développement d'un attachement sécure dans les interactions précoces permet à l'enfant d'acquérir un mode de relation (comportements de charme attirant la sympathie, capacité d'empathie et de sociabilisation), une sécurité interne, une estime de soi et une capacité d'autonomisation qui vont être des ressources internes importantes de résilience. Si cela n'a pas été le cas, des « *rencontres qui éveillent* », avec d'autres personnes apportant compréhension et appui, peuvent à tout moment générer la résilience. Finalement, « *ce qui détermine la qualité de la résilience est la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après* » (Cyrulnik 1999).

Les « tuteurs de résilience » ont aussi un rôle important dans l'espace et les possibilités d'expression qu'ils offrent à l'individu pour « *métamorphoser sa souffrance* » (Cyrulnik 1999), notamment sa signification ou l'émotion associée grâce au dessin, au théâtre, au récit, à la réflexion : « *Le prix de la résilience est l'oxymoron* » (Cyrulnik 1999). L'humour, par exemple, est un facteur de résilience important, à la fois libérateur et sublimant. En effet, « *l'humour n'est pas fait pour rigoler* » (Cyrulnik 2001) mais pour métamorphoser une souffrance en événement social agréable. Redevenir maître de ses émotions et de ses actions (Cyrulnik 2001), tout en les partageant avec les autres est un facteur de résilience.

« *La mise en place d'un processus de résilience externe doit être continue autour d'un enfant blessé : la première maille est son accueil juste après l'agression, la 2^e exige que les familles et les institutions lui offrent des lieux pour y reproduire les représentations, la 3^e maille est socioculturelle et se met en place quand la société propose aux enfants la possibilité de se socialiser.* » (Cyrulnik 2001)

Cyrulnick utilise la métaphore du tricot pour illustrer le processus de résilience :

« La résilience n'est pas une substance mais un tricot qui noue une laine développementale avec une laine affective et sociale. Une maille à l'endroit pour notre passé et notre vie intime, une maille à l'envers pour notre culture et nos proches. Ce tricot change à chaque maille, zone de vulnérabilité. Cette métaphore élimine les notions de force et de faiblesse de l'individu. » (Cyrułnik 1999)

B. Points communs avec l'approche narrative

1. Aspect relationnel et culturel

Le concept de résilience et la thérapie narrative insistent sur l'aspect relationnel et culturel des difficultés des patients et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, *« si un événement s'imprègne dans la mémoire d'une personne, c'est qu'il a été mis en lumière par les réactions émotionnelles de l'entourage ou par l'importance que lui attribue la culture »* (Cyrułnik 1999). Tous les événements ne sont pas d'importance égale, importance qui dépend de la signification attribuée selon la grille de lecture, qui est culturelle, du patient.

Par ailleurs, Cyrułnick insiste sur le *« pouvoir façonnant du regard des autres »* (Cyrułnik 1999) : *« Nous sommes tous co-auteurs du discours intime des blessés de l'âme [...] le monde intime du traumatisé dépend aussi du monde intime de la personne à qui il se confie et de la charge affective que le discours social attribue à l'événement traumatisant. Ce qui veut dire que la manière dont tout le monde parle du trauma participe au traumatisme, le panse ou l'ulcère »* (Cyrułnik 2002). Ce regard porté par les proches et la culture, est considéré comme pouvant être blâmant, aliénant et réducteur. Une personne qui livre un drame *« deviendra caractérisée par son drame qui deviendra « l'explication » de toute sa personnalité et même de son histoire »* (Cyrułnik 1999) : elle subit encore plus son drame sous le poids de la représentation sociale, d'autant que *« la contrainte à exprimer son malheur affronte l'exigence de ne laisser passer que ce qui est socialement acceptable »* (Cyrułnik 1999).

Enfin, la réponse apportée par la société aux difficultés des patients est trop souvent en termes de « *mesures assistanciennes* », « *les enfermant ainsi dans leur sentiment d'incapacité, d'impuissance, d'absence d'influence sur leur destin* » (Manciaux 2001). La seule manière d'exister se trouve alors la revendication de statut de victime, seule preuve de reconnaissance de la souffrance.

Ce changement de regard, à travers la résilience et les thérapies narratives, implique, pour les professionnels, une remise en question de bien des idées reçues et de certaines attitudes personnelles, corporatistes, culturelles et institutionnelles (Manciaux 2001).

2. Un changement de regard : prendre de la distance avec nos représentations et se focaliser sur les ressources

Prendre en compte le phénomène de résilience conduit les professionnels à remettre en cause certaines idées préconçues, tels le déterminisme fataliste et la reproduction transgénérationnelle, pour chercher et mobiliser les ressources et compétences des personnes afin qu'elles se construisent elles-mêmes un chemin de vie (Manciaux 2001). « *C'est à la fois la résistance à la destruction et la construction d'une existence valant d'être vécue.* » (Manciaux 2001)

Ce changement de regard, plus valorisant, peut se faire à trois niveaux (Manciaux 2001) :

- Niveau social : en blâmant et assistant moins les patients afin de moins les stigmatiser et les enfermer dans un statut d'incapacité et de victime. « *Nous nous trompons de malade. Ce n'est pas tant sur le blessé qu'il faut agir afin qu'il souffre moins, c'est surtout sur la culture* » (Cyrulnik 1999).
- Niveau des professionnels de la relation d'aide : en s'interrogeant plus systématiquement sur leur regard porté sur les patients, leurs représentations sociales, les émotions ressenties lors de la relation thérapeutique, et en se

centrant davantage sur la recherche de ressources afin de devenir un tuteur de développement et d'intégrer un processus de résilience dans le travail (Maestre 2002). Sans être naïf des problèmes et difficultés, il s'agit de les mettre en balance avec les compétences, même latentes, des patients (Manciaux 2001).

- Niveau du patient : un regard social et professionnel plus valorisant permettrait finalement de renforcer l'estime de Soi et un regard sur Soi plus positif, facteurs de protection dans le développement de la résilience.

3. La thérapie narrative peut-elle être un moyen de résilience ?

Comme nous l'avons déjà souligné, au centre de la thérapie narrative se trouvent les notions de déconstruction des idées reçues, de recherche d'exception afin de mettre en lumière les ressources et valeurs du patient ainsi que de mettre en évidence des regards nouveaux portés par les proches sur la personne : ce sont autant de facteurs de résilience.

Par ailleurs, « *il faut comprendre et agir pour enclencher un processus de résilience* » (Cyrulnik 2001). Si comprendre est ici interprété comme donner un sens aux événements (et non comme donner une relation de causalité) et agir comme redevenir acteur de son histoire, alors la thérapie narrative pourrait enclencher un processus de résilience, d'autant que le médiateur utilisé, le récit, est une des possibilités de transformation de la souffrance : « *Le récit permet de donner un sens aux souffrances : tous les chagrins sont supportables si on en fait un récit. En attribuant un sens à l'événement, l'éprouvé s'en trouve modifié* » (Cyrulnik 2001).

Finalement, le thérapeute narratif peut devenir un « tuteur de résilience » en aidant le patient à donner un autre sens à sa souffrance, notamment en s'appuyant sur l'absent mais implicite, afin que celle-ci ne soit plus considérée comme une intruse mais constituante de son histoire : « *On ne réussit jamais à liquider nos problèmes, il*

en reste toujours une trace, mais on peut leur donner une autre vie, plus supportable et parfois même belle et sensée » (Cyrulnik 2001).

II. Une réflexion philosophique

La thérapie narrative est plus qu'un ensemble de techniques. Par ailleurs, les idées narratives occupent une place centrale dans le contexte du constructionnisme social et du post-modernisme et ont un impact à la fois politique et personnel.

A. Réflexion sur le pouvoir

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la thérapie narrative s'intéresse au contexte socioculturel et politique dans lequel vit l'individu. Les thérapeutes narratifs reposent donc la question du pouvoir, longtemps éludée en thérapie. Michael White s'est beaucoup appuyé sur les travaux de Michel Foucault, même si cela dépasse les intentions du philosophe d'autant que celui-ci considérait les thérapies comme inévitablement oppressives.

1. Réflexion sur le pouvoir dans le champ de la thérapie familiale

Dans le domaine de la thérapie familiale, peu de réflexion a été menée sur la question du pouvoir. Cela est en partie expliqué par l'influence de Bateson qui considérait le pouvoir de manière linéaire et unilatérale, rendant ce phénomène non pertinent au vu de la non prise en compte de l'interaction et de la circularité. En outre, il associait pouvoir et corruption :

«On dit ordinairement que le pouvoir corrompt. Il me semble que c'est là un non-sens. Ce qui est vrai, c'est que l'idée de pouvoir corrompt à coup sûr: le pouvoir

corrompt le plus rapidement ceux qui croient en lui, et qui sont les mêmes que ceux qui le désirent le plus. De toute évidence, notre système démocratique tend à offrir le pouvoir à ceux qui en sont assoiffés, tout en donnant à ceux qui n'en veulent pas, l'occasion d'éviter de l'obtenir. Cet arrangement n'est pas très satisfaisant dans la mesure où le pouvoir corrompt ceux qui y croient et qui le recherchent. » (Bateson 1977).

Jusqu'au début des années 1980, la théorie systémique préfère parler de hiérarchie. C'est la naissance du mouvement féministe qui relance les questions sur le pouvoir, via les problèmes d'oppression entre les hommes et les femmes. A partir de ce moment, la circularité et la complémentarité n'éliminent plus le pouvoir mais peuvent en être une technique (Le Goff & Chebili 1998). Finalement, le débat sur le pouvoir se résumait à deux positions : le pouvoir existe-t-il réellement, manié par certains pour en réprimer d'autres ? Ou bien le pouvoir est-il seulement construit par le langage, co-créé par ceux qui en ressentent les effets ? La réflexion de Foucault sur les effets négatifs mais aussi positifs et constitutifs du pouvoir permet de sortir de cette impasse.

2. Influence de Michel Foucault

Michel Foucault (Poitiers 1926 - Paris 1984), philosophe, se considérait comme « un historien des systèmes de pensée ». L'ensemble de son œuvre s'élabore dans une archéologie philosophique du savoir (en particulier sur la folie et la mort), l'expérience littéraire, l'analyse des discours et les pratiques de subjectivation. La problématique du pouvoir est centrale dans son œuvre. Il s'est aussi beaucoup engagé, notamment dans le Groupe Information Prison, pour déstabiliser les relations de pouvoir existantes et non pour construire de nouvelles utopies (sources de nouvelles relations de pouvoirs...) : il ne s'agissait pas pour lui d'améliorer les pratiques sociales mais d'en analyser et d'en critiquer les enjeux théoriques et pratiques.

Selon Foucault, le pouvoir n'est pas une substance, il n'existe qu'en acte et s'exerce à partir de points multiples à un niveau local en suivant une hiérarchie ascendante,

remettant en question la séparation dominants/dominés. Les relations de pouvoir sont intentionnelles et font partie des relations humaines. Enfin, là où il y a pouvoir, il y a résistance et liberté (Le Goff & Chebili 1998).

a. Pouvoir, connaissance, techniques d'assujettissement et d'objectivation des personnes

Foucault a analysé comment, dans des contextes historiques précis, les pratiques thérapeutiques articulaient pouvoir et connaissance, indissociables selon lui. Il distingue trois sortes de savoirs : dominant (la norme), érudit (« les exceptions qui confirment la règle ») et populaire.

Au delà de la réduction du pouvoir à une domination interpersonnelle et à une répression, le pouvoir est considéré comme constitutif de la vie sociale. Chacun subit les effets et exerce un pouvoir vis-à-vis d'autrui, même si tout le monde n'est pas égal dans l'exercice du pouvoir et la souffrance liée à la soumission. En revanche, c'est en isolant certains savoirs spécifiques des savoirs discontinus qui circulent autour d'eux que l'on confère du pouvoir à leur discours (M. White & Epston 2009). Dans cette perspective, un thérapeute est un expert et fait partie des éléments du dispositif des pratiques divisantes et du contrôle social.

Dans ses travaux, Foucault décrit trois techniques d'objectivation et d'assujettissement des sujets dans lesquelles pouvoir et connaissance sont les deux faces du même processus (Le Goff & Chebili 1998) :

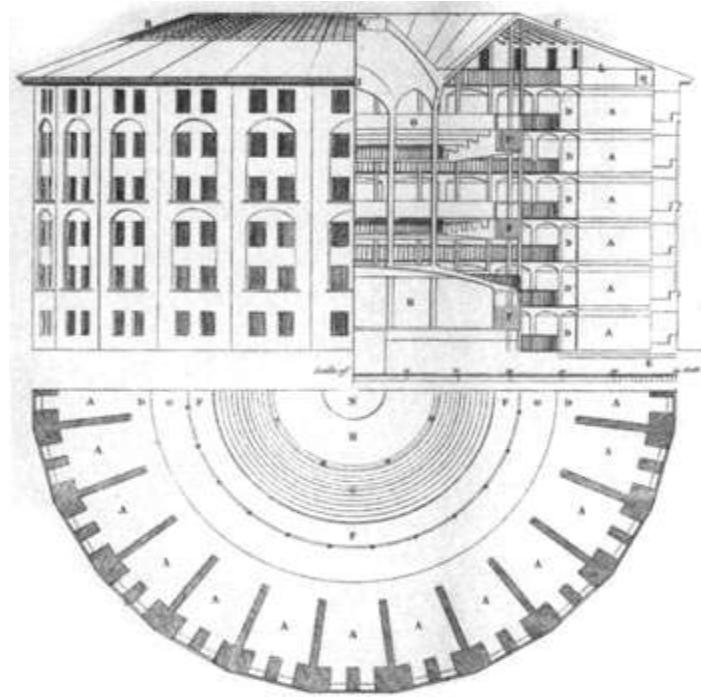
- **Les pratiques divisantes** se traduisent par la stigmatisation et la normalisation de certaines catégories, comme les minorités ethniques, certaines maladies mentales ou physiques (la schizophrénie ou le SIDA par exemple).
- **La technique totalisante** fait référence à une classification scientifique construite suite à une observation objectivante des personnes.

- **L'internalisation personnelle du discours** produite par les pratiques divisantes et la technique totalisante. Ce mode d'objectivation est considéré comme plus actif pour la personne car il représente une tentative de contrôle de soi.

Ces techniques sont omniprésentes dans les sociétés occidentales modernes, ayant permis d'étendre le contrôle social grâce au façonnage des individus en « *corps dociles* » (Foucault 1975). En effet, ces techniques autorisent l'exclusion de personnes et leur objectivation par le biais de l'attribution d'une identité personnelle ou sociale : elles spécifient l'identité des individus de manière très individualiste et les répartissent autour d'une norme.

b. Le panoptique : métaphore du pouvoir moderne

Auparavant, le pouvoir « traditionnel » ou « souverain » s'exerçait par la visibilité du souverain au peuple (cérémonies, spectacles, exécutions publiques...) dont les individus étaient eux invisibles : c'était à son point d'origine (le souverain) que le pouvoir était le plus intense mais cette forme de contrôle social coûtait très chère et se révélait peu efficace. Par opposition, l'efficacité du pouvoir moderne dépend de sa capacité à rendre les gens toujours visibles et la source de pouvoir invisible : cette forme de contrôle social est plus intense à ses points de contacts (les sujets). Une métaphore du pouvoir moderne est le panoptique, forme architecturale créée par Jérémy Bentham au XVIIIème siècle. Il était considéré comme le modèle « idéal » de forme de pouvoir, économique, maximalisant l'efficacité des individus tout en minimisant les efforts requis pour les surveiller. A part quelques applications (hôpitaux et prisons), il n'est pas si efficace dans la soumission des individus mais reste une métaphore intéressante du pouvoir moderne.



Le panoptique de Bentham

Le panoptique est un bâtiment circulaire de plusieurs étages, chacun divisé en pièces dans lesquelles deux fenêtres se font face, dont une largement ouverte sur la cour centrale. Il n'y a pas de contact direct entre les pièces. Ce bâtiment est autour d'une cour et chaque pièce fait face à une tour d'observation qui est au centre. Dans cette tour, les gardiens peuvent surveiller en permanence les faits et gestes des autres personnes, sans être vus grâce à une disposition soigneuse des fenêtres de la tour : les personnes ne savent jamais si elles sont surveillées ou non et n'ont donc d'autre choix de supposer que c'est toujours le cas. Elles se vivent comme soumises à un regard toujours présent, les incitant à agir comme si elles étaient observées constamment. *« C'est le fait d'être vu sans cesse, de pouvoir toujours être vu, qui maintient dans son assujettissement l'individu disciplinaire. »* (Foucault 1975)

C'est donc un système de surveillance efficace et économique car facilitant l'auto-soumission et nécessitant peu de surveillants. C'est aussi un modèle très autonome car les gardiens du pouvoir eux-mêmes sont objets de ce pouvoir : *« Ainsi, le panoptique offre un mécanisme par lequel toutes les personnes sont à la fois un sujet et un instrument, ou un véhicule du pouvoir »* (M. White & Epston 2009).

Cette disposition favorise les techniques d'assujettissement. L'observation des individus facilite un rassemblement statistique et la construction de connaissances unitaires et globales sur les personnes. Les pratiques d'individualisation, de classification (technique totalisante), de normalisation (pratique divisante) y sont plus aisées. Par ailleurs, cette structure permet l'entraînement et la correction des individus selon les normes sociétales établies : les individus se sentent en permanence évalués par celles-ci via un regard et un « *jugement normalisateur* » (Foucault 1975). Ainsi, sous la menace d'une surveillance constante, les personnes en viennent à être vigilantes et à auto-évaluer constamment leurs actions, dans un processus actif d'auto-soumission aux normes (internalisation personnelle des discours). Par ailleurs, chacun est isolé dans son expérience et sa soumission au « *jugement normalisateur* » : le contre-pouvoir est neutralisé par l'isolement et l'absence de coalition possible entre les individus qui pourrait amener à la protestation.

« Ce modèle fournit un système de contrôle social dans lequel les performances des gens sont jugées selon certains standards ou certaines spécifications. Un examen méticuleux remplace le jugement moral. Les conséquences sont déterminées selon le niveau de performance de la personne. Ici ce n'est pas un délit de « mal faire » mais un délit de ne « pas atteindre le niveau requis ou d'échouer à une tâche ». Tout écart à la norme et à la règle est punissable. » (M. White & Epston 2009)

Foucault soutient donc que le pouvoir moderne dans les sociétés occidentales a un caractère positif, c'est-à-dire constitutif de la vie : la répression (qui fait partie des conceptions habituelles du pouvoir) est moins ressentie que les « vérités normalisatrices » (idées construites auxquelles un statut de vérités est donné) qui façonnent et spécifient la vie et les relations des gens et sont construites par le fonctionnement du pouvoir. En fait, cette forme de pouvoir ne réprime pas mais assujettit en forgeant les gens comme des « *corps dociles* » et les entraînant dans des activités qui favorisent la prolifération de connaissances « globales » et « unitaires » (M. White & Epston 2009) ainsi que l'oubli des savoirs locaux et de proximité.

Le passage du pouvoir traditionnel au pouvoir moderne (annexe 2) a amené plusieurs changements conceptuels (Madigan 1999) : le pouvoir n'est pas la propriété d'individus ou de groupes mais est un réseau de forces non centralisé, forces qui ne sont pas aléatoires mais qui adoptent des formes historiques particulières à l'intérieur desquelles certains groupes et idéologies possèdent une domination. Rejoignant la thèse de Ehrenberg, qui a étudié l'évolution de la dépression dans notre société (Ehrenberg 1998), le jugement moral a été supplanté par le jugement de la norme.

Actuellement, le pouvoir dans les sociétés occidentales modernes est essentiellement patriarcal, autoritaire et hiérarchique. Quant au contrôle social, il est obtenu grâce à un pouvoir anonyme et automatique, maintenu par l'auto-surveillance et l'auto-correction en fonction des normes de vie et d'identité établies, qui prennent le statut de « vérités » mais dont les individus oublient leur caractère socialement construit.

3. Influence de Gilles Deleuze

Un peu plus tardivement, White s'est inspiré des travaux de Gilles Deleuze, partageant avec lui son goût pour les métaphores géographiques. En s'appuyant sur l'analyse du pouvoir de Michel Foucault, Gilles Deleuze, « philosophe de la géographie », a développé le concept de « lignes de fuite ».

Selon lui, nos vies sont modelées et contraintes par des « significations dominantes » ou des lignes de force (relations de pouvoir) qui sont à l'œuvre dans la production de lignes de subjectivation (trajectoires du devenir personnel). Ces lignes de pouvoir, multiples, sont donc productives de la vie des gens (Winslade 2009). C'est au croisement entre les lignes de pouvoir et les lignes intersubjectives que l'intervention thérapeutique a l'impact le plus important en aidant les patients à découvrir d'autres façons de mener leur vie par la création de lignes de fuite. Celles-ci sont créées par le « pliage » d'une ligne de pouvoir : le changement de direction provoqué par le

« pliage » conduit à une déterritorialisation suivie d'une reterritorialisation (Winslade 2009).

La recherche de ces lignes de fuite permet d'échapper à ce qui est mortifère pour se diriger vers un territoire plus vivifiant, répondant à la question « comment pourrait-on vivre ? ». Une collaboration avec le patient est alors nécessaire pour identifier les lignes de pouvoir qui sont au travail sur leurs lignes de subjectivation et, lorsqu'elles sont enchevêtrées, d'identifier les lignes de fuite qui s'échappent de l'enchevêtrement. Ces lignes de fuite vers les territoires « de la différence » correspondent aux moments d'exception ou aux « absents mais implicites » (Winslade 2009).

Deleuze insiste sur la recherche de multiplicité, établie par l'influence de significations multiples et fondée sur des différences textuelles ou discursives. Son intérêt réside dans la recherche des conditions de la multiplicité, ou les « conditions par lesquelles quelque chose de nouveau est produit ». Cela rejoint la pratique narrative d'enquêter sur les histoires préférées. Enfin, il considère la différence comme préalable à l'identité, toujours en changement (Winslade 2009).

4. La compréhension du pouvoir dans la thérapie narrative

a. De l'internalisation des discours socioculturels...

Selon les idées de Foucault, les individus sont inconsciemment recrutés dans la soumission de leur propre vie par les pratiques de pouvoir qui impliquent l'isolement, l'évaluation et la comparaison à partir de normes et « vérités » généralement acceptées qui sont considérées comme appropriées ou souhaitables dans la société. Finalement, les individus internalisent ces idées socioculturelles dès l'enfance, tout en croyant qu'ils aspirent juste à des valeurs et idéaux de respect et d'excellence. Elles sont notamment véhiculées par les discours et les « métarécits » qui sont des

créations culturelles mutuellement partagées et façonnées qui déterminent un cadre normatif standard par rapport auquel les individus s'évaluent, se comparent et se jugent (Madigan 1996). « *Les grands récits sont supportés par le poids du nombre, de la tradition et enracinent fermement les structures de pouvoir. Notre assimilation est complète, nous parlons avec leur voix et l'identifions comme provenant de nous* » (Doan 1997). Ainsi, les histoires alternatives sont les résultats du pouvoir moderne qui les soumet à l'histoire dominante (Winslade & Hedtke 2008).

L'anorexie mentale, par exemple, peut être vue comme une internalisation de notre obsession culturelle de la minceur et de la beauté (signes de réussite sociale), du culte de l'autodiscipline et de la compétitivité dans une société individualiste. La détresse se produit alors quand les personnes estiment qu'elles ne peuvent répondre à ces expériences de vie prévues par les normes et valeurs sociétales. Cela conduit, par exemple, à l'extrême autocritique dans la dépression, le contrôle ultime dans l'anorexie, ou un sentiment d'impuissance face à la menace et l'anxiété.

b. ... aux conversations-problèmes intérieures

Stephen Madigan, médecin et thérapeute familial à Vancouver, s'est intéressé à l'internalisation des discours socioculturels, se manifestant sur le plan individuel par ce qu'il nomme les « *huit conversations-problèmes répétitives* » que chacun a déjà plus ou moins expérimenté (Madigan 2003) : l'auto-surveillance, le sentiment d'illégitimité, l'angoisse montante, les représentations négatives/comparaisons dévalorisantes, les querelles intérieures, le désespoir, la perfection, la culpabilité paralysante. Elles s'associent souvent entre elles et Madigan les juge très efficaces pour maintenir notre observance aux codes culturels car elles sont sous-tendues par une auto-évaluation constante et perpétuelle de nous-mêmes pour déterminer si nous sommes « adaptés », « acceptables » ou « normaux ». Ces conversations intérieures, constitutives de notre vie, sont souvent intransigeantes et imprégnées de culpabilité, sources d'auto-dénigrement et de ravages sur l'estime de Soi.

Madigan propose de « contre enquêter » sur ces conversations intérieures, c'est-à-dire les mettre à jour, les localiser dans un contexte culturel, et nommer leurs conséquences (Madigan 2003). En effet, ces discours adhèrent et contribuent à l'internalisation des problèmes et donc à l'objectivation des personnes.

c. ... qui peuvent mener à l'objectivation de la personne

Ces interprétations internes amènent le patient à penser que les problèmes sont inhérents à son « Moi » ou à celui des autres, c'est-à-dire que la personne et le problème sont indissociables. Les thérapeutes narratifs réfutent cette vision internalisante des troubles. Pour eux, les problèmes humains surviennent lorsque la manière dont la vie des gens est racontée par eux-mêmes et d'autres ne s'adapte pas à leur expérience vécue et ne laisse pas suffisamment de place pour que l'individu mette en scène ses histoires préférées. Selon cette perspective, les problèmes humains sont considérés comme issus et entretenus par des histoires oppressives qui dominent la vie de la personne. Cela peut être le cas des récits véhiculés autour de certaines maladies mentales (schizophrénie par exemple) ou des identités imposées aux sujets par le corps social (délinquant, toxicomane...), entraînant exclusion et stigmatisation sociale. C'est en internalisant le problème comme venant de lui ou de la relation à autrui, que le sujet s'aliène, s'assujettit.

S'appuyant sur les travaux de Foucault, White pense qu'appliquer des diagnostics psychiatriques et ne considérer les personnes qu'en ces termes (« c'est un schizophrène ») est une technique totalisante. Il met en garde contre le fait que les diagnostics psychiatriques peuvent agir comme des récits oppressifs qui pathologisent les gens et restreignent leur progression vers le bien être (M. White 1987). Ils peuvent jusqu'à produire ce que Madigan appelle « *la personne dépourvue de Savoir* » (Madigan 1999) ou possédant un « *savoir erroné* » selon l'évaluation de la société. Cela conduit à un sentiment d'échec personnel croissant dans les sociétés modernes (Besnard-Péron et al. 2011).

5. Objectifs de la thérapie : redonner du pouvoir

L'un des objectifs de la thérapie est de remettre en question les techniques de « jugement normalisateur » qui organisent les gens dans l'espace, les classent, excluent des groupes en leur attribuant une identité, isolent et assurent des moyens de surveillance et d'évaluation. « *Ce n'est pas une politique du blâme – trouver qui sont les terribles oppresseurs (Hommes, les Blancs, les riches capitalistes...) – mais une politique de libération à un niveau très individuel.* » (O'Hanlon 1994)

La thérapie doit créer un contexte permettant aux gens d'être les nouveaux auteurs de leur vie et relations grâce à un point de vue réflexif sur leur vie (M. White & Epston 2009). C'est par la réémergence des savoirs soumis que « *les « corps dociles » deviennent des « esprits animés »* » (M. White 2009) et que les individus se connectent à des possibilités de construire leur vie d'une autre façon et de s'engager dans des projets identitaires alternatifs (Besnard-Péron et al. 2011). Bien entendu, cela concerne aussi bien le patient que le thérapeute, ce dernier n'étant pas exempt d'être soumis à différentes formes de pouvoir.

a. Au patient de choisir et de redevenir acteur

Dans une optique narrative, le problème du patient réside dans un conflit entre ses expériences de vie et les attentes et histoires socioculturelles dominantes. L'objectif est donc de faire émerger plusieurs points de vue pour que le patient prenne conscience que le problème provient de savoirs unitaires et de « vérités » construites par des « voix dominantes » dans sa vie. Une fois qu'il a reconnu que les croyances qu'il a sur lui-même et son monde sont véhiculées par la norme et ont été adoptées, il peut faire un choix éclairé pour décider de ce qui est bon, normal et souhaitable pour lui selon ses valeurs, intentions et objectifs personnels (Biggs & Hinton-Bayre 2008). Selon White, « *il y a toujours une histoire de combat et de contestation* » (Sykes Wylie 1998), au patient de choisir s'il veut s'y engager ou non.

Pour cela, la thérapie doit offrir « *un espace pour que les voix des gens [marginalisés] soient entendues, comprises, et répondues* » (Combs & Freedman 1996) afin que le patient soit entendu et traité comme une personne dans son entièreté. Ainsi, il pourra prendre position soit en se conformant soit en résistant aux histoires hégémoniques et aux idéologies dominantes. Ce choix est facilité par l'objectivation et l'externalisation du problème, qui défient les techniques divisantes et totalisantes et libèrent le patient du blâme et de la culpabilité (M. White 1987): « *Quand un problème est externe à une personne, elle peut prendre la responsabilité de la façon dont elle interagit avec lui* » (Combs & Freedman 1996). Il semble en effet plus dur de se battre contre un problème internalisé, sous peine d'avoir un comportement autodestructeur (M. White 2009). L'acte de résistance n'est alors plus mortel dès lors que le problème ne fait plus partie de Soi (Sykes Wylie 1998).

Enfin, l'espace thérapeutique est un espace ouvert pour la création d'autres histoires, généralement préférées, dont la possibilité avait été marginalisée, qui ouvrent plus de possibilités d'action pour que les patients contrôlent leur propre vie (Biggs & Hinton-Bayre 2008) : il s'agit de redonner de nouvelles possibilités d'initiatives personnelles qui n'étaient pas visibles auparavant et qui sont maintenant accessibles à un choix.

b. Au thérapeute de prendre de la distance par rapport à son savoir et ses pratiques et de se questionner sur son rôle dans le contrôle social

En admettant que pouvoir et savoir sont inséparables et que le pouvoir est constitutif de nos vies, alors les thérapeutes subissent les effets du pouvoir en même temps qu'ils l'exercent sur les autres : il est de leur responsabilité de garder un œil critique sur leurs propres pratiques (M. White & Epston 2009) et notamment le rôle qui leur est donné dans le contrôle social. Par exemple, garder en mémoire que leur savoir est fondé sur des présuppositions, c'est-à-dire un tissage des discours de la communauté (Madigan 1996) ou encore que converser sur un sujet, même si on

prend position contre, le fait exister encore plus : la thérapie est loin d'être une entreprise neutre (Madigan 1996). En tant que thérapeute, il ne s'agit donc pas seulement de tenir compte d'un contexte sociopolitique plus large sur l'expérience du patient mais aussi sur lui-même, notamment concernant la formation des savoirs et les pouvoirs qui s'exercent.

Dans une perspective narrative, l'isolement des savoirs au sens large ainsi que leur place dans la hiérarchie de la scientificité qui les dotent de leur pouvoir sont récusés : « *nous contestons le scientisme des sciences humaines* » (M. White & Epston 2009). White incite à « *identifier le contexte des idées dans lequel nos pratiques se situent et à explorer l'histoire de ces idées* » pour critiquer les pratiques thérapeutiques et en repérer les aspects qui pourraient s'apparenter à des techniques de contrôle social. En ce sens, la thérapie est un engagement dans une activité sociopolitique car elle interroge le contexte dans lequel ces « vérités » (les diagnostics notamment) ont émergé : tout comme Foucault, il ne s'agit pas de proposer une idéologie de remplacement (notamment psychopathologique) mais de remettre en question les techniques qui assujettissent les gens (patients et psychothérapeutes) à une idéologie dominante.

Cette position va donc contre une uniformisation des problèmes, habitude de pensée dualiste répandue dans la culture occidentale, c'est-à-dire contre la définition du problème en terme totalement négatif. Les thérapeutes narratifs sont très attentifs à ce que les étiquettes et identités attribuées aux personnes véhiculent de positif et de négatif sur elles. C'est pour cela qu'est pris en compte un contexte plus large que les problèmes pour ne pas disqualifier ce qui a de la valeur pour le patient et pour pouvoir donner du sens au symptôme présenté. Ainsi, les praticiens narratifs se préoccupent peu de « l'étiquette diagnostique », description trop professionnelle et uniformisante qui ne reflète pas assez une « définition particulière du problème, proche de l'expérience » par le patient et qui peut avoir une forme de sanction sociale tendant à anéantir toute revendication d'identité.

B. Réflexion sur l'identité

Les approches narratives réinterrogent le concept d'identité, question centrale en philosophie et en psychiatrie. La question de l'identité est celle de la permanence dans le temps de la personne ainsi que du sentiment de continuité et de cohérence de soi.

Dans le sillon des idées post-structurales, la thérapie narrative remet en cause l'objectivation de l'identité et la conception d'un soi unitaire qui semble omettre l'impact des réseaux interactionnels et de la culture. La théorie cartésienne sur l'identité est remise en cause. Il est plutôt considéré un Soi « décentré » ou dialogique, c'est-à-dire qui émerge des discours (Kogan & J. E. Gale 1997) : l'identité se construit dans la langue et dans le contexte de pratiques relationnelles (M. White 2005).

1. Les apports de Paul Ricoeur sur l'identité : ipséité, mêmeté et identité narrative

Selon Paul Ricoeur (Ricoeur 1996), il faut penser dialectiquement la permanence à soi et les changements adaptatifs nécessaires à la continuation du Soi. Il considère que l'identité personnelle est constituée de deux dimensions, articulées entre elles par l'« identité narrative ».

La première dimension est l'identité-mêmeté (soi-même) qui désigne la permanence et une invariance du caractère dans le temps, c'est-à-dire la perpétuation du même. Ce sont des habitudes et des identifications (à des valeurs, des personnes...) acquises qui forment des traits de caractère : « *l'ensemble des dispositions durables à quoi on reconnaît une personne* » (Ricoeur 1996). C'est la permanence subie du Soi. La mêmeté peut être associée à l'identité sociale, à la part objective de l'identité personnelle qui répond à la question du Quoi et du Comment.

La deuxième dimension est l'identité-ipséité (je-ipse) qui désigne l'adaptation et l'actualisation des traits de caractère. Elle présuppose une distanciation entre Soi et son caractère via le récit et la reconnaissance d'être responsable de la perpétuation du caractère. C'est la parole donnée, c'est-à-dire la fidélité et le maintien de soi qui résiste à la mêmeté par sa singularité. C'est la permanence voulue du Soi. C'est un peu la part de diversité, subjective de l'identité personnelle qui répond à la question du Qui.

L'identité narrative, ou récit biographique, a une fonction de médiateur entre ces deux dimensions de l'identité pour obtenir une complétude de l'identité personnelle. Le récit permet de lier ipséité et mêmeté en offrant une temporalité (centrale pour Ricoeur) où le permanence dans le temps du caractère peut être infléchie vers la permanence voulue de la parole donnée : les « *intrigues narratives* » sont « *le moyen privilégié par lequel nous reconfigurons notre expérience temporelle confuse, informe et à la limite muette* » (Ricoeur 1991). L'identité narrative situe l'identité entre ces deux pôles en proposant une interprétation de Soi parmi d'autres possibles et inscrit l'individu dans une continuité en faisant la synthèse, jamais achevée, du Quoi et du Qui. L'identité n'est donc pas immuable et a pour fonction de rendre intelligible ce qui se passe dans « sa vie » : « *La compréhension de soi est une interprétation ; l'interprétation de soi, à son tour, trouve dans le récit, parmi d'autres signes et symboles, une médiation privilégiée ; cette dernière emprunte à l'histoire autant qu'à la fiction, faisant de l'histoire d'une vie une histoire fictive, ou, si l'on préfère, une fiction historique.* » (Ricoeur 1996)

Le récit permet donc de donner du sens à l'action, notamment grâce à l'ascriptibilité, c'est-à-dire la prise de conscience de notre responsabilité dans nos choix et notre caractère. Par ailleurs, l'identité narrative permet de réaliser une double inscription, dans la continuité singulière de notre Soi et dans la communauté partagée avec les autres : l'histoire de chacun est « *enchevêtrée dans les histoires des autres* », créant un « *tissu inter-narratif* » (Ricoeur 1994). « *Se comprendre soi-même, c'est être capable de raconter sur soi-même des histoires à la fois intelligibles et acceptables, surtout acceptables* » (Ricoeur 1994).

2. Remise en cause de la définition classique de l'identité

Les thérapeutes narratifs remettent en cause la définition classique de l'identité, c'est-à-dire que chaque être humain serait doté d'une personnalité essentielle, unique et unitaire, centre et origine de toute signification.

a. Le concept de « Moi encapsulé »

Les psychologies modernes « professionnelles » se sont développées dès le début du XIXème siècle sur la base de plusieurs notions nouvelles, et actuellement tenues pour acquises, dans les sociétés occidentales (M. White 2004) :

- Le concept de nature humaine comprise comme la base de l'existence personnelle et la source de l'expression humaine.
- Le concept de Soi essentiel occupant le cœur de l'identité personnelle et constitué de certains éléments essentiels de la nature humaine dont l'expression constitue la vie.
- Le concept d'états internes (motivations, instincts, traits de caractère et de personnalité, dispositions, dynamiques...) inconscients se manifestant par l'expression humaine grâce à leur « transformation » par des mécanismes intrapsychiques. Une nouvelle catégorie du psychisme (« psychisme inconscient ») est apparue et les vraies causes des maladies humaines sont considérées comme hors de portée de la conscience humaine habituelle.

Cette identification d'une structure sous-jacente universelle de l'expression humaine a été considérée comme une avancée scientifique majeure de la vie et de l'identité, pouvant constituer une « *psychologie supra-culturelle* » (B. Dameron & Blanc-Sahnoun 2009) dont l'objectif serait de découvrir « la vérité » sur notre identité et de chercher à vivre une vie qui soit une expression authentique de cette vérité.

Ces conceptions dominantes de l'identité dans les sociétés occidentales sont associées à la construction de ce que White appelle un « *Moi encapsulé* », c'est-à-

dire une unité autonome de pensée et d'action « *qui privilégie des normes de maîtrise de Soi, de réserve, d'indépendance, de réalisation de soi et d'auto-motivation* » (M. White 2009). Les psychologies prônant cette construction identitaire sont basées sur la compréhension des états internes et ont donc tendance à (M. White 2009) :

- diminuer le sentiment d'initiative personnelle car la vie des gens est dictée par une essence de Soi ;
- provoquer l'isolement car l'expression humaine est considérée comme celle d'un Soi individuel ;
- décourager la diversité car l'identité est façonnée par des normes globales de vie, encourageant un Soi autosuffisant, valorisant la maîtrise, l'indépendance et la réalisation de Soi.

Ces courants de pensées favorisent des récits individualistes et autonomes de l'identité au détriment d'une compréhension relationnelle de la vie. Ils ont tendance à encourager une vision dualiste, binaire des actions humaines et à obscurcir le contexte de l'expérience de l'individu.

b. Un nouvel intérêt pour la psychologie populaire

L'intérêt pour la psychologie populaire a refait surface au moment où, dans les années 1970, certaines sciences sociales ont centré leur investigation sur le sens que les humains attribuent aux expériences de la vie et comment ils rendent leurs histoires de vie compréhensibles, pour eux-mêmes et les autres, en les plaçant dans des cadres de références logiques et intelligibles.

Très utilisée dans la vie quotidienne, c'est une tradition culturelle historique constitutive qui concerne l'appréhension de la vie et de l'identité. Apprise par le langage, la culture, les récits et les conversations, nous l'utilisons quotidiennement pour donner un sens et pour comprendre les actions et le fonctionnement d'autrui, nos réactions, ce qui se passe dans le monde. Ordinairement, elle suffit à rendre compte de notre vie pour nous et pour les autres mais quand elle est en échec il faut

faire appel à un système de représentation dominant auquel on va se soumettre : discours savant, médical, psychologique, judiciaire, religieux, esthétique...

« Un des éléments constitutifs les plus importants de toutes les cultures est la psychologie populaire, un ensemble de descriptions plus ou moins liées et plus ou moins normalisées de la manière dont les humains fonctionnent, de la structure de nos esprits et de ceux d'autrui, de ce que l'on peut attendre d'une action dans son contexte, des différents modes de vie, de notre engagement vis-à-vis de ces modes de vie, etc... L'expression « psychologie populaire », tournée en dérision par les nouveaux scientifiques cognitifs à cause de son acceptation des états intentionnels tels que les croyances, les désirs et les sens, ne pourrait pas être plus adaptée. » (J. Bruner 1990)

La psychologie populaire a deux caractéristiques clés qui rendent compte des actions humaines :

- La notion d'initiative personnelle : les gens sont considérés comme actifs dans leur vie, agissant à la fois individuellement et en interaction avec les autres, en fonction d'intentions et d'objectifs qui ont de la valeur pour eux. Les valeurs, les croyances et l'engagement sont donc au premier plan et vont influencer le style de vie.
- La notion d'états intentionnels et non d'états internes.

Cet accent mis sur la compréhension des états intentionnels permet selon White :

- de développer le sentiment de lien entre sa vie et celle des autres et de faire des hypothèses sur la manière dont sa vie et son identité pourraient être perçues par autrui ;
- d'avoir le sentiment d'avoir des connaissances sur sa propre vie ;
- l'expression de réponses émotionnelles à certains des événements négligés mais significatifs ;
- une supposition sur les actions à entreprendre qui seraient en harmonie avec ce à quoi les personnes accordent de la valeur ;
- l'expression de la manière de s'engager dans ces intentions et valeurs.

Il existe des analogies entre psychologie populaire et thérapie narrative, notamment la notion d'initiative personnelle et d'états intentionnels qui sont richement décrits en

thérapie. C'est en effet grâce à ces concepts que les actes peuvent prendre un sens et devenir compréhensibles pour soi et les autres. Cela est particulièrement précieux pour donner un sens à des actes qui paraissent « insensés » ou ne pas ressembler à la personne. White souhaite attirer l'attention sur le rôle que « *des pratiques thérapeutiques façonnées par cette tradition de psychologie populaire peuvent jouer dans la production de vies « multi-intentionnelles », de vies « connectées », « d'authenticités multiples » et de vies « habitées ».* » (B. Dameron & Blanc-Sahnoun 2009)

3. Dans une approche narrative : une conception multifocale de l'identité

Comme nous l'avons déjà évoqué, les thérapeutes narratifs, dans le sillon des idées post-structuralistes, suggèrent qu'il n'existe pas de Soi essentiel à découvrir. Au lieu de cela, ils supposent l'existence d'innombrables versions d'identités, socialement et culturellement construites et entretenues, notamment par les récits : l'identité est une construction sociale. C'est par l'élaboration d'une histoire de vie, en relation avec les autres, que se constitue l'identité. La notion d'identité est constamment négociée dans les contextes relationnels : en lien avec les relations sociales et le regard des autres, elle est souple, modifiable et accessible à des révisions. L'identité est donc sujette à la renarration et la réinterprétation des événements et des actions personnelles, ouvrant des possibilités de changement de regard porté sur Soi.

« L'éthique narrative part du principe que l'identité n'est pas une « substance » qui serait dotée de caractéristiques et qualités qui la définiraient, mais une « forme » en perpétuel remodelage. » (Besnard-Péron et al. 2011)

a. Dimension interactionnelle

Selon cette perspective, l'Homme est avant tout un être relationnel : c'est un Soi multiple impliqué dans des relations multiples (Anderson 1999). Les personnes sont

vues comme des « communautés de Soi », chacune contenant des voix multiples, issues des différentes relations qui ont eu des influences importantes sur la manière dont la personne a construit son identité. White assimile l'identité à un « *club de vie* » (M. White 2009) : les membres de ce club sont les personnages significatifs de la vie de la personne, dont les vies sont reliées autour de thèmes partagés. Cette conception souligne la contribution des autres à notre vie et à la compréhension que nous avons de nous-mêmes et ce, de manière interactionnelle et bilatérale. La connaissance que nous avons de nous-mêmes apparaît au sein et au travers des pratiques sociales (interactions, dialogues et conversations).

L'identité est « multi-vocale » : c'est le partage de convictions, valeurs et événements historiques communs avec ces personnes qui facilite la création du sens de l'existence et d'un sentiment de cohérence dans le temps. « *Nous contribuons de façon équivalente et mutuelle à l'émergence de notre identité les uns et les autres.* » (Madigan 1999)

Enfin, l'identité est interactionnelle dans le sens où elle se construit par comparaison entre les similitudes et les différences entre les individus et l'adaptation ou non aux normes sociales. Les significations et les émotions, le sens du « je », du « tu », du « il », naissant des contextes relationnels, le sentiment de l'identité serait le produit des narrations exprimées lors des échanges, celles-ci s'enchâssant dans des scénarios communs. « *C'est par la circulation d'histoires concernant notre vie et celle des autres que l'identité se construit.* » (M. White 2009)

b. Dimension narrative

La narration joue un rôle important dans la construction de l'identité d'une part parce qu'elle permet de la façonner et de la véhiculer mais aussi parce qu'elle lui donne une cohérence et la possibilité de prendre de la distance pour lui donner un sens.

Selon une perspective narrative, les récits de Soi ne sont pas des représentations de Soi mais le constituant et ont des effets réels sur les actions et les relations avec les

autres (M. White & Epston 2009). Il existe plusieurs formes de récits qui interagissent et se renforcent entre eux : les dialogues internes (récits que l'on se fait sur Soi) et les conversations interpersonnelles, c'est-à-dire ce que l'on raconte de nous aux autres et ce que les autres disent de nous. Les personnes construisent ainsi leur identité à travers le développement d'histoires sur eux-mêmes. Afin d'assurer une cohérence de l'histoire de vie et donc de l'identité, les expériences de vie vont être sélectionnées et se figer autour de thèmes récurrents choisis en fonction des croyances dominantes de l'individu sur lui-même ainsi que des attributions qui lui sont assignées par d'autres. Chaque histoire est entremêlée dans un réseau complexe de récits d'influences réciproques.

Les individus et les familles vivent dans ces systèmes d'histoires multiples et organisent leurs vies autour de décisions en accord avec des récits dominants (Sluzki 1992). En s'efforçant de donner un sens à leur vie, les individus relient alors leurs expériences dans le temps pour arriver à un récit cohérent d'eux-mêmes et du monde qui les entoure par une auto-narration. Quand ce processus est mené à bien, ils en tirent un sentiment de continuité et de signification de leur vie (M. White & Epston 2009).

III. Approche critique

L'émergence d'un nouveau courant psychothérapique n'est pas sans susciter des réactions et des questions quant à sa place dans les soins, son efficacité et ses présupposés théoriques, surtout quand ceux-ci viennent bouleverser ceux des approches plus classiques.

A. Place dans la psychiatrie actuelle

L'approche narrative critique « l'objectivation des personnes » par les théories psychologiques classiques et la nosographie, qui sont actuellement prédominantes

en psychiatrie. Peut-elle alors trouver une place dans l'offre de soins et être associée à d'autres formes de prises en charge?

1. Quid de la psychopathologie ?

La thérapie narrative ne s'inscrit pas en tant que théorie psychopathologique pour plusieurs raisons inhérentes à son épistémologie.

D'une part, il serait considéré comme présomptueux par les praticiens narratifs de classer une personne selon une théorie : les conceptions d'une personne de son passé, des événements marquants et du sens historique peuvent évoluer de la même manière que la connaissance de la science évolue également (Biggs & Hinton-Bayre 2008). En effet, cette dernière est fonction des paradigmes dominants : après une ère de « l'esprit sans cerveau » ayant permis l'explosion d'approches psychothérapeutiques à partir des années 1950, une ère du « cerveau sans esprit » (soutenue par les laboratoires pharmaceutiques) a été amorcée plus récemment, caractérisée par une médicalisation de la souffrance émotionnelle humaine et dans laquelle les gènes et neurotransmetteurs sont les centres d'intérêt (Sluzki 1998). D'autre part, poser des diagnostics, pour les thérapeutes narratifs, c'est prendre le risque de limiter l'expérience de l'individu, de l'assujettir à une « voix dominante », voire de le stigmatiser, ce à quoi ils se refusent.

Cela dit, nous pensons que poser des diagnostics est nécessaire pour avoir un langage professionnel commun, pour la recherche et les protocoles thérapeutiques mais ils ne doivent pas occulter que l'expérience vécue de chaque patient est unique. Par ailleurs, il est bien évident qu'il ne s'agit pas de remettre en cause les origines biologiques de certaines pathologies et de vouloir penser qu'une psychothérapie suffit. La thérapie narrative est tout-à-fait compatible avec une approche chimiothérapique, psycho-éducative, cognitivo-comportementale... Elle est intéressante dans l'accompagnement de pathologies chroniques dans lesquelles les expériences de maladie peuvent être très différentes, en fonction de la « relation » que le patient entretient avec la pathologie et lui même : aider le patient à avoir une

autre vision de lui-même et être plus autonome sont des objectifs importants pour lesquels les approches narratives peuvent être intéressantes.

D'aucun ont pu reprocher à la thérapie narrative son « manque de profondeur », la qualifiant de thérapie superficielle, se concentrant uniquement sur le symptôme et risquant d'ignorer des questions plus vastes et de ne pas répondre au « réel problème ». D'une part les notions de superficialité et de profondeur, chères aux approches modernes, pourraient être remplacées par les notions de minceur et d'épaisseur des histoires, chères aux approches narratives (Besley 2002). D'autre part, les tenants de l'approche narrative répondraient certainement qu'il s'agit d'une question de point de vue et d'épistémologie : trouver La vérité s'inscrit dans un champ moderne mais pas d'un point de vue post-moderne. Le thérapeute narratif n'a pas toutes les réponses dont les individus ont besoin mais il les incite à se poser des questions différentes et à élargir leur point de vue : le problème prend alors une nouvelle signification et peut être redéfini ou dissolu.

2. Quelles preuves d'efficacité ?

Il existe très peu de résultats empiriques attestant de l'efficacité des thérapies narratives. Cela semble refléter la position des tenants de ces approches contre l'objectivité, la mesure normalisée et l'analyse quantitative (Etchison & Kleist 2000) : ces pratiques sont considérées comme soutenant une prétendue «vérité» ou voix dominante. Toutefois, ignorer les rigueurs de l'évaluation des thérapies peut se faire au détriment de l'approche voire entraîner son déclin : indépendamment des convictions philosophiques, aucune psychothérapie ne peut actuellement se permettre d'ignorer les questions de coût-efficacité dans un contexte de soins de santé moderne.

Sur le fond, empirisme et théorie narrative ont des points communs dans le sens où une attitude empirique pragmatique privilégie une connaissance considérée incertaine et provisoire dans laquelle les idées contradictoires doivent être confrontées et non pas « choisies » en fonction de leur « utilité » ou rhétorique. Ces

deux processus, empiriques et narratifs, ne sont donc pas incompatibles : il suffirait d'une part de clarifier ce qui fonctionne (et ce qui ne fonctionne pas) dans la thérapie narrative, en intégrant, d'autre part, d'autres processus cliniques empiriquement prouvés qui ne diminuent pas la nature subjective de la thérapie narrative (Amundson 2001). Cela nécessiterait par exemple de fixer des objectifs sur les changements attendus et les critères de réussite de la thérapie ou encore de privilégier les approches qualitatives pour explorer la signification de l'expérience avec un accent mis sur l'interaction entre le client et le thérapeute (Etchison & Kleist 2000).

« La thérapie narrative devrait continuer de se présenter comme le contrepoids contre les tendances de la systématisation de validation empirique des recommandations thérapeutiques. Toutefois, elle a une meilleure chance de se présenter comme quelque chose d'utile si elle se considère comme une «thérapie empiriquement informée» .» (Amundson 2001)

B. Place dans la thérapie familiale

La thérapie narrative s'inscrit dans le courant des thérapies familiales systémiques même si sa place y est controversée.

1. Quelle est la place de la famille dans la thérapie narrative ?

C'est Minuchin qui a soulevé cette question, après avoir assisté à des présentations cliniques d'approches narratives impliquant seulement un membre de la famille, *« faisant valoir que « la thérapie familiale » ne nécessite pas de travailler avec la famille »* (Minuchin 1998). Cela peut en fait être compris comme une mauvaise interprétation sémantique : la thérapie familiale représente plus largement un changement de paradigme (Anderson 1999), sous-tendu par la théorie des systèmes

où la famille doit seulement être considérée comme une construction sociale. Faire une thérapie familiale, c'est interagir avec le système. Or, les thérapeutes post-modernes considèrent, dans une vision interactionnelle et circulaire, que l'on peut travailler avec seulement un membre du système car les changements qu'il effectuera auront des répercussions sur l'homéostasie familiale. De plus, pour les thérapeutes narratifs, la notion de Soi est constituée de la communauté internalisée, incluant la famille : cette vision facilite l'interview de n'importe lequel des membres de cette communauté internalisée comme une part de Soi et aussi comme une part de communauté de cette personne (Tomm 1998). Finalement, la présence physique de tous les membres de la famille est moins essentielle, d'autant que les questions interactionnelles sont très présentes en thérapie narrative, faisant exister les personnes absentes physiquement et les rendant encore plus visibles.

Par ailleurs, Minuchin reproche aux narratifs, en ne conviant pas toute la famille et en interrogeant un contexte socioculturel plus large, d'oublier la famille comme construction intermédiaire « *par laquelle les formules sociales sont transmises à l'individu* » (Minuchin 1998) et comme contexte interpersonnel naturel dans lequel les gens développent leur point de vue d'eux-mêmes dans le monde. Il a aussi été reproché de faire un retour à « *une psychologie humaine individuelle qui est non seulement traditionnelle, mais ne correspond pas aux parties de la théorie post-moderne* » (Minuchin 1998). Les thérapeutes narratifs travaillent en effet avec les histoires individuelles car les individus sont vus comme attribuant des significations particulières à leurs expériences de vie qui sont connectées pour former des histoires personnelles. Ces significations et histoires sont devenues un focus de l'intervention thérapeutique car il est pensé qu'elles organisent le comportement des individus dans toutes les situations de la vie, incluant leurs familles et ont donc une répercussion dans le système (Tomm 1998). A l'inverse donc, les membres de la famille sont considérés comme extrêmement influents dans la genèse et le maintien de significations spécifiques. Le focus sur la famille est moins visible mais la place de la famille est encore reconnue centrale dans la médiation des effets des systèmes culturels plus larges sur des systèmes individuels plus petits.

2. Quelles différences avec les autres courants de thérapie familiale ?

Certains thérapeutes familiaux (Minuchin 1998) reprochent aux thérapeutes narratifs de ne pas avoir de théorie sur la famille et de ne pas observer, selon l'idée systémique, le processus de construction des histoires individuelles et familiales : en se concentrant sur l'aspect politique, ils en oublieraient les transactions familiales. En fait, « *il s'agit plutôt d'un décalage relatif de focus des modèles d'interaction dans les familles à un focus sur les effets des croyances et pratiques culturelles sur les interactions entre les membres de la famille* » (Tomm 1998). Par exemple, les hypothèses culturelles sur les relations hommes-femmes sont de plus en plus reconnues comme une source importante de modèles de privilèges et de domination masculine dans les familles. Dans une perspective narrative, plus d'efforts thérapeutiques sont faits pour aider à la fois les hommes et les femmes à se libérer eux-mêmes de ces stéréotypes culturels traditionnels lorsque l'inégalité de genre est identifiée comme une source importante de conflits familiaux. En fait, la méthode interprétative narrative « *proposerait plutôt que ce soit le sens que les membres de la famille attribuent aux événements qui détermine leur comportement [...] et comment, de cette manière, ils contribuent, sans le vouloir, à la « survie » et à la « carrière » de leur problème* » (M. White & Epston 2009).

Pour les thérapeutes narratifs, prendre en compte un contexte plus large discursif et se concentrer sur l'évolution des histoires dans des contextes d'interaction est essentiel. Cependant, leur théorie et pratique sont très différentes de celles qui sont influencées par une métaphore des systèmes familiaux. Par exemple, la causalité circulaire n'est pas présumée, il n'est pas imaginé d'organisation homéostatique, les réponses ne sont pas considérées comme des informations et les problèmes ne sont pas considérés comme des symptômes desservant quelque fonction organisationnelle. Au lieu de cela, il y a des effets : les discours socialement construits ont pour effet de façonner le contexte local, et les réponses individuelles dans ce contexte ont pour effets qu'elles pourraient inviter d'autres réponses. Les problèmes ne sont que des problèmes et rien de plus : ce qu'ils sont est défini par l'expérience du patient, qui est toujours privilégiée par rapport à l'interprétation du thérapeute. L'expérience et le sens sont les variables pertinentes, pas l'information

ou le comportement (Zimmerman & Beaudoin 2002). Par ailleurs, les approches narratives font réémerger des concepts « ignorés » par les théories systémiques tels le pouvoir, les questions de genre/race/classe sociale, le contexte historique et culturel (Paré 1995).

Contrairement aux modèles cybernétiques, qui perçoivent la relation thérapeutique comme une boucle de rétroaction dans laquelle le thérapeute contribue à diriger les clients vers de nouvelles informations sur eux-mêmes, les approches narratives se concentrent sur l'expérience des clients et le sens qu'il lui attribue (Zimmerman & Dickerson 1994).

S'inscrivant dans la post-modernité, la thérapie narrative se caractérise par une absence de théorie à proprement parler, contrairement aux modèles de thérapies familiales plus traditionnels qui fondent leurs interventions sur des hypothèses psychopathologiques. Cela peut donner un effet de psychologie en chute libre, sans parachute ni filet (Doan 1997).

3. Quels sont les liens avec la thérapie familiale systémique ?

Malgré les différences sus-citées, la thérapie narrative a de nombreux points communs avec les thérapies familiales systémiques. Comme nous l'avons déjà souligné auparavant, les thérapeutes narratifs accordent beaucoup d'importance aux interactions (bien qu'elles soient plus larges que familiales) et à l'implication de personnes significatives, qu'elles soient présentes ou absentes : la nosographie est mise entre parenthèse (dans la relation thérapeutique) au profit d'une attention aux interrelations. Le travail se fait sur la relation et le sens.

L'éthique est commune : le patient est expert de son problème alors que le thérapeute est expert de la relation. Il est pensé que chaque personne (et son environnement) a des ressources et des compétences que le thérapeute cherche à

mettre en lumière via les exceptions : cela permet de susciter l'espoir d'un changement.

Le positionnement du thérapeute est similaire : il adopte une position de collaboration, favorise un questionnement ouvert circulaire et/ou indirect et oriente le patient vers le futur et l'anticipation. Il est par ailleurs attentif au langage et aux métaphores utilisés afin de pouvoir mieux appréhender le monde du patient.

C. Implications des idées sur le pouvoir

Il a été souvent reproché aux thérapeutes narratifs de « *prendre une position politique dans leur travail* » (Minuchin 1998).

1. Le travail avec d'autres approches est-il possible si elles sont considérées comme des voix dominantes oppressives ?

L'idée d'une oppression possible des patients par certaines pratiques peut-elle compromettre le travail collaboratif multidisciplinaire ? La thérapie narrative exige-t-elle inévitablement que les thérapeutes et les patients s'engagent dans la construction sociale de l'idée d'oppression au sein des réseaux multi-professionnels ? Bien entendu, il y aura toujours quelques thérapeutes qui prendront des positions idéologiques extrêmes et d'autres, des positions plus modérées, autorisant un travail de coopération et d'intégration des autres prises en charges possibles et recommandées telles les médicaments, les prises en charges psychosociales...

En effet, sans en arriver à prendre une position idéologique radicale, les idées narratives permettent de réfléchir et de prendre de la distance par rapport aux relations de pouvoir dont nous avons peu conscience afin d'avoir le choix de les accepter ou non : « *les histoires dominantes peuvent soumettre la vie des*

personnes... Des histoires de sexe, race, classe, âge, orientation sexuelle et de religion sont si répandues et enracinées dans notre culture que nous pouvons être pris en elles sans s'en rendre compte » (Combs & Freedman 1996). Elles nous permettent de garder à l'esprit que toutes les connaissances sont des histoires négociées comme des versions acceptées de la réalité dans une communauté et sont souvent des instruments de pouvoir.

2. La relation thérapeutique n'est-elle pas une relation de pouvoir ?

Les thérapeutes narratifs veulent éviter d'imposer leur cadre personnel sur la compréhension de la réalité du patient. Pour cela, ils adoptent un positionnement thérapeutique collaboratif, non-hiérarchique, de non-expert, privilégiant le questionnement dans l'hypothèse que les questions sont plus respectueuses du cadre du patient que des commentaires, interprétations, ou prescriptions. Cela dit, les thérapeutes habiles, comme Michael White, semblent être directifs dans les questions posées, visiblement conçues pour encourager les gens dans l'exploration d'une nouvelle signification et semblant contribuer à plus de la moitié de la réécriture de la vie des patients (Carr 1998).

En effet, les questions sont posées avec une certaine expertise et fournissent une « guidance active » vers ce que le thérapeute prévoit « être productif » mais les questions ne sont pas « clairement posées par un expert qui sait ». Le thérapeute narratif n'agit pas comme un expert qui impose sa connaissance mais comme un facilitateur qui invite les patients à générer de nouvelles connaissances incluant de nouvelles perceptions (Tomm 1998). L'expertise d'un thérapeute narratif n'est pas dans la résolution de problèmes ou de savoir comment les gens « doivent » vivre leur vie, elle est de créer un contexte de changement (Zimmerman & Beaudoin 2002). En ce sens, les questions du thérapeute ne sont jamais « neutres » car elles orientent l'attention et les réponses du patient dans certaines directions : là où le thérapeute a un pouvoir et une grande responsabilité sont les choix qu'il fait parmi les opportunités de développement qui surgissent pendant la conversation (Sykes

Wylie 1998). Ce n'est pas dans la non intervention que se distinguent ces approches mais dans le décentrement.

Enfin, le « non Savoir » du thérapeute ne signifie pas dissolution ou abandon de connaissances antérieures mais plutôt leur questionnement et l'absence d'imposition des avis du thérapeute (Larner 1996).

3. La thérapie narrative ne risque-t-elle pas de devenir une voix dominante ?

L'une des caractéristiques de la thérapie narrative est la suspicion avec laquelle elle traite les connaissances globales ou les grands récits qui se réclament, en quelque sorte, avoir plus de valeur que les savoirs locaux. Le défi est donc, pour les tenants de cette approche, de ne pas être dans la moralisation de ce qui est bon ou mauvais, sous peine de répliquer ce qu'ils veulent justement éviter.

Enfin, si la thérapie narrative prend plus d'ampleur, il y a un danger que les thérapeutes en viennent à privilégier les idées et les pratiques offertes par cette approche qui, paradoxalement, pourra en venir à être traitée comme un grand récit.

CONCLUSION

Les psychothérapies évoluent selon le contexte socioculturel et la relation que la société entretient avec ses « malades ». La thérapie narrative a émergé dans un mouvement de contestation de la tendance à la catégorisation des patients selon leur pathologie, limitant leur individualité, et la standardisation des programmes de soins modernes, limitant la créativité des thérapeutes. En abandonnant une vision internalisante des troubles et naturaliste de l'Homme, elle ouvre un espace relationnel de co-crédation de sens, où le patient peut exprimer sa singularité. Plus à la recherche des différences que des similitudes, des ressources que des « déficits », c'est une approche collaborative, respectueuse du patient, non pathologisante et résolument optimiste sur les possibilités de changement. Cette absence de psychopathologie propre oblige le praticien à se « dédoubler » entre l'exigence de poser un diagnostic, nécessaire pour la communication entre professionnels de santé et la conduite à tenir thérapeutique, et l'exigence de ne pas réduire le patient à un diagnostic dans la relation thérapeutique afin de pouvoir le considérer dans sa globalité et s'appuyer sur ses ressources et capacités de mobilisation.

Bien que les principes thérapeutiques semblent simples à appliquer et que les exemples de conversations menées par Michael White paraissent naturelles, maintenir une position décentrée et influente demande une certaine expérience. Nous avons été plusieurs fois confrontée à des regards interrogateurs de patients surpris de nos questions ou au sentiment d'être désorientée et de ne plus savoir vers quelle direction guider le sujet. En effet, les conversations externalisantes et de déconstruction du contexte socioculturel ne sont habituelles ni pour nous, ni pour les patients, bien qu'elles permettent de mieux les connaître et d'être au plus près de leur vision du monde. Quant aux conversations de remembrement, non sans émotions, elles recréent du lien et étoffent le sentiment de continuité de soi autour de personnes et de valeurs importantes pour le sujet : ce travail de reconnaissance renforce l'estime de soi.

En ce sens, la thérapie narrative a répondu à nos attentes de trouver des moyens de réintroduire et ré-impliquer des proches dans les entretiens individuels en psychothérapie. L'éthique relationnelle qui la sous-tend nous a séduite. Par ailleurs, nous avons apprécié pouvoir réfléchir sur notre pratique à la lumière des réflexions philosophiques que soulève cette approche, notamment sur le pouvoir moderne et la puissance de la narration sur la construction identitaire. Nous essaierons d'être davantage vigilante sur les propos que nous tiendrons au sujet des patients (avec les équipes soignantes, collègues...) et les conversations partagées avec eux, afin de ne pas être une voix supplémentaire qui contribuerait à renforcer des conclusions identitaires négatives ou pessimistes.

Nous ne savons pas quel va être l'avenir de la thérapie narrative dans les pays francophones mais dans notre pratique, associée à d'autres approches (chimiothérapiques, psycho-éducatives...), elle aura certainement une place privilégiée dans l'accompagnement des pathologies chroniques.

ANNEXE 1: ANTI-ANOREXIA SURVEY

L'auto-questionnaire suivant (Madigan & Goldner 1998) est remis, avant la première consultation, aux proches de patients atteints de troubles du comportement alimentaire. Il permet de mettre en valeur l'expérience vécue de la pathologie, la signification qui y est attribuée et les idées reçues associées. C'est la première étape d'externalisation et de déconstruction de l'histoire dominante.

Merci de participer à notre Enquête Anti-Anorexie. Nous étudions actuellement la sagesse des hommes et des femmes qui ont été, à un moment ou un autre, aux prises avec l'anorexie, aussi bien comme membres de la famille, conjoints, amis et thérapeutes. Nous utiliserons vos réponses pour nous aider à vous être plus utiles. S'il vous plaît, ne prenez pas plus de trente minutes pour répondre aux questions suivantes. Sentez-vous libres de développer vos réponses au-delà de l'espace fourni. Souvenez-vous, il n'y a ni bonnes ni parfaites réponses.

1. Comment comprenez-vous le problème de l'anorexie?
2. Quelles sont les idées sur l'anorexie que vous avez rencontrées qui vous ont été utiles ou inutiles dans votre vie ?
3. D'après votre expérience, de quelle façon avez-vous trouvé une thérapie utile/inutile pour vous ?
4. Y-a-t-il des stratégies spécifiques grâce auxquelles l'anorexie recrute ses victimes ?
5. Y-a-t-il dans notre société certaines structures/croyances qui pourraient être considérées comme soutenant l'anorexie ? Si oui, veuillez décrire ces structures pro-anorexiques.
6. Dans votre expérience, quelle est la stratégie/arme la plus efficace de l'anorexie? Expliquez s'il vous plaît.
7. Dans votre expérience, existe-t-il des pratiques thérapeutiques que vous avez expérimentées et que vous considéreriez être pro-anorexiques. Expliquez s'il vous plaît.
8. A votre avis, pourquoi pensez-vous que l'anorexie recrute-t-elle tellement plus de femmes que d'hommes ?

9. Quels sont les effets de l'anorexie sur les relations familiales, conjugales, amicales ?
10. Quels sont les effets de l'anorexie sur les relations avec les professionnels ?
11. Comment avez-vous vécu de voir d'autres personnes qui s'opposaient à l'anorexie. Expliquez s'il vous plaît.
12. S'il vous plaît, nommez les trois principales activités pro-anorexiques que vous avez déjà expérimentées.
13. S'il vous plaît, nommez les trois principales activités anti-anorexiques que vous avez déjà expérimentées.
14. Quels conseils donneriez-vous à une personne actuellement recrutée par l'anorexie ?
15. Quels conseils donneriez-vous à un professionnel travaillant actuellement avec des personnes souffrant des effets de la boulimie/anorexie ?
16. Quels conseils donneriez-vous à des membres d'une famille vivant actuellement avec une personne souffrant des effets de la boulimie/anorexie ?
17. Où les sites d'éducation anti-anorexique sont-ils les plus nécessaires ?
18. Quels sont les moyens les plus efficaces que l'anorexie trouve pour manipuler une personne ?
19. Combien de personnes pensez-vous que l'anorexie a recrutées en 2010 ?
20. Combien de personnes pensez-vous que l'anorexie recrutera en 2012 ?
21. Y-a-t-il des activités anti-anorexiques qui pourraient être considérées comme étant de la responsabilité de notre communauté ?
22. Pensez-vous que l'anorexie est génétique ? Si oui, expliquez.
23. Pensez-vous que l'anorexie sera prochainement exportée dans d'autres pays ? Si oui, précisez comment.
24. Si vous pouviez avoir un face-à-face de quelques minutes avec l'anorexie, que pensez-vous que vous aimeriez lui dire ?
25. Comment vous sentiriez-vous de dire ces mots à l'anorexie/boulimie ?
26. Remarques finales.

ANNEXE 2 : POUVOIR TRADITIONNEL ET POUVOIR MODERNE

Ce tableau, issu d'un article de White (Besnard-Péron et al. 2011), éclaire les différences entre les activités du pouvoir traditionnel et celles du pouvoir moderne.

POUVOIR TRADITIONNEL Un mécanisme de pouvoir qui :	POUVOIR MODERNE Un mécanisme de pouvoir qui :
Etablit le contrôle social au moyen d'un système de jugement moral institutionnalisé exercé par des représentants attitrés de l'Etat et des institutions d'état.	Etablit le contrôle social au moyen d'un système de jugement normalisant exercé par les personnes dans l'évaluation qu'elles font de leur propre vie et de celle des autres.
Instille chez les personnes l'aspiration à réussir à obtenir une valeur morale .	Instille chez les personnes l'aspiration à réussir à obtenir une valeur normative .
Se situe en un centre défini , s'exerce et s'exprime conformément aux intérêts particuliers et unitaires de ceux qui se l'approprient et le monopolisent.	Se situe dans des circuits variables de coalitions et d'alliances qui possèdent des intérêts à la fois concurrents et imbriqués , et qui développent un type de participation relativement arbitraire , forgé par des circonstances spécifiques dont la nature est souvent tout à fait temporaire .
Se développe et s'exécute de haut en bas .	Se développe et s'affine à l'échelon de la culture locale .
Agit en opprimant, réprimant , limitant, prohibant, imposant et contraignant.	Les personnes participent activement au façonnage de leur propre vie et de celle des autres conformément aux normes construites par la culture contemporaine.
S'exerce principalement sur une population et sur des groupes de personnes définis .	S'exerce de façon à segmenter une population en attribuant à chaque personne une place spécifique en relation

	avec les normes contemporaines concernant la vie et l'identité, et en contribuant ainsi à la compartimentation et à l'individualisation des vies .
Place les personnes principalement en dehors de lui et les assujettit à lui-même .	Recrute les personnes pour la surveillance de leur propre vie et de celle des autres .
Met le centre du pouvoir en lumière , ce qui confère : - de la visibilité aux excès de pouvoir accessibles à ceux qui le monopolisent, et auxquels ils pourraient recourir pour contraindre et punir, - de l'invisibilité à ceux qui sont le plus intensément exposés à ses activités, et ce au moyen d'une série de pratiques d'exclusion comprenant le bannissement, l'exil, l'expulsion et l'exécution.	Met en lumière la vie des individus , ce qui confère : - une invisibilité et un anonymat aux circuits des alliances et coalitions changeantes qui constituent une de ses principales caractéristiques, - Une visibilité permanente à la vie de ceux qui sont assujettis, en leur instillant le sentiment que leur vie est toujours offerte à la surveillance générale et à l'évaluation du public.
Utilise une technologie du pouvoir caractérisée par les symboles de l'influence – ce qui inclut la pompe, les cérémonies, les châtiments publics, les édifices grandioses et des structures dédiées au maintien de l'ordre dans la population.	Utilise une technologie du pouvoir caractérisée par les grilles concernant la normalité/anormalité, les tables de performance, les échelles qui mesurent les expressions humaines, les formules pour classer les personnes les unes par rapport aux autres, et les procédures spécifiques d'analyse et d'évaluation qui permettent d'insérer la vie des personnes au sein de ces grilles, tableaux, échelles et systèmes d'évaluation .

BIBLIOGRAPHIE

- Amundson, J.K., 2001. Why narrative therapy need not fear science and « other » things. *Journal of Family Therapy*, 23(2), p.175-188.
- Anderson, H., 1999. Reimagining family therapy: reflections on Minuchin's invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), p.1-8.
- Balint, M., 1996. *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris: Payot.
- Bateson, G., 1977. *Vers une écologie de l'esprit* . du Seuil.
- Becker, A.-E. et al., 2002. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), p.509 -514.
- Becvar, D.S., 2008. From the editor: the legacy of Michael White. *Contemporary Family Therapy*, 30(3), p.139-140.
- Bennett, L., 2008. Narrative methods and children: theoretical explanations and practice issues. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 21(1), p.13-23.
- Bernstein, A., 1990. Ethical postures that orient one's clinical decision making. *AFTA Newsletter*, 41, p.13–15.
- Besa, D., 1994. Evaluating narrative family therapy using single-system research designs. *Research on Social Work Practice*, 4(3), p.309 -325.
- Besley, T., 2002. Foucault and the turn to narrative therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30(2), p.125-143.
- Besnard-Péron, C.B. et al., 2011. *Pistes narratives Pour faire face au sentiment d'échec personnel et professionnel*, Paris: Hermann.
- Biggs, H.C. & Hinton-Bayre, A.D., 2008. Telling tales to end wails: narrative therapy techniques and rehabilitation counselling. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 14(1), p.16–25.
- Borkan, J.M., Quirk, M. & Sullivan, M., 1991. Finding meaning after the fall: injury narratives from elderly hip fracture patients. *Social Science & Medicine (1982)*, 33(8), p.947-957.
- Bruner, J., 1990. *Acts of Meaning: Four Lectures on Mind and Culture*, Harvard University Press.
- Bruner, J., 2000. *Culture et modes de pensée: L'esprit humain dans ses oeuvres*, Paris: Retz.

- Carey, M., Walther, S. & Russell, S., 2009. The absent but implicit: a map to support therapeutic enquiry. *Family Process*, 48(3), p.319-331.
- Carr, A., 1998. Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), p.485-503.
- Cashin, A., 2008. Narrative therapy: a psychotherapeutic approach in the treatment of adolescents with Asperger's disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 21(1), p.48-56.
- Charon, R., 2004. Narrative and medicine. *New England Journal of Medicine*, 350(9), p.862-863.
- Charon, R., 2001. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 134(1), p.83-87.
- Charon, R., 2000. Reading, writing, and doctoring: literature and medicine. *The American Journal of the Medical Sciences*, 319(5), p.285-291.
- Charon, R., 2007. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*, 53(8), p.1265-1267.
- Charon, R. & Wyer, P., 2008. The act of medicine. Narrative evidence-based medicine. *The Lancet*, 371(9609), p.296-297.
- Combs, G. & Freedman, J., 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities* 1^{er} éd., W. W. Norton & Company.
- Combs, G. & Freedman, J., 1998. Tellings and retellings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), p.405-408.
- Coopman, A.-L. & Janssen, C., 2010. La narration de soi en groupe : le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), p.119-134.
- Coulehan, R., Friedlander, M.L. & Heatherington, L., 1998. Transforming narratives: a change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37(1), p.17-33.
- Cyrulnik, B., 2002. *Le murmure des fantômes*, Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., 2001. *Les vilains petits canards*, Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., 1999. *Un merveilleux malheur*, Paris: Odile Jacob.
- Dameron, B. & Blanc-Sahnoun, P., 2009. *Comprendre et pratiquer l'approche narrative: concepts fondamentaux et cas expliqués*, .
- Denborough, D., 2011. *L'approche narrative collective: Quelles réponses apporter aux individus, groupes et communautés qui ont vécu un trauma?*, Paris: Hermann.

- DeSocio, J.E., 2005. Accessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.*, 18(2), p.53-61.
- Doan, R.E., 1997. Narrative therapy, postmodernism, social constructionism, and constructivism: Discussion and distinctions. *Transactional Analysis Journal*, 27(2), p.128-133.
- Doan, R.E., 1998. The king is dead; long live the king: narrative therapy and practicing what we preach. *Family Process*, 37(3), p.379-385.
- Ehrenberg, A., 1998. *La fatigue d'être soi: dépression et société*, Paris: Odile Jacob.
- Elkaïm, M., 2003. *Panorama des thérapies familiales*, Paris: Seuil.
- Epston, D., 1994. Extending the conversation. *Family Therapy Networker*, 18(6), p.31-37.
- Epston, D. & White, M., 1990. Consulting your consultants: The documentation of alternative knowledges. *Dulwich Centre Newsletter*, (4), p.25-35.
- Etchison, M. & Kleist, D.M., 2000. Review of Narrative Therapy: Research and Utility. *The Family Journal*, 8(1), p.61-66.
- Focht, L. & Beardslee, W.R., 1996. « Speech after long silence »: the use of narrative therapy in a preventive intervention for children of parents with affective disorder. *Family Process*, 35(4), p.407-422.
- Foucault, M., 1975. *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris: Gallimard.
- France, C.M. & Uhlin, B.D., 2006. Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy*, 79(Pt 1), p.53-67.
- Freedman, J. & Combs, G., 2009. Narrative ideas for consulting with communities and organizations: ripples from the gatherings. *Family Process*, 48(3), p.347-362.
- Freud, S., 1927. *Essais de psychanalyse*, Paris: Payot.
- Fristad, M.A., Gavazzi, S.M. & Soldano, K.W., 1999. Naming the enemy: learning to differentiate mood disorder« symptoms » from the« self » that experiences them. *Journal of family psychotherapy*, 10(1), p.81-88.
- Gale, D.D. et al., 2003. Client narratives: a theoretical perspective. *Issues in mental health nursing*, 24(1), p.81-89.
- Gergen, K.J., 1994. *Realities and relationships: soundings in social construction*, Cambridge (Mass.): Harvard university press.
- Goddard, J.A., Lehr, R. & Lapadat, J.C., 2007. Parents of children with disabilities: telling a different story. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 34(4), p.273-289.

- Le Goff, J.-F. & Chebili, S., 1998. Michel Foucault et les thérapies familiales narratives. *Thérapie Familiale*, 19(3), p.189-199.
- Goldberg, J.R., 1995. Is narrative therapy the way? *Family Therapy News*, p.16-19.
- Goncalvez, P., 2005. Editorial. *Thérapie Familiale*, 26(1), p.1-4.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B., 1999. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*, 318(7175), p.48-50.
- Hafner, R.J., MacKenzie, L.A. & Costain, W., 1990. Family Therapy in a Psychiatric Hospital: a case controlled evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 11(1), p.21-25.
- Hart, B., 1995. Re-authoring the stories we work by: situating the narrative approach in the presence of the family of therapist. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 16(4), p.181-189.
- Hedtke, L., 2000. Dancing with death. *Gecko: A Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice*, (2), p.3-14.
- Hoffman, L., 1990. Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29(1), p.1-12.
- Holma, J. & Aaltonen, J., 1998. Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary family therapy*, 20(3), p.253-263.
- Holma, J. & Aaltonen, J., 1997. The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19(4), p.463-477.
- Holma, Juha & Aalonen, J., 1995. The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17(3), p.307-316.
- Jones, C. & Lyons, C., 2003. The value of the story: life review following and reminiscence as a narrative therapy in healthcare. *Holistic Health*, 76, p.32-34.
- Kogan, S.M. & Gale, J.E., 1997. Decentering therapy: textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*, 36(2), p.101-126.
- Korzybski, A., 1998. *Une carte n'est pas le territoire*, Paris: Eclat.
- Larner, G., 1996. Narrative child family therapy. *Family Process*, 35(4), p.423-440.
- Launer, J., 1999. A narrative approach to mental health in general practice. *BMJ*, 318(7176), p.117.
- Launer, John, 2003. Narrative-based medicine: a passing fad or a giant leap for general practice? *The British Journal of General Practice*, 53(487), p.91-92.
- Lock, A., Epston, D. & Maisel, R., 2004. Countering that which is called anorexia. *Narrative Inquiry*, 14(2), p.275-301.

- Lock, A. et al., 2005. Resisting anorexia/bulimia: Foucauldian perspectives in narrative therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 33(3), p.315-332.
- Lysaker, P.-H. & Lysaker, John Timothy, 2002. Narrative structure in psychosis. Schizophrenia and disruption in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12(2), p.207-220.
- Lysaker, P.-H. et al., 2002. Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*, 65(3), p.197-206.
- Lysaker, P.-H., Lancaster, R. & Lysaker, J.T., 2003. Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy*, 76(Pt 3), p.285-299.
- Lysaker, P.-H., Wickett, A.M., et al., 2003. Movement towards coherence in the psychotherapy of schizophrenia: a method for assessing narrative transformation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), p.538-541.
- Lysaker, P.-H., Wickett, A.-M., et al., 2003. Narrative incoherence in schizophrenia: the absent agent-protagonist and the collapse of internal dialogue. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2), p.153-166.
- Lysaker, P-H & Lysaker, J.-T., 2001. Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy*, 38(3), p.252-261.
- Madigan, S., 1999. Destabilizing Chronic Identities of Depression and Retirement. Dans *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Madigan, S., 2003. Injurious speech: counter-viewing eight conversational habits of highly effective problems. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, p.23-35.
- Madigan, S., 1996. The politics of identity: Considering community discourse in the externalizing of internalized problem conversations. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), p.47-63.
- Madigan, S. & Goldner, E., 1998. A narrative approach to anorexia: Discourse, reflexivity, and questions. *The handbook of constructive therapies*, p.380-400.
- Maestre, M., 2002. Entre résilience et résonance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), p.167-182.
- Manciaux, M., 2001. La résilience. *Etudes*, 395(10), p.321-330.
- Marteaux, A., 2008. « Soi est un autre » : construction et déconstruction identitaires à l'adolescence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), p.183-198.
- Matos, M. et al., 2009. Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(1), p.68-80.

- Millet, P., 2009. Pré-deuil et deuil anticipé. *Université de Franche-Comté, cours EPSSEL sur le deuil et les soins palliatifs*.
- Minuchin, S., 1999. Retelling, reimagining, and re-searching: a continuing conversation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), p.9-14.
- Minuchin, S., 1998. Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), p.397-403.
- Morgan, A., 2010. *Qu'est-ce que l'approche narrative? Une brève introduction pour tous*, Paris: Hermann.
- Moules, N.J. & Streitberg, S., 1997. Stories of Suffering, Stories of Strength: Narrative Influences in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 3(4), p.365-377.
- Muntigl, P., 2004. Ontogenesis in narrative therapy: a linguistic-semiotic examination of client change. *Family Process*, 43(1), p.109-131.
- Nicholson, S., 1995. The narrative dance-a practice map for White's therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 16(1), p.23-28.
- Noble, A. & Jones, C., 2005. Benefits of narrative therapy: holistic interventions at the end of life. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(6), p.330-333.
- Nochi, M., 1998. « Loss of self » in the narratives of people with traumatic brain injuries: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 46(7), p.869-878.
- O'Connor, T.S.. et al., 2004. Narrative Therapy Using a Reflecting Team: An Ethnographic Study of Therapists' Experiences. *Contemporary Family Therapy*, 26(1), p.23-39.
- O'Connor, T.S.. et al., 1997. On the right track: Client experience of narrative therapy. *Contemporary family therapy*, 19(4), p.479-495.
- O'Hanlon, B., 1994. The third wave: The promise of narrative. *Family Therapy Networker*, 18(6), p.18-29.
- O'Hara, M. & Anderson, 1991. Welcome to the postmodern world. *Family Therapy Networker*, 15(5), p.19-25.
- Paré, D.A., 1995. Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy. *Family Process*, 34(1), p.1-19.
- Poché, F., 2007. *Penser avec Jacques Derrida: Comprendre la déconstruction*, Paris: Chronique Sociale.
- Ramey, H.L. et al., 2009. A Sequential Analysis of Externalizing in Narrative Therapy with Children. *Contemporary Family Therapy*, 31(4), p.262-279.

- Ricoeur, P., 1994. La souffrance n'est pas la douleur. *Autrement. Série mutations*, (142), p.58-69.
- Ricoeur, P., 1996. *Soi-même comme un autre*, Paris: Seuil.
- Ricoeur, P., 1991. *Temps et récit. Tome 1, L'intrigue et le récit historique*. du Seuil.
- Riessman, C.K., 1990. Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: a research note. *Social Science & Medicine* (1982), 30(11), p.1195-1200.
- Roth, S. & Epston, D., 1996. Developing externalizing conversations: An exercise. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), p.5–12.
- de Ryckel, C. & Delvigne, F., 2010. La construction de l'identité par le récit. *Psychothérapies*, 30(4), p.229-240.
- Schwartz, R.C., 1999. Narrative therapy expands and contracts family therapy's horizons. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), p.263-267.
- Shapiro, J. & Ross, V., 2002. Applications of narrative theory and therapy to the practice of family medicine. *Family Medicine*, 34(2), p.96-100.
- Sluzki, C.E., 1998. In search of the lost family: a footnote to Minuchin's essay. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), p.415–417.
- Sluzki, C.E., 1992. Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31(3), p.217-230.
- Soulignac, R., 2011. Utilisation des concepts de déconstruction et différance de Jacques Derrida en thérapie narrative avec des couples concernés par l'addiction. *Thérapie Familiale*, 32(1), p.195-202.
- Stern, S. et al., 1999. Disruption and reconstruction: narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process*, 38(3), p.353-369.
- Strand, P.S., 1997. Toward a developmentally informed narrative therapy. *Family Process*, 36(4), p.325-339.
- Sykes Wylie, M., 1998. L'obstination de l'orpailleur: La méthode narrative de Michael White. *Thérapie Familiale*, 19(3), p.239-253.
- Tomm, K., 1998. A question of perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), p.409-413.
- Tomm, K., 1989. Externalizing the problem and internalizing personal agency. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8(1).
- Truc, G., 2005. Une désillusion narrative? De Bourdieu à Ricoeur en sociologie. *Tracés*, (1), p.4–4.

- Turner, V. & Bruner, E.M., 1986. *The Anthropology of Experience*, University of Illinois Press.
- Tuyn, L.K., 2003. Metaphors, letters, and stories: narrative strategies for family healing. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), p.22-26.
- Vygotski, L.S., 1997. *Pensée et langage*, Paris: La Dispute.
- Weber, M., Davis, K. & McPhie, L., 2006. Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW. *Australian Social Work*, 59(4), p.391–405.
- Weingarten, K., 1998. The small and the ordinary: the daily practice of a postmodern narrative therapy. *Family Process*, 37(1), p.3-15.
- Weingarten, K. & Cobb, S., 1995. Timing disclosure sessions: adding a narrative perspective to clinical work with adult survivors of childhood sexual abuse. *Family Process*, 34(3), p.257-269.
- Weingarten, K. & Weingarten Worthen, M.E., 1997. A narrative approach to understanding the illness experiences of a mother and daughter. *Families, Systems, & Health*, 15(1), p.41-54.
- Werner, E.E., 1989. Children of the Garden Island. *Scientific American*, 260(4), p.106-111.
- Weston, H.E., Boxer, P. & Heatherington, L., 1998. Children's attributions about family arguments: implications for family therapy. *Family Process*, 37(1), p.35-49.
- White, M., 2009. *Cartes des pratiques narratives*, Bruxelles: Satas.
- White, M., 2005. Children, trauma and subordinate storyline development. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (3 and 4), p.10-22.
- White, M., 1991. Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, (3), p.21-40.
- White, M., 1987. Family therapy and schizophrenia: addressing the in-the-corner lifestyle. *Dulwich Centre Newsletter*, (Spring), p.14-21.
- White, M., 2004. *Narrative Practice and Exotic Lives: Resurrecting Diversity in Everyday Life*, Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M., 1986. Negative explanation, restraint, and double description: a template for family therapy. *Family Process*, 25(2), p.169-184.
- White, M., 1984. Pseudo-encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family Systems Medicine*, 2(2), p.150-160.
- White, M., 1995. *Re Authoring Lives: Interviews & Essays*, Adelaide: Dulwich Centre Publications.

- White, M., 2000. Re-engaging with history: the absent but implicit. Dans *Reflections on narrative practice*. Adelaïde: Dulwich Centre Publications, p. 35-58.
- White, M., 1988. Saying Hullo again: the incorporation of the lost relationship in the resolution of grief. *Dulwich Centre Newsletter*, p.7-11.
- White, M., 1989. The process of questioning: A therapy of literary merit? *Dulwich Centre Newsletter*, 2, p.8-14.
- White, M. & Epston, D., 2009. *Les moyens narratifs au service de la thérapie*, Bruxelles: Satas.
- Wiltshire, J., 2005. Medical history from the viewpoint of the patient. *Internal Medicine Journal*, 35(3), p.193-194.
- Winslade, J., 2009. Tracing Lines of Flight: Implications of the Work of Gilles Deleuze for Narrative Practice. *Family Process*, 48(3), p.332-346.
- Winslade, J. & Hedtke, L., 2008. Michael White: Fragments of an event. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, p.5–11.
- Young, E., 2010. Narrative Therapy and Elders with Memory Loss. *Clinical Social Work Journal*, 38(2), p.193-202.
- Zimmerman, J.L. & Beaudoin, M.-N., 2002. Cats Under the Stars: A Narrative Story. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(1), p.31-40.
- Zimmerman, J.L. & Dickerson, V.C., 1994. Using a narrative metaphor: implications for theory and clinical practice. *Family Process*, 33(3), p.233-245.

NOM :HUBERT

PRENOM : ANNE-LAURE

Titre de Thèse :

**L'ENRICHISSEMENT DU QUESTIONNEMENT THERAPEUTIQUE POUR LA
CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE HISTOIRE DE VIE**
La Thérapie Narrative au service du changement

RESUME

La thérapie narrative est une approche collaborative développée par Michael White et David Epston depuis les années 1980. Elle met en action les idées du constructionnisme social sur l'identité, de Bruner sur la narration, de Foucault sur le pouvoir et de Derrida sur la déconstruction. La narration est utilisée pour modifier la relation entre le patient et le problème, considérés comme séparés.

Le praticien, par son questionnement, guide le patient vers la déconstruction de l'histoire saturée par le problème par l'externalisation de celui-ci et la remise en question du contexte socioculturel. Les exceptions et « absents mais implicites » qui émergent constituent les bases de la co-crédation d'une histoire de vie alternative, enrichie par l'implication de témoins de ce changement.

Utilisée dans des domaines variés, cette approche semble particulièrement adaptée dans l'accompagnement des pathologies chroniques.

MOTS-CLES

Bruner - Constructionnisme social – Derrida – Epston - Externalisation –
Foucault – Narration - Psychothérapie – Thérapie narrative - White

