

LES THÉRAPIES NARRATIVES



Pr Gérard Ostermann*

Au royaume des chiffres, toujours entendre le récit et compter sur l'être. Oscar Wilde

Résumé

Paul Ricoeur a posé la question de l'identité comme une identité narrative. Nous décrivons comment l'approche narrative, développée par Michael White et David Epston, permet de donner corps à ce concept. Les conversations thérapeutiques permettent au sujet de déconstruire l'histoire dominante et ses conclusions identitaires

négatives pour construire une histoire alternative plus riche. Cette construction s'appuie sur les questions externalisantes et la mise en évidence des exceptions. Le sujet redevient auteur de sa propre vie en tissant, à partir des moments d'exception, des histoires relationnelles où ses actions correspondent à ses intentions.

Abstract

Narrative therapy

Paul Ricoeur has developed the conception of identity based on the narration of oneself, we will describe here how the narrative approach theorized by Michael White and David Epston is presented. Both authors translate this concept to everyday life. Therapeutic conversations allow the subject to deconstruct

the dominant story of oneself along with its negative corollary about identity in order to build a richer alternative story. This construction is based on externalising questions and the highlight of exceptions. Thus the subject reauthors one's own life by weaving from these exceptions relational stories in which actions fit with intentions.

Introduction

Dernier en date des courants de la thérapie familiale et des thérapies brèves, la thérapie narrative est une approche de la relation d'aide qui prône le respect et le non-jugement. Sa pratique consiste en la transformation des récits qui constituent notre identité grâce, entre autres, à l'externalisation du problème et à la recherche d'exceptions. La dimension de la mise en récit avec le concept d'identité narrative (1) est la création conceptuelle de Paul Ricoeur (2), ayant pour but de ré-

pondre aux impasses du mode de pensée logico-scientifique qui n'arrivent pas à rendre compte de la spécificité humaine. Selon Nancy Huston (3), les narrations sont ce qui différencie l'homme de l'animal : « *Nous seuls percevons notre existence comme une trajectoire dotée de sens (signification et direction). Un arc. Une courbe allant de la naissance à la mort. Une forme qui se déploie dans le temps avec un début, des péripéties et une fin. En d'autres termes : un récit.* »

*Professeur de thérapeutique, psychothérapeute, praticien EMDR Europe, HTSMA Président d'Ical (Institut des conduites alimentaires), président du Collège des alcoologues Aquitains, administrateur de la Société française d'alcoologie et fondateur responsable du Diplôme universitaire de pathologie de l'oralité.

IDENTITÉ NARRATIVE ET PAYSAGES

Lorsque nous recevons des patients, ces derniers nous racontent des histoires qui le plus souvent sont répétitives. Ils expriment une plainte, un désaccord entre ce qu'ils souhaitent et ce qu'ils subissent. Ce type d'histoire peut être qualifié "d'histoire pauvre", le sujet n'arrivant pas à y trouver une place d'auteur, se décrivant comme prisonnier d'une histoire dominante qu'il subit. Quelle différence y a-t-il entre ce type d'histoire et une bonne histoire vécue par le sujet comme participant de son expérience de vie ?

■ LES PAYSAGES DE L'ACTION ET DE LA CONSCIENCE

Comme l'a enseigné Jérôme Bruner (4), une histoire se construit simultanément à partir de deux paysages : celui de l'action, que l'on peut considérer comme la "grammaire de l'histoire", et celui de la conscience (que savent ceux qui sont impliqués dans les événements, que pensent-ils, que sentent-ils ?). Une histoire décrit ainsi des événements reliés en séquences à travers le temps autour d'une intrigue qui donne sens au déroulement narratif. Pour un sujet, une bonne histoire est une histoire qui ne se laisse pas enfermer dans un cadre rigide, mais qui laisse de l'espace à des modes de vie qu'il apprécie.

■ LE PAYSAGE DE LA RELATION

Pour décrire avec plus de précisions ce type d'histoire, il nous paraît utile de rajouter un troisième paysage, celui de la relation qui permet au sujet de vivre l'expérience de la reconnaissance ainsi que de percevoir le lien entre ses actions et ses intentions. Ce troisième pay-

sage est en fait le premier, comme l'ont montré Gregory Bateson (5) et la théorie de l'attachement de John Bowlby. C'est à partir de la relation que nous vivons que nous percevons le monde et que nous pouvons construire nos actions, et cette relation à l'autre est aussi le chemin de la relation à soi. Dans toute thérapie, **la relation à l'autre, la relation au monde et la relation à soi**, sont les trois dimensions qui permettent de rendre compte de l'expérience du sujet. La relation à l'autre est un espace de coopération et de reconnaissance, celle au monde est un espace dans lequel le sujet agit. Quant à la relation à soi, elle s'exprime au travers du prisme des intentions et des valeurs (Fig 1). L'identité narrative de chacun se construit donc au travers d'histoires qui rendent compte des moments forts de sa vie, à partir d'un tissage entre ces trois paysages.

LES PÈRES FONDATEURS DE L'APPROCHE NARRATIVE

La thérapie narrative est issue des travaux de Michael White et David Epston (6) datant des an-

nées 1980-90 :

Michael White exerçait à Adélaïde (Australie), ville où il fonda en 1983 le Dulwich Centre, qu'il dirigea jusqu'en 2007 avant de fonder un nouveau centre, le Narrative Practices Adelaide. Disparu trop tôt (à 60 ans en 2008), White est certainement l'homme le plus connu et le plus représentatif de ce mouvement. Travailleur social en Australie du Sud, formé à l'école de Palo Alto (avec Gregory Bateson), il a animé de nombreux séminaires à travers le monde (Amérique du Nord, du Sud, centrale, Asie, Afrique, Scandinavie, Grande-Bretagne). Il a fourni aux thérapeutes les éléments leur permettant d'organiser leur travail de façon structurée (7).

David Epston, a quant à lui une formation à l'hypnose Ericksonnienne. Il a accompagné Michael White tout au long de l'élaboration de cette pratique et poursuit l'activité à Auckland (Nouvelle-Zélande). Il est notamment à l'origine de lettres adressées aux patients après les séances pour en renforcer l'impact (8).

Ces deux auteurs, créateurs de la thérapie narrative, se sont inté-

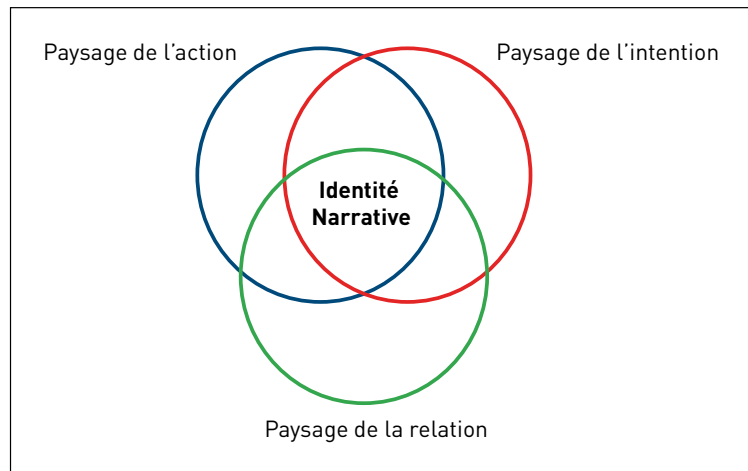


FIGURE 1 - Les trois paysages de l'identité narrative (Betbeze J).

ressés à l'apport de la philosophie française, que ce soit Paul Ricœur ou la philosophie critique (Michel Foucault, Jacques Derrida...).

L'œuvre de Michael White connaît un grand développement en France grâce à **Julien Betbeze** (9), psychiatre des hôpitaux, chef du Service d'accueil familial thérapeutique de Loire Atlantique, membre de l'AREPTA (Institut Milton Erickson de Nantes) et de la **Fabrique Narrative**, créée à Bordeaux par **Pierre Blanc-Sahnoun** en 2009.

QUELQUES POSTULATS DES PRATIQUES NARRATIVES :

Nous commencerons par aborder quelques notions fondamentales qui composent le modèle et le sous-tendent :

- L'identité narrative est une identité relationnelle.
- « *Le problème est le problème ; la personne est la personne* ». La personne n'est pas le problème. Le problème doit être séparé de la personne. Il n'est pas le reflet exact de son identité.
- Personne ne désire ni ne choisit d'avoir des problèmes : le problème apparaît comme une contrainte.
- Le contexte de vie de la personne, son entourage, contribue de façon significative à la vie du problème, même involontairement.
- Chacun peut redevenir l'auteur de ses histoires de vie.
- Quand une personne vient voir un spécialiste, elle a déjà tenté des tas de choses pour diminuer l'influence du problème sur sa vie et sur ses relations.
- « *En général, les problèmes entraînent les gens à formuler des*

conclusions minces sur leur vie et sur leurs relations. La plupart du temps, ces conclusions les ont conduits à considérer qu'ils étaient déficients, ce qui leur complique l'accès à leurs savoirs, leurs compétences, leurs talents et leurs aptitudes. » (10)

- Il y a toujours des moments dans la vie des personnes où elles ont échappé à l'influence du problème.
- Le praticien a la responsabilité d'établir un contexte de curiosités de respect et de transparence.
- Un des points forts les plus importants de l'approche narrative est de savoir guider la personne dans la recherche et la reconnexion avec ses ressources cachées, celles qui n'ont pas été prises en compte au regard de leur histoire "dominante". La relation thérapeutique est fondée sur la collaboration.

CONVERSATIONS THÉRAPEUTIQUES (LES CARTES NARRATIVES DE MICHAEL WHITE)

On ne peut pas éteindre le noir, mais on peut allumer la lumière de l'attention.

■ LA CARTE N'EST PAS LE TERRITOIRE

Chaque personne possède sa propre carte ou sa propre perception de la réalité et réagit en fonction de celle-ci. Aucune carte individuelle n'est plus vraie ou plus réelle qu'une autre. Les cartes les plus pertinentes sont celles qui offrent le plus grand nombre de choix et non pas celles qui sont les plus réelles ou les plus justes.

Dans certaines situations, il est très difficile pour le thérapeute

de mettre en évidence, dans les histoires du sujet, des moments où ce dernier prend des initiatives en relation avec ses valeurs préférées. Il en est ainsi lorsque la vie de l'intéressé s'est organisée autour d'un problème chronique (comme l'obésité et les troubles des conduites alimentaires) qui modèle certains comportements et favorise le développement d'histoires centrées sur un sentiment d'incompétence.

Sur quel terrain se fait le questionnement ? D'où vient-il ? Les questions viennent de la vie et elles ont pour objectif de créer une différence, une ouverture à une autre appréciation ou une autre explication de la différence dans le but d'arrêter que "ça tourne en rond". Pour construire leurs interventions, les praticiens en narratif vont s'appuyer sur des cartes qui se présentent comme autant de « *métaphores des divers échafaudages qu'il est possible de bâtir au cours de la conversation afin de fournir un appui à la progression du patient... Les cartes narratives n'ont pas vocation à être utilisées comme des protocoles ou des méthodes de travail à respecter à la lettre* » (11). Les questions sont toujours centrées sur le processus relationnel. Il est possible de diviser ces cartes du questionnement thérapeutique en deux grands groupes.

■ LES CARTES PERMETTANT DE DÉCONSTRUIRE LES REPRÉSENTATIONS

Il s'agit de "la carte d'externalisation du problème", "la carte du contexte et du discours" et "la carte de l'absent implicite". Elles maintiennent les patients dans une dissociation.

Le questionnement thérapeutique a, dans un premier temps, pour

but de déconstruire les sous-basements de l'histoire dominante qui soutient la plainte, pour faire émerger des moments uniques (en termes d'actions, de valeurs ou de relations) qui donnent vie à des histoires jusque-là négligées. Les patients qui consultent sont en général convaincus que les problèmes auxquels ils sont confrontés sont en rapport étroit avec leur propre structure de personnalité – leur caractère, leur identité, leur désir ou leur non-désir – avec celle des autres, ou encore avec la nature des relations qu'ils entretiennent avec ces derniers. Leur manière même de parler traduit cette conviction que le problème est inhérent à leur personne : « *Je suis obèse ; je suis boulimique ; je suis anorexique ; je suis déprimé* ». L'emploi du verbe "être" exprime bien leur conviction d'avoir intégré un état qui les définit désormais en leur totalité ; ils ne sont plus hommes ou femmes, doués ou stupides, mais "obèses", "boulimiques", "anorexiques"...

> Le questionnement externalisant

Michael White a développé un point de vue situé radicalement à l'opposé de celui qui vient d'être décrit et a conçu un mode de questionnement particulier, dit questionnement externalisant. Il permet à toute personne enfermée dans une détermination identitaire négative de retrouver accès à des possibilités jusque-là délaissées ou même non formulées. L'externalisation du problème va être au cœur même de la mise en œuvre des pratiques narratives. Le thérapeute va ainsi aider le patient à nommer précisément le problème afin qu'il parvienne à lui attribuer une identité propre ayant

place d'événement extérieur qui l'en dissocie et lui fasse retrouver alors son "être-une-personne" en sa singularité.

Ainsi, dès qu'une émotion désagréable ou un sentiment pénible apparaît (anxiété, tristesse, colère, culpabilité, honte...), il est souhaitable de formuler des questions de manière externalisée, de façon à créer un espace de liberté : « *Depuis quand l'anxiété est-elle rentrée dans votre vie ? Que vous amène à faire la colère ? Comment la tristesse a-t-elle essayé de vous convaincre de rester seul avec vous-même ? Qu'est-ce que la dépression a envie que vous croyiez sur vos capacités ? Comment la culpabilité s'y prend-elle pour vous convaincre de ne prendre aucune initiative ?* »

■ LES CARTES PERMETTANT D'EXPLORER DE NOUVEAUX PAYSAGES

Il s'agit ici de "la carte de l'exception", "la carte du remembering", "la carte de l'intention" et "la valeur et la carte du témoin extérieur"... Elles vont favoriser le travail de réassociation.

Grâce aux questions posées par le thérapeute, un certain nombre d'expériences vécues, que l'histoire dominante n'intègre pas complètement, va pouvoir être mis en évidence. Ce sont des moments où le patient se sent capable, où il prend des initiatives et où il arrive à réaliser des actions qui sont pour lui significatives. Michael White a appelé ces expériences en contradiction avec l'histoire dominante "des moments d'exception". En permettant au sujet de reprendre contact avec des moments d'exceptions, le thérapeute va par ses questions développer des conversations qui, en tissant à travers le temps entre les trois paysages de

l'identité, font découvrir au sujet les clefs de sa propre vie. Ces moments d'exception décrivent des situations dans lesquelles le sujet se sent vivant, réassocié, c'est-à-dire des moments à partir desquels il pourra faire de nouveaux choix dans sa vie. Et lorsque le sujet, en réponse aux questions du thérapeute, s'interroge, réfléchit et raconte des histoires, il ne sait pas encore, de même que le thérapeute, où celles-ci vont le mener. Il s'agit d'un voyage qui va amener le sujet du connu et du familier vers l'inconnu et le possible. Chaque voyage façonne une histoire à multiveaux dans laquelle les patients deviennent créateurs de sens. Peu à peu, une nouvelle histoire de vie va se dessiner, mettant en lumière une identité plus satisfaisante pour le sujet. C'est à partir de là que vont devoir intervenir les membres de son entourage : « *on ne change pas seul son identité* », la façon dont les autres nous perçoivent contribuant largement à la construction de celle-ci. Ce sera la fonction des "conversations de regroupements" (*remembering*) qui donneront aux patients la possibilité de remanier la liste des membres de son "club de vie" (les personnes importantes pour lui).

> Exemples de questions :

« *Pouvez-vous me parler de la façon dont cette personne a contribué à votre existence ? Que vous a apporté cette personne ? Que faisiez-vous lorsque vous étiez avec elle ? Comment cela se passait-il ? Où ? Quand ? Que cette personne vous a-t-elle invité à partager ? À quoi vous a-t-elle invité à prendre part ? En quoi votre vie a-t-elle été influencée par cette personne ? etc. »*

Pour faciliter le dialogue, le thé-

rapeute questionne à partir d'une position décentrée et influente. Cette notion "décentrée" signifie que le thérapeute accorde la priorité aux connaissances et aux compétences des personnes, celles-ci ayant un rôle d'auteur principal. L'influence du praticien vise à soutenir le processus créatif par le biais d'un échafaudage de questions qui explore de nouveaux territoires, sur lesquels le sujet va pouvoir s'interroger.

CONCLUSION

Par le nouveau regard qu'elle propose sur les apports entre les problématiques psychologiques

et de l'identité, la thérapie narrative, profondément humaniste par son aspect collaboratif, apporte un souffle nouveau dans le champ des psychothérapies. Pour faciliter à ce moment-là le dialogue, le thérapeute questionne à partir d'une position décentrée et influente. Cette notion "décentrée" signifie que le thérapeute accorde la priorité aux connaissances et aux compétences de la personne qui s'exprime. L'influence du praticien vise ainsi à soutenir le processus créatif par la mise en jeu d'un questionnement à la découverte de territoires inconnus, à la recherche des clés d'une nouvelle histoire à écrire, une histoire qui reconnecte la personne

avec ses profondes aspirations, ses valeurs et ses rêves, une histoire qui libère au lieu d'enfermer. ■

✱ *L'auteur déclare avoir des liens d'intérêts avec Larena Santé.*

MOTS-CLÉS

Conversation thérapeutique, Coopération, Dissociation, Exception, Histoire alternative, Histoire dominante, Identité narrative, Réassociation

KEYWORDS

Therapeutic conversation, Cooperation, Dissociation, Exception, Alternative story, Dominant story, Identity landscape, Reassociation



Bibliographie

1. Betbeze J, Ostermann G. L'identité narrative. *La lettre du Psychiatre* 2015 ; 5 : 126-32.
2. Ricoeur P. Les paradoxes de l'identité. *L'information psychiatrique* 1996 ; 3 : 201-6.
3. Huston N. *L'espèce fabulatrice*. Arles : Acte sud, 2008.
4. Bruner J. *Culture et modes de pensée, l'esprit humain dans ses œuvres*. Paris : Retz, 2000.
5. Wittezaele JJ. *L'Homme Relationnel*. Paris : Seuil, 2003.
6. White M, Epston D. *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles : Satas, 2003.
7. White M. *Cartes des pratiques narratives*. Bruxelles : Satas, 2009.
8. Epston D. *Catching up*. Adelaide : Dulwich Centre Publication, 1998.
9. Betbeze J. La thérapie narrative de Michael White. In : *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*. Paris : Elsevier Masson, 2013.
10. Morgan A. *Qu'est-ce que l'approche narrative ?* Paris : InterÉditions, 2015.
11. Blanc-Sahnoun P, Dameron B. *Comprendre et pratiquer l'approche narrative, concepts fondamentaux et cas expliqués*. Avec un texte inédit de Michael White. Paris : InterÉditions, 2009.