

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE DANS LA PERSPECTIVE DE LA THÉRAPIE NARRATIVE

Rodolphe Soullignac, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Genève

La thérapie narrative est un outil permettant au patient d'explorer ses identités multiples, en dehors de tout discours normatif, afin de promouvoir le sentiment d'initiative personnelle. Une thérapie tout à fait indiquée dans le domaine des addictions. (réd.)

En développant la thérapie narrative, Michael White et David Epston se sont inspiré des idées post modernes concernant l'identité. Ces idées proposent une alternative à la métaphore dominante de l'identité exprimée en termes de « surface/profondeur » (comme par exemple le conscient/l'inconscient, ou le moi et le moi profond, le for intérieur...). La conception alternative de l'identité que propose la thérapie narrative met d'avantage l'accent sur l'aspect multiple et changeant de l'identité et ouvre ainsi la voie vers de nouvelles conceptions de la relation thérapeutique et notamment dans le champ des addictions.

Michel Foucault a suggéré que les théories modernistes concernant l'identité constituent un ensemble de « vérités » normatives qui ont le pouvoir de façonner nos vies et nos relations. Foucault avançait que l'ensemble des exigences normatives concernant la manière dont nous devrions vivre se trouvent reproduits et confortés dans tous les domaines de la vie, en particulier dans le domaine de la santé, le secteur social et le contexte du travail thérapeutique. L'histoire est toujours l'histoire des vainqueurs, ainsi une fois les récits minoritaires écartés, l'ensemble des exigences normatives finissent par accéder au statut de vérité suivant lesquelles les personnes se mesurent et s'évaluent les unes par rapport aux autres. Le pouvoir moderne décrit par Michel Foucault est un pouvoir non centralisé que nous nous infligeons les uns aux autres et que nous nous infligeons à nous même en continu. L'exemple du panoptique est l'illustration que Michel Foucault choisit pour évoquer ce processus de soumission « volontaire » au pouvoir dominant. Le panoptique est une prison inventée par Jérémie Bentham qui prévoit que les prisonniers se soumettent aux règles avec ou sans présence de gardien, qu'ils deviennent leur propre gardien car les gardiens étant invisibles derrière des glaces sans tain, ils sont considérés comme potentiellement toujours là.

Le style relationnel que le thérapeute narratif veut promouvoir (...) a un intérêt tout particulier pour des populations de personnes souffrant d'addiction.

Ces conceptions du pouvoir et des exigences normatives, nous disent Sarah Walther et Maggie Carey (deux collaboratrices proches de Michael White à Adelaïde en Australie), sont des notions clé de l'approche narrative. La conception structuraliste de l'identité invite le thérapeute à se focaliser sur une perspective ontologique de l'individu, ce qu'il est et l'aspect déterminé de sa structure. Comment cela se situe en termes de normalité ? Ces exigences et discours normatifs se trouvent reflétés et soutenus dans les rapports d'évaluation, les tests, les échelles de mesures, les synthèses de résultats, les jugements et avis que les professionnels sont invités à formuler. Ainsi, des spéculations concernant la vie et l'identité des personnes peuvent devenir des discours de vérité : dans le langage des « pys » on appelle cela des diagnostics. Un des effets majeurs du diagnostic, c'est de

limiter les orientations qui s'offrent aux personnes pour faire des choix dans leur vie, et de restreindre l'expérience et les possibilités d'un « devenir » au sens où Gilles Deleuze utilise ce mot. Deleuze utilise le terme de « déterritorialisation » pour désigner une échappatoire, ou « ligne de fuite », hors du territoire dans lequel nous nous situons afin d'atteindre d'autres espaces de vie qui

nous offrent d'autres possibilités : « *Il y a des lignes de fuite partout. Elles constituent des moyens possibles pour échapper aux forces d'oppression et de stratification. Même les strates les plus denses sont parcourues de lignes de fuite* ». (Deleuze et Guattari, Mille plateaux, 1980)

Ainsi la démarche diagnostique a souvent tendance à réduire les possibilités d'existence d'une personne à l'intérieur d'espaces de vie fixés, bornés par le jugement, les proclamations d'échec, et des conclusions minces concernant la valeur d'une personne.

Michael White disait : « Si nous voulons promouvoir le sentiment d'initiative personnelle dans la vie des gens, et les encourager à vivre de nombreux possibles, y compris des possibles qui se situent en dehors des discours normatifs, alors nous devons prendre position à l'égard des relations

de pouvoir qui sont véhiculées dans les discours dominants. » Nous nous intéresserons alors à des conceptions du moi alternatives. La thérapie narrative est à cet égard une thérapie politique. En effet, le projet de beaucoup de psychothérapies est d'aider les gens à vivre mieux, à trouver place dans le système social et à rester neutres et bienveillants à l'égard du système lui-même. Il n'est pourtant plus à démontrer que certains systèmes, certaines institutions, contribuent activement à la souffrance des personnes : le système n'est pas neutre et bienveillant.

Si nous considérons l'identité non comme fixée, statique ou mono histoire, mais plutôt comme multi histoires, fluide, et toujours dans un processus de « devenir », alors nous pouvons nous positionner en relation avec les personnes d'une manière qui active l'émergence des possibilités qu'elles préfèrent pour leur vie.

Beaucoup de pratiques et techniques d'entretiens en thérapie narrative ont pour but de permettre aux personnes de se réengager dans leur propre histoire, de redevenir auteurs de leur vie. Il ne s'agit pas d'un réengagement qui consisterait à faire un recadrage de l'expérience de vie des gens en substituant comme le dit Michael White à l'orientation du « verre à moitié vide » celle du « verre à moitié plein ». Ce n'est pas non plus une révision de l'histoire ou une réécriture de l'histoire qui élaborerait un autre compte rendu global de l'histoire et annulerait et remplacerait le compte rendu original. Il ne s'agit pas de remplacer une « mauvaise » composition contre une « bonne » composition.



Photo : iStockphoto

De cette façon, la pratique de la révision de l'histoire, comme la pratique du recadrage, courent toutes les deux le risque de contribuer au développement d'expériences identitaires et de vie à une seule histoire.

La pratique de la thérapie narrative souhaite contribuer à fournir des options pour se réengager avec son histoire en faisant émerger des expériences identitaires et de vie à plusieurs histoires. Cette pratique ne contribue pas seulement au développement des ressources narratives des personnes, mais leur donne aussi la possibilité de changer leur relation à leurs propres histoires. Le but n'est pas de recadrer ni de changer l'histoire en la révisant, mais de se réengager avec son histoire personnelle en des termes nouveaux.

Pour ce faire, le thérapeute narratif est invité à se poser régulièrement certaines questions à propos de son travail : Jill Freedman et Gene Combs, deux Américains qui ont eu un rôle déterminant dans la diffusion des idées de la thérapie narrative à travers le monde, ont laissé aux thérapeutes narratifs en herbe, comme aux confirmés, cette série de questions à se poser pour vérifier son positionnement vis-à-vis de son/ses patients.

1. Suis-je à la recherche de plus d'une description ?
2. Mon écoute me porte-t-elle à comprendre comment la réalité expérimentée ou vécue par cette personne a été construite socialement ?
3. Quel langage est ici mis en avant ? Est-ce que j'essaie d'accepter et de comprendre les descriptions linguistiques de cette personne ? Si j'offre une distinction énonciative, pourquoi suis-je en train de le faire ? Quels sont les effets des différentes distinctions linguistiques qui sont mis en avant dans cette conversation thérapeutique ?
4. Quelles narrations soutiennent les problèmes de cette personne ? Y a-t-il des narrations dominantes qui oppriment ou limitent la vie de cette personne ? Quel récit marginal suis-je en train d'entendre ? Y a-t-il des indices, des récits marginaux qui n'ont pas encore été exprimés ? Comment pourrais-je inviter cette personne à s'engager dans une « insurrection » de connaissance autour de ses récits marginalisés ?
5. Est-ce que je mets l'accent sur les significations à la place des faits ?
6. Suis-je en train d'évaluer cette personne ou est-ce que je l'invite à évaluer un large domaine de choses (par exemple comment la thérapie marche, quelles sont les directions préférées dans sa vie) ? Suis-je en train de situer mes avis dans mon vécu personnel ? Suis-je transparent quant à mon contexte, mes valeurs, mes intentions, de façon à ce que cette personne puisse évaluer les effets de mes préjugés ?

7. Suis-je bloqué dans un raisonnement « pathologisant » ou normatif ? Suis-je en train de définir les problèmes de mon point de vue ou à partir du point de vue de mon patient ? Est-ce que je me tiens à l'écart des hypothèses d'experts ou des théories ?

L'ensemble de ces questions invitent le thérapeute narratif à adopter une posture réflexive sur sa propre pratique. Plutôt que de se faire croire que ses intentions altruistes sont à l'écart des questions relatives aux rapports de pouvoir dans la société, il est invité à s'interroger sans cesse sur ce que ses interventions véhiculent de pression normative.

Le style relationnel que le thérapeute narratif veut promouvoir, (à l'écart des pressions normatives et des discours dominants) a un intérêt tout particulier pour des populations de personnes souffrant d'addiction. D'une part parce que c'est une population qui est souvent stigmatisée et que la stigmatisation, c'est l'oppression d'un récit dominant sur des modes de vie minoritaires. D'autre part, l'idéal d'abstinence comme modèle dominant vient souvent empêcher de concevoir des orientations de vie construites à partir d'autres choses que la présence ou l'absence du produit, qui pourrait être l'absence ou la présence d'enthousiasme, de rêves, d'ambition, d'aspiration, en somme de préférences de vie.

Les personnes souffrant d'addictions sont fréquemment abreuvées de discours sociétaux mono histoire du type : « L'alcoolisme est une maladie chronique dont on ne guérit pas. On peut au mieux être un alcoolique abstiné » La conception multi histoires encouragée par la perspective de la thérapie narrative me paraît être particulièrement pertinente car elle permet d'envisager d'avoir souffert d'addictions à un moment de sa vie et de ne pas en souffrir à d'autres, elle permet de considérer de nombreuses formes de rétablissements possibles.

Les alter narrations pour reprendre l'expression d'André Grégoire consistent à substituer des « narrations de normalisation » par des « narrations de préférences » et ce faisant on permet aux personnes de se reconnecter avec leurs valeurs existentielles, avec ce à quoi elles ne voudraient pas déroger, ce qui augmente le sentiment de cohérence, le sentiment de faire avec sa vie des choses qui ont du sens.

Courriel :

Rodolphe.Soulinac@hcuge.ch

Bibliographie :

Michael White, David Epston, *Les moyens narratifs au service de la thérapie*, Satas, 2003

Michael White, David Epston, *Les Pratiques Narratives*, Satas, 2009

Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975

Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique* : Gallimard, 1961

Freedman, J., Combs, G., *Narrative therapy : The social construction of preferred realities*, Norton edition New York, 1996

Gilles Deleuze et Félix Guattari, *Mille Plateaux*, éditions de minuit, 1980

André Grégoire, L'approche narrative : la narration au cœur des systèmes humains in *L'approche systémique en santé mentale*, Montréal presses universitaires de Montréal, 2008

Sarah Walther et Maggie Carey, Thérapie narrative, différence et possibilité : convier de nouveaux devenirs, publié en langue anglaise in *Context - The magazine for family therapy in the UK*. Vol. 105 Octobre 2009

La prochaine formation à la thérapie narrative à Genève débute en mars 2014 pour infos et inscription : www.relancerelationnelle.ch

Formation continue



Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé | EESP | Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

CAS en conception et direction de programmes d'insertion

Début de la formation : 9 octobre 2014

Chefs de projet : Philippe Beuret et Daniel Lambelet

CAS d'intervenant socio-éducatif en milieu ouvert et dans les familles

Début de la formation : 3 novembre 2014

Cheffes de projet : Déa Evêquoz et Anne-Françoise Pont

CAS en case management

Début de la formation : 1er mai 2014

Chef de projet : Pierre Gobet

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10

formation.continue@eesp.ch



école d'études sociales et pédagogiques • Lausanne
haute école de travail social et de la santé • Vaud