Hypothèses

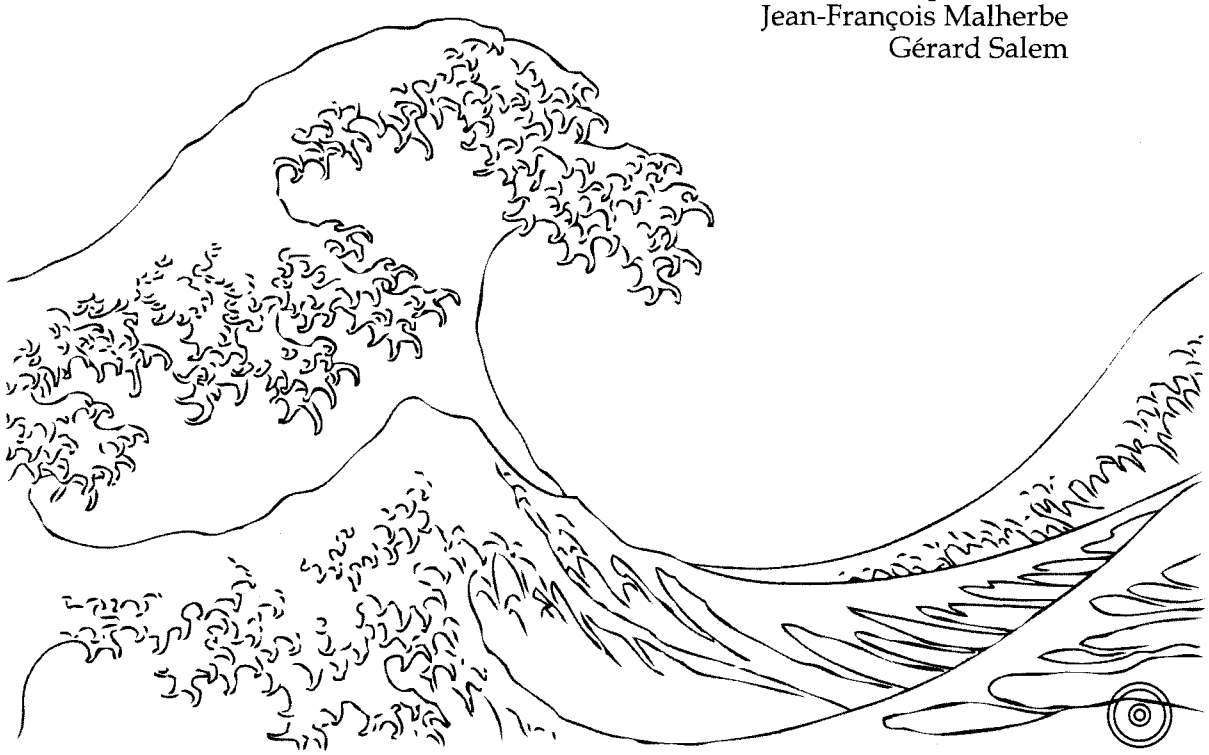
Influences - Perceptions - Interactions - Contextes

Nature et mouvements de la relation humaine

Dirigé par Eric Bonvin avec la collaboration d'Edward Storms

Entretiens avec Edgar Morin et François Roustang

François Flahault
Bernard Forthomme
Christophe Gallaz
Jean-François Malherbe
Gérard Salem



EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE

Gérard Salem est médecin psychiatre et psychothérapeute, spécialisé en thérapie de famille et en hypnothérapie. Il a fait sa médecine de même que sa spécialisation post-graduée à l'Université de Lausanne, en la complétant aux Etats-Unis. Il enseigne comme Privat docent à la Faculté de médecine et de biologie de Lausanne, et comme chargé de cours aux universités de Genève et de Paris. Il est l'auteur de nombreuses publications dont plusieurs livres (*L'approche thérapeutique de la famille*, Masson, Paris, 2005, 4e édition; *Soigner par l'hypnose* (avec Eric Bonvin), Masson, Paris, 2007, 4e édition; *Le combat thérapeutique*, Armand colin, Paris, 2006). Directeur de la CIMI (Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale, www.cimi.ch), il prépare un nouveau livre sur l'approche systémique des violences domestiques. Il exerce également la psychiatrie et la psychothérapie en son cabinet privé.

Le baiser du Prince

Gérard Salem

A mon frère Gilbert, incomparable rhapsode

La partie manquante de l'histoire

Elle dort, séparée de sa conscience et de la vie, à cause du sort qui lui a été jeté. Voilà longtemps qu'elle attend le Prince. Parfois, elle rêve de lui. Elle le voit s'approcher de sa couche brodée d'or, saisir sa main, y déposer peut-être un baiser. Lui ne sait pas encore qu'il a rendez-vous avec elle. Il n'a même jamais entendu parler d'elle, jusqu'au jour où un quidam lui a dit qui elle était, où elle se trouvait et de quelle attente immobile elle était frappée. Voilà cent ans qu'elle dort, mais les années n'altèrent pas l'incarnat de ses joues, le frémissement de ses paupières, le souffle paisible qui soulève sa poitrine. Et c'est lui qu'elle attend, immobile, sidérée par la malédiction qui la fige, qui fige son château, ses gouvernantes, ses filles d'honneur, ses maîtres d'hôtel, ses officiers, ses pages, ses Suisses, ses marmitons, ses cuisiniers, ses chevaux, ses palefreniers, ses gros mâtins de basse-cour, et jusqu'à Pouffe, sa petite chienne de compagnie. Tous immobiles, comme elle.

Le prince a pour mission de la réveiller, de la bouger. Il doit la mobiliser physiquement : il saisira sa main.[1] Il doit aussi activer sa conscience, l'éveiller à ses sens comme à ses esprits. Autrement dit, il devra non seulement la mouvoir,[2] mais aussi l'exciter, l'*émouvoir*. Enfin, il la maintiendra en vie en l'aimant de tout son coeur, en lui faisant des enfants, en l'épousant, en l'ins-

1 Ou baisera ses lèvres, selon la version.

2 Si l'on se réfère à l'étymologie du verbe *mouvoir*, de *movere, remuer, bouger*, cette signification sera élargie au sens moral dès le début du treizième siècle en *exciter, émouvoir*. (Rey Alain, Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, Paris, 2006).

tallant en son propre château, en la protégeant de son ogresse de mère... Cet homme va donc chahuter la vie de la belle, presque la ressusciter en lui apportant la *partie manquante de son histoire,* celle qu'elle attendait et qui était écrite de tout temps. Cette partie manquante de son histoire, elle y a droit grâce à l'oracle que la jeune fée a rendu, en guise d'antidote contre la malédiction de la vieille sorcière: *Rassurez-vous, Roi et Reine, elle n'en mourra pas: il est vrai que je n'ai pas assez de puissance pour défaire entièrement ce que mon ancienne a fait. La Princesse se percera la main d'un fuseau; mais au lieu d'en mourir, elle tombera seulement dans un profond sommeil qui durera cent ans, au bout desquels le fils d'un Roi viendra la réveiller.*

Médecins, psychiatres et psychothérapeutes sont de temps à autre confrontés à des patients qui ressemblent à cette Belle au bois dormant. Ces patients souffrent d'immobilité, physique ou mentale. Parfois, il suffit de les écouter raconter leur histoire pour qu'ils aillent mieux et se remettent en mouvement. Parfois, il faut leur raconter des histoires pour obtenir le même effet. C'est ce que je vais tenter d'éclaircir dans cette petite étude, en mettant en perspective l'immobilisme pathologique de certains patients et l'effet inducteur de mouvement propre à quelques *stratégies narratives* proposées depuis quelques années en psychothérapie. J'essaierai d'expliquer aussi pourquoi l'hypnose ericksonienne me paraît occuper, en l'occurrence, une place de choix parmi ces approches et pourquoi elle offre un accès privilégié à cette partie manquante de notre histoire.[3]

Récits au quotidien

Notre goût pour les récits est vieux comme le monde, ceci sous toutes les latitudes et à toutes les époques. Les sociétés humaines sont friandes de fictions. Elles aiment aussi les histoires vraies, le témoignage «vécu». Mémoires, biographies, anecdotes, chroniques de voyages et d'aventures, journaux intimes exercent de toute évidence un puissant attrait sur le public. Quant aux faits divers, ils occupent une place constante dans l'actualité que nous débitent

3 Une partie de ce travail reprend (et remanie) divers thèmes que j'ai traités dans quelques publications antérieures, consacrés entre autres à la narration thérapeutique (Salem G. Le récit familial et ses variations. Thérapie familiale, 11-3, 281-93, 1990; L'hypnose. in: Duruz N., Gennart M. Traité de psychothérapie comparée. Ed. Médecine & Hygiène, Genève, Paris, 2002, p. 345-73; La narration thérapeutique, in: Stitelmann J. Au-delà de l'image. Processus et émergences créatrices en art, en thérapie et lien social. Ed. des Deux Continents, Genève, 2202, p. 91-121; L'approche thérapeutique de la famille. Ed. Masson, Paris, 2005 (4e éd.); et, avec Eric Bonvin, Soigner par l'hypnose, Ed. Masson, Paris, 2007).

frénétiquement journaux, magazines, radio, télévision ou internet. Chacun s'émeut volontiers de ce qui est arrivé à tel inconnu ou à telle vedette du sport, du music-hall, des familles princières. La vie privée est sans façon dévoilée au grand jour, pour la plus grande satisfaction des consommateurs d'histoires.

Comment expliquer cette curiosité ancienne et universelle pour les récits ? La première réponse qui nous vient à l'esprit, en apparence simpliste, reste malgré tout assez pertinente : toute vie humaine est en elle-même un récit, avec un commencement, un milieu et une fin. Notre goût pour les histoires pourrait s'expliquer par notre inclination à comparer notre propre vie à celle des autres, pour apprendre quelque chose de leurs similitudes, de leurs différences, de leurs avantages, de leurs désavantages. Il est même plausible que cette curiosité s'enracine dans le désir ou la crainte, conscients ou inconscients, avoués ou secrets, de nous reconnaître dans l'histoire de quelqu'un d'autre («et si cela m'arrivait à moi?»). Par le récit, je m'imagine dans la peau d'un autre, je me reconnais dans tel personnage ou dans telle situation, et l'histoire que j'entends, fictive ou réelle, devient un instant la mienne. Ceci est possible grâce à mon imagination, à mes capacités associatives, à ma mémoire, à ma capacité de m'identifier à autrui, autant de facultés mentales et psychologiques qui me permettent de me transporter ailleurs sans bouger de mon fauteuil, et de transformer n'importe quel récit en une sorte de miroir idéalisé ou tragique de ma propre condition. En outre, le récit est un processus de communication familier à toute interaction entre deux ou plusieurs personnes.[4] On l'identifie à quelques aspects formels qui le différencient d'autres formes du discours parlé : c'est l'objet de la *narratologie*. Enfin, et c'est le propos de cette étude, le récit peut soulager la souffrance de quelqu'un, et même le guérir, lui faire retrouver la vie et le mouvement.

Souffrances immobiles

La Belle souffre-t-elle en son sommeil ? Nul ne peut le certifier, mais l'on s'en doute. A quoi bon sa jeunesse, sa beauté, son rang princier, son palais et ses gens, si elle n'en tire aucune jouissance ? Son destin est scellé en un script étroit : verrouillée dans le sommeil, confinée en son lit à baldaquin, elle sera oubliée pour un siècle. Nul damoiseau à séduire, nul branle à danser, nul poème à écrire, nul enfant à concevoir. Elle aurait mille et une raisons de se sentir malheureuse. Mais elle dort, précisément. Ce sommeil maudit ne la protège-t-il pas aussi, puisqu'il l'isole de sa conscience immédiate et lui

4 En français, le mot *relation* signifie à la fois le lien et le récit.

épargne de se savoir malheureuse ? Ne lui sert-il pas de refuge, tant que son destin accomplit la malédiction première ? Tout ce qu'elle peut espérer, c'est l'arrivée du prince, sa main salvatrice qui la ramènera à la vie éveillée, lui donnant enfin accès à la partie manquante de son histoire.

Le corps statufié

Quelles sont les conséquences d'une paralysie ? Le corps est le premier victime de son immobilisme. Nous savons par exemple que lorsqu'un membre ne bouge plus, il s'atrophie, subit une fonte musculaire, divers blocages articulaires, et même des obstructions veineuses ou artérielles dues à la stase sanguine. Tous ces «arrêts» provoquent une souffrance psychologique évidente. A quoi s'ajoute la sensation de perte de l'intégrité corporelle, à laquelle il faut bien se résigner, et d'autres pertes que cette perte entraîne en cascade (évoquons un instant tout ce à quoi le paralytique doit renoncer). Enfin, un cortège de sentiments tenaces, le fait de se sentir diminué vis-à-vis d'autrui, de se sentir impuissant devant l'irréversibilité de l'atteinte, sans compter l'effet d'usure morale consécutif à la durée illimitée de ce type d'infirmité. Enfin, un doute, celui de ne jamais savoir si l'intérêt que l'on suscite chez autrui est dû à *qui* l'on est vraiment (amour, affection, estime, respect) ou à *ce* dont l'on souffre, au handicap qui nous accable (pitié, compassion, curiosité).

Quand le mouvement corporel est interdit, la vie est comme suspendue, à défaut d'être arrêtée. Le mouvement est à l'évidence l'une des caractéristiques du vivant, qu'il soit observable ou non à l'œil nu. Un cadavre ne connaît guère d'autre mouvement que celui de la décomposition chimique et de la putrescence. La vie qui insufflait le mouvement s'en est allée, et avec elle l'énergie et ce mouvement. Chez le paralytique, bien que le mouvement volontaire soit aboli, force est de constater que les mouvements automatisés persistent (respiration, circulation cardio-vasculaire, péristaltisme intestinal, etc.). Selon l'étendue de la lésion neurologique, l'existence peut se résumer à une vie de «cadavre avec des yeux vivants», pour reprendre une expression d'Alexandre Dumas dans *Le Comte de Monte Cristo*, lorsqu'il désignait un de ses personnages atteint d'un syndrome rare, avec paralysie complète (aujourd'hui mieux identifié).[5]

Sans m'attarder à ces considérations évidentes, je retiens pour mon propos qu'une immobilisation physique entraîne non seulement des complications pour la santé physique, mais aussi pour l'équilibre psychologique et la santé

5 Le *locked-in syndrom* (LIS) est un trouble neurologique peu fréquent, sorte de pseudo-coma consécutif à un accident vasculaire cérébral, et caractérisé par une paralysie complète qui épargne toutefois les yeux et les paupières. La cognition, la sensibilité et la douleur sont préservées.

mentale. Ceci ne signifie pas obligatoirement une annihilation de la force d'âme et de vie, comme certaines personnes en ont fait la preuve éclatante.[6]

Un malheur impavide

Je suis la plaie et le couteau!
Je suis le soufflet et la joue!
Je suis les membres et la roue,
Et la victime et le bourreau!
Baudelaire, Les Fleurs du Mal, LXXXIII

Pour en venir à la psychopathologie, nous savons donc bien qu'un certain nombre de nos patients ressemblent beaucoup à cette Belle au bois dormant. Ce sont presque toujours des sujets estourbis par la trahison, le deuil, l'exil, la faillite, la solitude, l'abandon, l'angoisse, la mélancolie, quand ce n'est pas par une maladie somatique ou par des traumatismes de toute nature. Les voilà sidérés, parfois franchement paralysés sur le plan physique (même sans aucune lésion corporelle dans certains cas).[7] Ce n'est pas pour des raisons biologiques que leur corps se fige, mais bel et bien pour des raisons mentales (comme c'est le cas des troubles de conversion).[8] Des vicissitudes répétées, des infortunes de toute espèce, des carences majeures, des traumatismes profonds les ont plongés dans un état d'hébétude opiniâtre et bizarre, qui rend leur commerce difficile. Ils mènent leur vie vaille que vaille, comme absents à eux-mêmes, avec un fatalisme, une résignation qui impressionnent l'entourage. Leurs jours se suivent et se ressemblent, sans joie. Ils sont figés dans leur maladie, leur handicap, leur malheur de vivre. Ils sont comme anesthésiés, absents à la vie, aux émotions, aux jeux et enjeux relationnels de leur environnement humain.

Mais aussi, ce type d'absence, cette espèce de «sommeil» a un effet de protection paradoxale pour eux. Voilà qui explique qu'ils n'osent se risquer tout seuls hors de leurs murailles. *Vous savez, souffrir, je connais ça. Quant à aller*

6 Un journaliste atteint du *locked-in syndrom* est même parvenu, avec un succès notoire, à rédiger un livre témoignant de sa misérable condition grâce aux battements de ses paupières (Jean-Dominique Bauby, *Le* scaphandre et le papillon. Ed. Robert Laffont. Paris, 1997).

7 Par exemple certaines paralysies, certaines cécités ou surdités de type hystérique.

8 A ce propos, j'ai décrit ailleurs un cas d'hémiplégie sensitivo-motrice d'origine hystérique, rebelle à tout traitement, et qui a bien réagi à l'hypnose avec récupération complète (Salem G. L'hypnose. in: Duruz N. & Gennart M. Traité de psychothérapie comparée. Ed. Médecine & Hygiène, Genève, Paris, 2002, p. 345-73).

mieux, je n'y crois même pas, cela me fait même un peu peur, me disait un patient dépressif chronique. Cette résignation, ce fatalisme à la petite semaine, cette obsession du malheur mesurent l'ampleur de leur détresse et de leur désespoir, et peuvent finir par révolter ou épuiser les personnes qui s'échinent à les secourir. Survient alors un soupçon peu sympathique : ces experts du malheur ne se complaisent-ils pas, en fin de compte, en leur torpeur choquante ? Les voilà soudain «irrécupérables» à nos yeux, naufragés en leur «masochisme moral» et leur «besoin de punition».[9]

Ce serait oublier que ces experts du malheur sont en quelque sorte assignés à résidence. Presque toujours, ils font l'objet de je ne sais quelles malédictions ou prophéties familiales, allant jusqu'à devancer leur bourreau pour se punir eux-mêmes avec une sévérité sans retour. Ils sont stigmatisés par le tribunal familial, le tribunal social, le tribunal de leur église, le tribunal médical, comme par leur tribunal personnel, un tribunal très intime et très singulier. Ils expient en silence, en une sorte de cérémonie qui assouvit en même temps un obscur besoin de règlements de comptes et de vengeance. Ce phénomène n'est pas sans rappeler cette disposition d'esprit particulière que Boszormenyi-Nagy a décrit sous les termes de la *légitimité destructive*.[10] *La culpabilité que j'attribue à quelqu'un cache la mienne*, remarque de son côté la théologienne et philosophe Lytta Basset en un raccourci saisissant, non sans se demander un peu plus loin si le patient se donne même *le droit de désirer guérir. Y croit-il encore ?*[11]

Tout comme les infirmes et les rhumatisants sévèrement touchés, ces sujets sont figés, interdits de mouvement. Ici, par «mouvement», je veux dire aussi bien celui du corps, du cœur que de l'esprit. La stase dans laquelle ils sont pris au piège offre un spectacle affligeant, qui appelle une intervention. L'entourage familial, les prêtres, les médecins, les voyants et les thaumaturges défilent à leur chevet, sans parvenir à les extraire de leur glu. Leur vie n'est plus

9 La psychanalyse nous a longuement expliqué les bénéfices primaires et secondaires de la souffrance, la satisfaction trouvée dans le symptôme, la fuite dans la maladie, les modifications parfois avantageuses que celle-ci apporte dans les relations avec l'entourage (Laplanche J. & Pontalis J.-B. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris. 1978, p. 46-8).

10 Sorte de «bon droit» de souffrir et de faire souffrir (Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. Invisible loyalties. Hagerstown, Maryland, Harper & Row, 1973 ; Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R. Trust-based therapy : a contextual approach. Am. J. Psychiatry, 137:767-75, 1980. En français : Salem G. Loyautés, dettes et mérites. Contribution à l'approche contextuelle. Evolution psychiatrique. 47, 743-70, 1982 ; Salem G. L'approche thérapeutique de la famille. Ed. Masson, Paris, 2005, 4e éd. ; Ducommun-Nagy C. Ces loyautés qui libèrent. Ed. Lattes, Paris, 2002.

11 Basset L. La guérison, restauration de la capacité de relation. Science Pastorale, Vol. 24, No. 1, p. 9-34, 2005.

qu'une longue plainte, parfois discrète, parfois tonitruante, souvent tyrannique. Leurs jours se suivent et se ressemblent, les plaies et bosses physiques et morales se succèdent comme les grains d'un chapelet (un malheur n'arrive jamais seul, dit-on). Puis l'on se surprend à évoquer quelque machinerie intérieure et inconsciente, en vocables lourds de sous-entendus.[12] Pour les guérir, il faudrait pouvoir les écouter, dialoguer sincèrement avec eux, les toucher tout là-bas, au fond d'eux-mêmes. Mais c'est peine perdue, ils se dérobent au dialogue, collectionnent les déconfitures thérapeutiques, s'enferment plus loin en eux-mêmes, donnent l'impression d'être inaccessibles. En somme, une variante psychologique du *locked-in syndrom*.[5]

L'enfer, c'est les autres

Les récits de famille se gravent plus fortement
dans la mémoire que les narrations écrites
Alfred de Vigny

A moins que le piège qui les enkyste ne soit dressé par leur entourage, par exemple par leur famille actuelle (et pas seulement la famille du passé, celle de l'enfance, des récits poignants et des stigmates inoubliés). Eleanor Wertheim, chercheuse et professeur de psychologie en Australie, a décrit un type assez étrange de fonctionnement familial, qui empêche l'individu d'exister par lui-même. Ces familles paraissent pétrifiées, en tout point comme l'entourage de la Belle au bois dormant. Sous leur toit, tout se passe comme si le calendrier et son cortège d'événements, la croissance des enfants, leur maturation, leur autonomisation, la dispersion naturelle qui s'ensuit, le vieillissement, le déclin, les séparations et la mort n'avaient pas lieu d'être. Les membres de ce genre de familles se trouvent pour ainsi dire fixés en une chorégraphie immobile, un arrêt sur image.[13]

L'emprise extérieure qui aliène l'individu n'est pas seulement attribuable à la famille, l'on s'en doute. D'autres réseaux de relations humaines, inscrits en des collectivités plus larges, peuvent produire le même effet de gel. Nombre

12 Ainsi la fameuse *compulsion de répétition*, ce «processus incoercible et d'origine inconsciente, par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel». (Laplanche J. & Pontalis J.-B., opus cité, p. 86).

13 En termes systémiques, l'on dit que ces familles souffrent de *morphostase forcée*, ce qui signifie qu'elles déploient tous leurs moyens et toute leur énergie pour limiter les perturbations susceptibles d'affecter leur organisation. (Wertheim E. The science and typology of family systems. II. Further theoretical and practical considerations. Family Process, 14, p. 285-309, 1975).

de mécanismes sociaux ont été décryptés par les historiens, les anthropologues, les économistes, les politiciens, les théoriciens de la post-modernité, pour expliquer les effets angoissants et paralysants de nos environnements humains et technologiques.[14] Il n'est pas rare que des victimes de harcèlement ou d'exploitation en milieu professionnel en sortent frappées d'immobilisme pour de longues années. Les violences sociales et leurs traumatismes, comme les carences infligées par la misère économique, la solitude, la marginalisation forcée, sans parler de l'angoisse existentielle qui exsude de nos sociétés cloisonnantes et incertaines, tout cela peut, on le sait, cimenter le désespoir et pétrifier la personne. Sans oublier les systèmes de soins réifiants, tels qu'Ivan Illich les dénonçait, il y a un quart de siècle déjà, lorsqu'ils naissent de la collusion entre l'entreprise économique et la science, et nous transforment insidieusement en marionnettes physico-chimiques, pour reprendre la formule plus récente de Michel Bounan.[15]

Le désabusement affiché

La souffrance immobile est le lot de multitudes de gens qui encombrent les salles d'attente des médecins, des psychiatres et des guérisseurs de tout poil, quand ils ne colonisent pas les salles de physiothérapie «mobilisatrice» ou, plus simplement, les salons de coiffure qui assurent l'écoute empathique comme une stratégie rentable. C'est la souffrance d'êtres humains arrêtés dans leur développement physique et mental, ou condamnés à une croissance domestiquée et atrophique, comparable à celle d'un bonsaï. C'est une souffrance solitaire, qui cherche à être entendue et reconnue pour ce qu'elle est, et non pour les diagnostics, les étiquettes et les clichés dont on l'affuble. Et le paradoxe de cette quête, de cet espoir toujours sensible, est qu'il se double d'un désabusement inconditionnel affiché.

Dans nos vies de cliniciens nous rencontrons, au fil des jours inconstants, ces personnes pétrifiées au sein de paysages pétrifiés. Ce ne sont pas seulement nos patients, mais parfois des gens de notre parenté, des amis, des voisins,

14 Ramonet I. Agonie de la morale. Le Monde diplomatique, no 487, oct. 1994, p.1.

15 Illich a montré entre autres comment l'entreprise médicale, dans ses tentations prométhéennes, finit par menacer la santé en réifiant le patient. (Illich I., Némésis médicale. L'expropriation de la santé. Ed. Seuil, Points, Paris, 1975). Michel Bounan a décrit aussi, plus récemment, comment, en hypostases de Gepeto, nous nous ingénions à transformer nos patients en marionnettes physico-chimiques. (Bounan M., Le temps du SIDA. Ed. Allia, Paris, 1990). Ces deux auteurs ont annoncé en quelque sorte la naissance du managed care contemporain, qui infeste le monde des soins contemporains sous les auspices de l'*Evidence Based Medicine* et sa pensée unique.

des soignants, tous pris dans leur glu. On dirait qu'ils ont admis une fois pour toutes qu'ils sont ainsi et que le monde est ainsi, que nul changement n'est à craindre ou à espérer hors de cette «ainsité». D'invisibles herses les séparent de nous et nous tiennent en respect dès que nous les approchons. Et comme je viens de le rappeler, il n'est pas seulement des individus ainsi constitués, mais des familles, parfois même de plus larges collectivités. On dirait que tous jouent à une variante de colin-maillard appelée «un-deux-trois soleil». Non seulement chaque protagoniste se statufie lorsque nous nous retournons après avoir crié ces quatre mots, mais le paysage contre lequel sa silhouette se détache a perdu son animation habituelle : lui aussi nous semble figé, ce qui ajoute à notre sentiment d'étrangeté.

Racontez-moi votre histoire

Raconter, c'est mettre un peu d'ordre dans le désordre
Jean-François Malherbe[16]

Autour du château de la Belle, des ronces d'une densité décourageante (mais qui s'ouvriront sur les pas du Prince). Le lieu est bien gardé et tient à distance les curieux. A l'intérieur du château, tout est immobile, et ses habitants *perinde ac cadaver*. Mais bien vite le prince constate que chacun est bien vivant : les gardes ronflent debout, les gentilshommes et leurs dames respirent en cadence, le nez des Suisses bourgeonne en leur face vermeille. Arrivé dans la chambre dorée, il découvre la Belle sur son lit aux rideaux ouverts. Son éclat a quelque chose de lumineux et de divin. Oui, elle aussi est vivante, bien que pétrifiée comme les autres.

On le sait, une des premières tâches du thérapeute consiste précisément à prendre en compte les résistances du patient, à se connecter à lui en dépit des massifs de ronces et autres mécanismes défensifs qui le cernent, pour sceller avec lui une alliance authentique. Cet ajustement optimal de sa relation avec lui a pour objectif de restaurer la vie et son mouvement. La stratégie habituellement suivie, quelle que soit la doctrine du thérapeute, consiste à offrir une présence et une écoute de qualité, à la faveur desquelles le patient est invité à raconter son histoire. Que ce soit pour constituer son anamnèse de façon formelle, ou pour mieux saisir les étapes significatives de sa biographie, le patient est invité à donner un *récit de soi*. Ce procédé simple, mais essentiel, a en soi un effet thérapeutique, à condition que la relation avec le thérapeute soit fondée sur une confiance réelle (et non sur une alliance conventionnelle

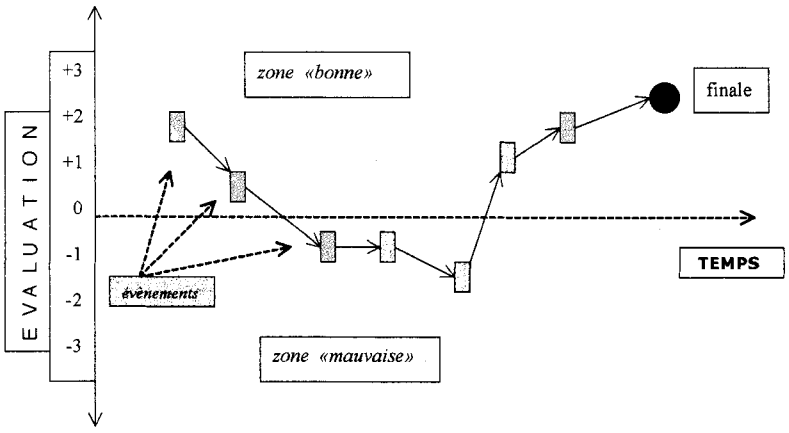
16 Malherbe J.F. Pour une éthique de la médecine. Artel-Erasme, Namur, 1997. p.79-80.

«plaquée» sur je ne sais quels protocoles et *guidelines* que maintes écoles de pensée proposent sur le «marché» des thérapies).

Paramètres du récit

Allons un peu plus avant dans la description de ce qui se passe au cours d'une narration. Se raconter à quelqu'un a pour effet d'organiser les événements de la vie dans un ordre non seulement chronologique, mais *configurationnel,* soit un ordre qui construit et développe la succession ou la synchronicité des événements selon une cohérence qui confère de la signification au vécu du narrateur. Les travaux des époux Gergen en psychologie sociale, dans les années quatre-vingt (avant que ces auteurs ne se proclament les leaders incontestés de l'école «constructionniste»[17]), avaient contribué utilement à mettre en lumière les paramètres d'un récit. Ils ont notamment proposé une manière de distinguer des catégories de récits selon la façon dont se construit l'espace d'*évaluation* de la courbe narrative (soit la valeur accordée aux événements narrés, situable sur un diagramme spécifique)(voir la **figure 1**).[18]

Figure 1. Paramètres du récit (d'après Gergen & Gergen, 1984)



17 Gergen M.M., Gergen K.J. The social construction of narrative accounts. in: Historical Social Psychology, Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publ.,p.173-90. New Jersey, 1984; Gergen K.J. Construire la réalité. Un nouvel avenir pour la psychothérapie. Ed. Seuil, Paris, 2005; Gergen K.J., Gergen M.M. Le constructionnisme social, un guide pour dialoguer. Ed. Satas, Bruxelles, 2006.

18 Gergen M.M., Gergen K.J. The social construction of narrative accounts. in: Historical Social Psychology, Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publ., p. 173-90. New Jersey, 1984.

La construction narrative

Ce premier aperçu des variables à l'œuvre dans le récit nous permet de mieux comprendre ce qu'est une *construction narrative*. Celle-ci est définie comme la tentative naturelle d'établir des connections cohérentes entre des faits de vie (*life events* selon les anglo-saxons). La construction narrative s'appuie donc sur des modèles diachroniques *(cross-time patterns)*, en suivant un axe directionnel qui organise en séquences cohérentes les événements vers la finale attendue. Cette opération mentale reflète en même temps la manière dont le narrateur se projette personnellement dans l'histoire. En effet, en sélectionnant les événements qui lui paraissent pertinents, en déployant leur séquence à sa manière, il nous renseigne sur son propre dispositif interprétatif. Autrement dit, l'histoire que je me raconte à moi ou que je raconte à autrui devient une représentation narrative de moi-même (concept de *soi narratif* ou *self narrative*, selon Gergen & Gergen).[19]

Il y aurait donc une «identité diachronique» de la personne, décelable dans son style particulier de se raconter. La construction narrative est un processus essentiel lorsqu'il s'agit de donner un sens à sa vie (Bettelheim[20] soulignait la double acception du mot *sens*). C'est précisément par le truchement d'histoires que les enfants apprennent à décoder les activités humaines et à organiser le sens des choses.

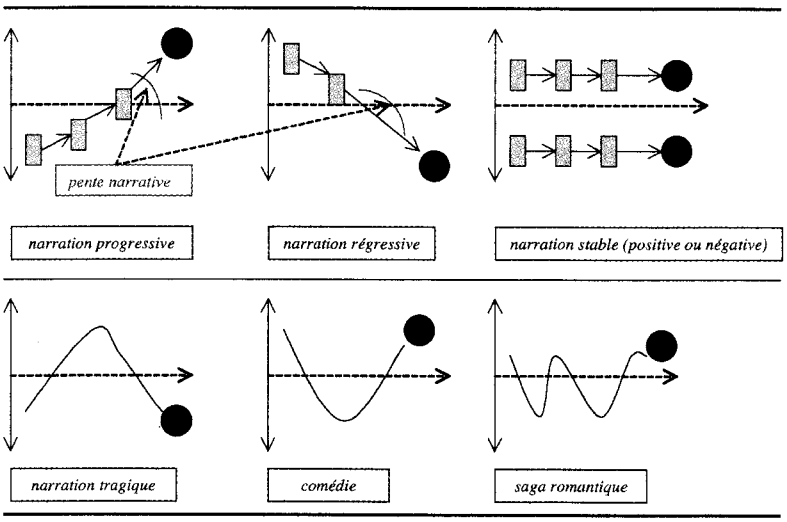
Sur la figure 1, on voit que c'est la finale du récit qui organise tout l'espace d'évaluation narrative qui la précède. Cette évaluation de l'orientation narrative peut être soit «progressive», soit «régressive», soit «stable». Elle est donnée par la *pente narrative* (*narrative slope*, Gergen & Gergen, 1984). Ce nouveau critère permet d'identifier quelques *prototypes narratifs*, par exemple le récit tragique (courbe d'abord progressive, puis régressive), le récit-comédie (avec *happy end*), dont la courbe est l'inverse de la tragédie, la saga romantique (caractérisée par des fluctuations typiques), etc. La **figure 2** permet de se représenter ces variantes de récits selon la pente narrative.

Les visées d'un récit

En ce qui concerne les théories consacrées aux mécanismes formels et aux effets pragmatiques de «la voix qui raconte» (soit du *discours narratif*), elles ne relèvent pas seulement de la psychologie sociale ou de la psychiatrie, comme l'on s'en doute. Ces théories sont dues avant tout à la linguistique, à la sémiologie et au domaine pluridisciplinaire de la *narratologie*. Dans ce contexte d'analyse, l'on tient compte par exemple des visées d'un récit. Shéhérazade

19 Gergen K.J. & Gergen M.M. opus cité, 1984.
20 Bettelheim B. Psychanalyse des contes de fées. Ed. Laffont, Paris, 1976.

Figure 2. Pente narrative et prototypes narratifs (Gergen & Gergen, 1984)



raconte des histoires pour ne pas mourir, Sinbad le Marin raconte sa vie pour justifier sa fortune, l'accusé raconte la sienne pour se défendre devant les juges, le prédicateur use d'une parabole pour éveiller la foi, l'orateur d'une anecdote historique ou intime pour toucher l'intelligence et le coeur. Lorsque la visée est de nature argumentative, l'*exemplum narratif* amène et étaie une conclusion. C'est ce que l'on appelle précisément un *récit exemplaire*. A la différence de l'enthymème qui fait appel à un raisonnement déductif, l'exemplum opère par induction, c'est-à-dire par analogie (du cas particulier on induit la règle générale).

Cette dimension de la narration, éclairée par la rhétorique, fait aujourd'hui partie de la *pragmatique textuelle*, comme le relèvent Jean-Michel Adam et Françoise Revaz, qui enseignent la linguistique à Lausanne et à Fribourg.[21] On parle d'*actions verbales*, selon l'idée de Karlheinz Stierle,[22] professeur de théorie littéraire à Constance. Selon ces théories, le fait de raconter a pour effet «d'intégrer en une intrigue (ou en une action, comme on le verra plus loin), une succession non coordonnée des faits» (je cite ici le sémiologue Claude Brémond dans son analyse structurale du récit).[23]

De son côté, le théologien Pierre-Luigi Dubied, de l'Université de Neuchâtel, relève que sans un récit, le passé n'existerait que sous la forme d'un chaos de

21 Adam J.-M., Revaz Françoise. L'analyse des récits. Ed. Seuil, Paris, 1996, p. 87-91.
22 Stierle K. L'Histoire comme Exemple, l'Exemple comme Histoire. Poétique no 10, Paris, Ed. Seuil, 1972, p.176-98.
23 Brémond C. in : Analyse structurale du récit. Communications, 8, Paris, Le Seuil, Coll. «Points», 2008, n°129 ; Logique du récit. Ed. Seuil, Paris, 1973.

faits «au mieux abandonnés à une chronologie plate», et qu'un récit constitue donc «la seule résistance possible à l'éparpillement ou à l'éclatement du temps». Il ajoute avec pertinence: «... dans une situation patente de crise, le récit de soi doit être reçu comme une tentative de se comprendre soi-même dans les données nouvelles qui obligent à une reconfiguration du passé et à une délimitation dans le présent. C'est la situation actuelle du moi qui oblige à un réagencement des faits qui permettent une définition suffisante dans le présent».[24]

Malades en train de se raconter

Lorsque le réagencement narratif d'une vie se fait par le dialogue dans une relation de confiance, un effet thérapeutique est observable dans la plupart des cas. Le patient se sent mieux du simple fait que quelqu'un l'écoute attentivement et avec bienveillance. Il se sent accepté tel qu'il est, et tel qu'il se raconte. Les ratifications données par son narrataire[25] ne concernent pas seulement le *contenu* de ce qu'il raconte («quelqu'un est en train de prendre au sérieux comment j'ai ressenti et compris ce qui m'arrivait»), mais la *manière* dont il le raconte, autrement dit la façon dont il se dévoile au thérapeute. D'autres mécanismes opèrent aussi, par exemple l'effet cathartique du récit (phénomène observable notamment chez les enfants ou les adultes qui ont subi des traumatismes ou des mauvais traitements difficilement avouables).[26] Cette catharsis a un effet d'évacuation ou de «nettoyage» de la souffrance vécue.

En outre, quelques mécanismes plus subtils – à un niveau éthique de la relation thérapeutique – sont à l'œuvre lorsque le patient se raconte. En premier lieu, la reconnaissance par quelqu'un de sa souffrance et de son histoire: cette «quittance» a un effet réparateur indéniable, sans suffire pour autant à «régler le problème».[27] Par cette forme de reconnaissance, comme par la qualité de l'attention et de l'écoute qu'il reçoit, le patient est remis sur la voie de la subjectivation de son être. Autrement dit, il quitte le statut d'*objet*

24 Dubied P.-L. Le rôle du récit de soi dans l'entretien pastoral. Une hypothèse-cadre pour sa prise en compte et son analyse. In: Bühler P., Habermacher & al. La narration. Quand le récit devient communication. Ed. Labor et Fides, Genève,1988, p. 191-200.

25 Terme de linguistique pour désigner le destinataire du récit, autrement dit l'interlocuteur du narrateur.

26 Les stratégies narratives sont largement utilisées aujourd'hui auprès des enfants victimes de mauvais traitements, notamment en dynamique de groupe, comme l'illustre la psychologue Mariame Traore dans leur travail au sein de la CIMI, une unité spécialisée dans la thérapie systémique de la maltraitance. Traore M. Le groupe thérapeutique «conte» pour enfants. Gazette électronique de la CIMI. Lausanne, www.cimi.ch, nov. 2007.

et devient ou redevient *sujet*, puisque son propre récit est pris en considération avec sérieux.

Dans le champ clinique, les brillants travaux d'Arthur Kleinman, professeur de psychiatrie et d'anthropologie médicale à Harvard et Cambridge, mettent plutôt l'accent sur la signification de la maladie. Il y est démontré que cette signification ne se construit pas de façon unilatérale, par le patient seulement, ou par le thérapeute seulement, mais de façon nécessairement bilatérale. Il s'agit bel et bien d'un travail de *construction narrative à deux*, qui procède en l'occurrence par une reconstitution commune de l'itinéraire thérapeutique du patient.[28]

A travers le prisme éthique, on peut lire sous la plume du philosophe Jean-François Malherbe, professeur d'éthique appliquée à l'université de Sherbrooke, au Canada, cette réflexion limpide sur le récit de soi: «... c'est quand l'on raconte sa vie que la vie prend un sens, que le sens émerge; c'est quand on fait le récit de sa vie, le récit de sa difficulté à un ami, à soi-même ou à un "spécialiste" que le sens peut surgir. Faire le récit de sa vie lui donne un sens. Mais qu'est-ce que le récit? Ce n'est pas ce qui est récité mais ce qui raconté. Et raconter n'est pas fabuler. On ne raconte pas n'importe quoi quand on raconte sa vie. Et on ne la raconte pas n'importe comment, même si on ne le raconte jamais deux fois de suite de la même façon. Il est d'ailleurs impossible de la raconter deux fois de la même façon».[29] Ce même philosophe reprend du reste en profondeur les grands thèmes éthiques du soin, dans plusieurs ouvrages[30] remarquables par la finesse et la pertinence de leur analyse, notamment à propos de la *relation intersubjective* sur le plan éthique, dans la ligne de Buber, de Ricœur ou de Levinas (pour ne citer que quelques-uns des auteurs auxquels sont travail renvoie). Il relève pourtant que le mécanisme d'une relation *subjectivante* (à l'inverse d'une relation réifiante ou *objectifiante*) implique une réciprocité authentique entre les deux interlocuteurs. L'on est tout proche, ici, de la dynamique de la relation Je-Tu ou Je-Ça de Martin Buber.[31]

A propos de réciprocité, en revenant à Arthur Kleinman, notons que le caractère puissant et souvent touchant de ses récits d'itinéraires de patients

27 Par exemple, chez les victimes de mauvais traitements, il importe que ce soit surtout l'agresseur qui parvienne à reconnaître les sévices infligés à sa victime, bien davantage que le thérapeute, si l'on espère que la reconnaissance ait un impact profond.

28 Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. Ed. Basic Books, USA, 1988.

29 Malherbe J.-F. opus cité, p. 79.

30 Malherbe J.-F. Les ruses de la violence dans les arts du soin: essais d'éthique critique II, Ed. Liber, Montréal, 2003; Objet de soins, sujet de vie. Introduction à la pratique de l'éthique clinique. Ed. Fides, Québec, 2007.

31 Buber M. Je et Tu. Ed. Aubier-Montaigne, Paris, 1969.

tient précisément à la place qu'il laisse, au sein de la relation thérapeutique, à tout ce que le patient donne – et fait découvrir – au thérapeute, et pas seulement à ce que le thérapeute donne et fait découvrir au patient.[32] Cette reconnaissance accordée par le thérapeute au patient, sans altérer sa crédibilité ou son autorité de thérapeute, ni la nécessaire asymétrie de la relation qu'il maintient avec lui, donne une chance authentique à celui-ci de sortir de son immobilisme et de ses murs. La reconnaissance éthique joue ainsi un rôle majeur dans la stimulation de la capacité relationnelle des personnes qui se présentent comme «pétrifiées», «inaccessibles» et soi-disant «irrécupérables».

Selon Lytta Basset, qui se fonde sur une expérience à la fois pastorale et thérapeutique, une écoute compatissante favorise chez le patient une forme d'auto-compassion qui remobilise «l'énergie de re-création».[33] C'est à cette condition que le patient peut en venir à renoncer à l'obsession et à la toute-puissance morbides dans lesquelles il s'est enfermé, à accepter ses handicaps, son impuissance, ses limites (les siennes et celles de la condition humaine). En effet, il n'est plus seul: le voilà désormais accompagné par celui qui l'écoute, son narrataire. La réceptivité, la réactivité adéquate et ajustée de celui-ci délivrent un message précieux qui le met sur la voie de la guérison: «Tu es plus que ta peur de disparaître. Ce n'est la faute de personne, si ce n'est de la vie telle qu'elle est. Ton être ne se réduit pas à ce que tu crois connaître de la vie et de toi-même, tu es aussi quelqu'un d'autre.»[34]

Vertus thérapeutiques de la narration

S'il est vrai que toute narration peut être utilisée de façon thérapeutique, il convient de rappeler d'abord, de manière très générale, que soigner n'est pas le propre des professionnels. Il arrive à chacun de se trouver dans un tel rôle lorsqu'il s'agit de soulager la souffrance d'une autre personne, même sans professionnalisme. C'est un fait courant qu'une personne adulte est capable d'apaiser la douleur physique ou morale d'une autre, de porter les fameux «premiers secours» sans que par la suite d'autres soins plus spécifiques ou savants soient nécessaires. Il est par exemple fréquent qu'un parent sache apaiser l'angoisse, l'insomnie et même l'agitation d'un enfant, sans recourir forcément à l'aide d'un médecin. Maints traumatismes sont soignés de la sorte par toutes sortes de «laïcs».

32 Kleinman A. opus cité, 1988.
33 Comme le voudrait l'étymologie du vocable therapeuô (qui, selon le dictionnaire théologique du Nouveau Testament, signifie «quelque chose de bon et les progrès du sujet concerné»)(Basset L., opus cité, p. 13.)
34 Basset L. opus cité, p. 17-8.

Un des procédés les plus fréquemment employés est précisément le récit, associé ou non au geste qui panse, à la caresse qui console, à la tisane qui calme la douleur, aux paroles réparatrices. Il advient ainsi que l'on raconte à quelqu'un comment l'on s'est tiré soi-même d'un mauvais pas, ou comment un tel s'y est pris avec profit. Ou bien l'on rappelle au malade comment par le passé il a été lui-même capable de faire face à d'autres épreuves avec succès. Ou encore l'on se contente tout bonnement de le distraire de sa douleur, en détournant son attention par une histoire vraie ou fictive. Par ailleurs, bien des enfants dits *parentifiés*[35] savent précocement comment aider leurs parents, grands-parents, frères, sœurs ou camarades, en créant une diversion au moyen d'une histoire. Et quel est l'enfant qui n'a pas appris de bonne heure à apaiser tout seul ses propres tourments en se racontant une histoire rituelle ?

Jusqu'à quel point les hommes de l'art ont-ils exploité cette ressource naturelle ? On sait que le chaman d'autrefois (au même titre que certains guérisseurs et tradipraticiens d'aujourd'hui exerçant leur pratique dans les sociétés dites «en voie de développement») usait volontiers de la narration, demandant au patient de lui raconter ses rêves, ou en lui racontant les siens. Bien des vaticinations ou des prédictions des haruspices et autres pythonisses de l'antiquité étaient moulées en un récit divinatoire. Nous sommes familiers aussi de la rhétorique des sages, des philosophes, des ermites, des maîtres en méditation, et de leur prédilection pour les récits, les paraboles, les contes initiatiques.

La psychanalyse, elle, est restée surtout fascinée par le contenu symbolique des récits. Songeons par exemple au mécanisme du roman familial, décrit Freud pour expliquer la façon de liquider l'Œdipe (thème admirablement repris sur le plan littéraire par Marthe Robert) ;[36] ou à l'effet favorable des contes de fées sur le façonnement de la personnalité, selon Bruno Bettelheim, auteur passionnant qui n'en a pas moins négligé les aspects formels du récit et leur potentiel dans l'art de guérir. En revanche, certains cliniciens, par exemple Louisa Duss et sa méthode des fables en psychanalyse infantile,[37] se sont intéressés à la façon dont l'usage des récits pouvait avoir une fonction bénéfique dans certaines perturbations de l'enfant. Louisa Duss proposait par exemple à un enfant d'achever une histoire dont elle lui lisait le commencement, telle celle-ci : «Un enfant rentre de l'école et sa maman lui dit : *Ne commence pas tout de suite tes devoirs, j'ai une nouvelle à t'annoncer.* Quelle est cette nouvelle ?» Chaque enfant construira à sa manière la fin de l'his-

35 Boszormenyi-Nagy I. & Spark G., opus cité, 1973.
36 Robert M. Roman des origines et origines du roman. Ed. Grasset, Paris, 1972.
37 Duss L. La méthode des fables en psychanalyse infantile. Ed. L'Arche, Paris, 1950.

toire et laissera émerger sa façon de se représenter le monde et les relations humaines, ce qui donnera des indices sur sa personnalité. Les thérapeutes jungiens exploraient de leur côté les effets des contes initiatiques sur le processus d'individuation du patient, selon les lois de l'inconscient collectif, à l'ombre des archétypes (en particulier Marie-Louise von Franz, qui a consacré plusieurs livres fascinants à ces questions).[38]

Toujours en partant de la psychanalyse, mais avec quelques incursions dans d'autres disciplines intéressées par l'épigenèse du développement, on peut rappeler les contributions fort intéressantes à la conception d'un «soi narratif» chez le nourrisson de Daniel Stern, et ses prolongements dans le «moment présent en thérapie» avec l'adulte qu'il est devenu.[39] J'ai déjà mentionné plus haut les travaux des époux Gergen dans le domaine de la narration, du moins ceux d'il y a une vingtaine d'années sur la construction narrative et le *self* narratif.[40] Leurs travaux plus récents n'apportent pas d'éléments nouveaux sur les stratégies narratives, si ce n'est quelques fines analyses épistémologiques sur le constructionnisme, mais rien de très substantiel pour le sujet qui nous occupe ici.[41]

Pour résumer mon propos jusqu'ici, retenons que le simple fait d'encourager le patient à raconter son histoire, en lui offrant une écoute attentive et respectueuse, peut à l'évidence l'éveiller à la relation avec un autre humain, et de ce fait, le «remettre en mouvement».

Cela me rappelle une histoire

La narration est l'exposition d'une chose faite,
ou supposée faite, et une exposition propre à persuader
Quintilien

Abordons maintenant comment un récit proposé par le thérapeute peut aussi contribuer à restaurer la capacité relationnelle du patient, ainsi que sa capacité à retrouver le mouvement.

38 Franz (von) M.L. L'ombre et le mal dans les contes de fées. Ed. La Fontaine de Pierre, Paris, 1980.
39 Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Ed. PUF, Paris, 1989; Le moment présent en psychothérapie: un monde dans un grain de sable. Ed. Odile Jacob, 2004; Journal d'un bébé, Ed. Odile Jacob, Paris, 2004.
40 Gergen K.J. & Gergen M.M. opus cité, 1984.
41 Gergen K.J. & Gergen M.M. opus cités, 2005, 2006.

Narrations systémiques

Les applications de la reconstruction narrative dans le domaine systémique ont été tentées d'abord dans le contexte de la thérapie de famille. J'ai déjà décrit ailleurs[42] certaines techniques narratives utilisables avec les familles. Les travaux systémiques consacrés à ce sujet n'étaient pas très nombreux, mais ont connu ces dernières années un foisonnement prometteur. Après quelques études sur les mythes familiaux, qui n'abordaient qu'un aspect trop général de la question et ne focalisaient guère l'intérêt sur les processus narratifs (tels que ceux de Ferreira[43] ou de Stierlin[44]), on peut rappeler, dans le domaine thérapeutique, quelques essais mettant en valeur l'usage des contes de fée ou des récits traditionnels en séance (tels que ceux assez anciens de Fellner,[45] Andrey[46] ou Caillé & Rey[47]), ou d'autres utilisant la trame du levier biographique de la famille (un des premiers travaux d'Epston, notamment[48]).

Depuis, les recherches d'Epston et de White, au Dulwich Center d'Adelaïde en Australie, ont développé avec un vif succès des stratégies narratives originales.[49] Leurs explorations narratives de la relation thérapeutique ont mis l'accent sur l'*externalisation* du problème par tous les moyens (y compris le récit). Il s'agit de dissocier ou de défusionner le problème proprement dit de l'identité du patient: *the problem is not the person, the problem is the problem* (sorte de slogan de leur approche). Ceci se fait tout en focalisant l'intérêt sur les ressources, valeurs, espoirs, personnes-clefs et tuteurs de résilience, bref, les expériences positives vécues par le patient (ou la famille) avant de venir en thérapie, ou vécues au fil de cette thérapie (qui se veut brève, en général). Cette externalisation facilite selon les auteurs le travail de reconstruction narrative avec le thérapeute, qui apporte des ponctuations nouvelles sur la façon de considérer le passé, le présent et le futur *(re-author or re-story a person's experience)*. Dans un de ses livres, John McLeod, professeur de counseling à l'université de Keele en Angleterre, va jusqu'à affirmer que le cœur de toute psychothérapie peut être considéré comme un processus dans lequel le pa-

42 Salem G. opus cités, 1990, 2002, 2005.
43 Ferreira A.J. Les mythes familiaux. in: Watzlawick P. & Eakland J. Sur l'interaction, p. 83-97, Seuil, Paris, 1981.
44 Stierlin H. Group phantasies and family myths. Some theoretical and practical aspects. Family Process 12:111-25,1973.
45 Fellner C. The use of teaching stories in conjoint family theory. Family Process, 15:1976.
46 Andrey B. Un recadrage métaphorique, le conte de la famille. Thérapie Familiale, 8 (1): 77-97, 1987.
47 Caillé P., Rey Y. Il était une fois... du drame familial au conte systémique. Ed. E.S.F., Paris, 1988.
48 Epston D. Writing your biography, AFTA Newsletter, 34:10-5, 1989.
49 White, M. & Epston, D. Narrative Means to Therapeutic Ends. (New York: W.W. Norton & Co., 1990). Des moyens de la narration aux buts thérapeutiques. Ed. Satas, Bruxelles.

tient vient raconter, puis ré-écrire l'histoire de sa vie. De ce fait, à ses yeux, toute psychothérapie est une thérapie narrative et une consultation devient finalement une expérience consistant à raconter et re-raconter des expériences vécues.[50]

Erickson, le pionnier

Parallèlement à ces travaux quelque peu dispersés sur la narration, l'hypnothérapie ericksonienne, qui a connu de riches développements ces dernières décennies, proposait de bonne heure, entre autres procédés d'induction ou de suggestions conversationnelles, quelques subtiles techniques narratives destinées à produire ce que l'on pourrait appeler un recadrage thérapeutique du problème ou de la symptomatologie du patient. La perspective est ici aussi, comme chez White et Epston, de type non pas *pathology oriented*, mais *resources oriented*, autrement dit orientée sur les aires fonctionnelles de la personnalité.[51] Au lieu de se limiter à l'expérience du patient, le thérapeute se réfère à l'expérience de quelqu'un d'autre, réelle ou fictive (un autre patient, ou un épisode de la vie personnelle du thérapeute, une scène de roman ou de film, un témoignage entendu, un fait divers, une anecdote, une histoire drôle, etc.).

Raconter une histoire permet de capter l'attention du patient, pendant qu'à un autre niveau, par substitution analogique, son esprit découvre et apprend d'autres façons possibles de réagir, de penser, de sentir, de décider... Au mécanisme protecteur de la *distanciation* quasi brechtienne, qui évite au patient de se sentir trop directement impliqué, s'ajoute celui d'une *identification* «en douceur» à la situation décrite par le thérapeute. Ceci ménage les mécanismes défensifs, la méfiance éventuelle, les craintes irrationnelles du patient. En effet, si ceci est «arrivé à quelqu'un d'autre, ailleurs, à un autre moment», «je peux en retirer quelque chose pour moi». C'est de cette façon, par un effet mimétique de *modeling* à un niveau conscient et inconscient, qu'agiraient les contes de fées, les récits traditionnels, les mythes, les légendes, les histoires drôles, etc. (nous ne sommes pas loin ici de l'objet transitionnel et de l'espace potentiel de Donald Winnicot).

La technique courante est celle que l'on pourrait appeler la *digression narrative* ou «ça me rappelle une histoire». Milton Erickson était un artiste en la matière, comme en témoignent ses travaux et particulièrement les histoires

50 McLeod J. Narrative and psychotherapy. Ed. Sage Ltd., Londres, USA, New Delhi, 1997.

51 Ces questions sont largement traitées dans un ouvrage qu'Eric Bonvin et moi avons consacré à l'hypnothérapie (Salem G. & Bonvin E. Soigner par l'hypnose, Ed. Masson, Paris, 2007 (4e édition).

qu'il racontait à ses patients, rassemblées dans un savoureux ouvrage par son élève Sidney Rosen.[52] Il va de soi qu'il ne suffit pas simplement de raconter «cette autre histoire», mais de la raconter en adaptant les mots, les images, l'atmosphère à la personnalité du patient qui écoute (le narrataire), après avoir appris un certain nombre de choses sur lui (habitudes, passe-temps, goûts et dégoûts, préférences sensorielles, expériences positives ou traumatisantes du passé, etc.). Cette modulation du récit constitue une technique suggestive indirecte qui vient renforcer l'effet de la métaphore utilisée.

Bref, en résumé, on peut relever que tous les chemins mènent à Rome, et que nombre de théories et de techniques thérapeutiques s'inspirent aujourd'hui de la narration pour établir le lien avec le patient, et remettre celui-ci en mouvement. Il me paraît intéressant, à la lumière de ce qui a été abordé jusqu'ici, de retenir un des mécanismes fondamentaux, commun à toutes ces approches, qui a pour vertu de remobiliser le patient verrouillé en lui-même et dans son problème. Ce mécanisme pourrait être appelé le recadrage narratif. Pour le décrire, je me fonderai de préférence sur l'approche d'Erickson, qui m'est familière de longue date et courante dans ma consultation quotidienne de psychiatre. Je résumerai d'abord la façon (souvent indirecte) dont Erickson procède (et les ericksoniens dans sa foulée), aussi bien au moment où il prend en charge un patient – *accepting* – qu'au moment où il recourt à la digression narrative – *utilizing*. Ensuite, je m'efforcerai de déchiffrer le mécanisme de cette forme de recadrage à la lumière des éléments discutés ci-dessus.

Tel qu'il se raconte

La première chose que fait Erickson avec le genre de personnages qui ressemblent à la Belle au bois dormant, c'est de défier l'étrangeté en se mettant à leur proximité, et ceci tout en les observant très attentivement. Il observe leurs corps, leurs gestes, leurs mouvements, leurs postures, leurs mimiques, leurs trafics de regard, leurs modulations vocales.[53] Ce faisant, il a le regard incisif d'un primatologue. Le plus souvent, il écoute aussi le contenu du récit, encourage le patient à le développer, à le répéter au besoin, tout en se familiarisant avec ses expressions et son vocabulaire, et en s'imprégnant de son monde. C'est ce qu'à maints endroits de son enseignement et de ses écrits, il a décrit comme l'acceptation inconditionnelle de l'autre (phase de l'*accepting* en thérapie).[54]

52 Rosen S. Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1986.

53 Rappelons à quel point Erickson était expert dans l'observation des signes minimaux. (Zeig J.K. La technique d'Erickson. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1985).

54 Milton Erickson, Œuvres complètes. Ed. Satas, Bruxelles, 2002.

Cette acceptation inconditionnelle initiale du patient, comme l'acceptation de son problème tel qu'il le décrit et l'explique lui-même (sans l'externaliser forcément, comme Epston et White le font), opère à plusieurs niveaux de conscience en même temps. Elle va dans le sens d'un ajustement authentique, tant sur le plan biologique (ou plutôt éthologique), que sur le plan affectif et éthique. L'aspect cognitif proprement dit de l'échange reste au second plan, ou sert de prétexte. Et cet ajustement procède selon diverses modalités, à la fois par mimétisme,[55] par résonance intuitive, par ratification émotionnelle. Le patient se sent mieux que compris : il est *deviné*. Et s'il est deviné, c'est que ce n'est pas seulement son récit verbal qui est perçu par le thérapeute, mais cet autre récit «parallèle» donné par le corps, la mimique, le geste, le mouvement, la posture, le rythme psychomoteur.

Récit parallèle

Ma voix est par exemple en train de débiter un récit morose et désolé, mais mon regard brille par instants, sans raison apparente, mes mains s'étreignent, mes jambes se croisent et se décroisent à certains passages de mon récit, et ainsi de suite. Mon corps «trahit» un autre récit, il donne à mon interlocuteur des signaux qui disent parfois le contraire de ce que ma voix énonce. Celle-ci énonce combien je suis réticent à cet entretien avec le psychiatre de mon fils schizophrène, mais dans mon regard ce même psychiatre pourrait lire combien je me sens coupable, ou combien je m'invente un voyage et une guérison commune avec mon fils. Ou bien, alors que mes mots racontent ma compassion quotidienne pour ma mère alcoolique, mes gestes racontent comment je l'assassine dans mon fantasme (dans mon *récit parallèle*). Ou bien encore, le thérapeute m'interroge sur ma navrante saga familiale, que je lui livre dans toute sa morosité. Il prend des notes et ne voit rien de l'excitation de mon corps, de sa fébrilité contenue, parce qu'il ne devine rien du «cinéma que je suis en train de me faire» en évoquant ce qui m'attend quand je serai sorti de chez lui, le lieu où je vais me rendre, la personne que je vais rencontrer.

Oui, je suis ici, dans le bureau de mon thérapeute, je lui raconte ce que j'ai pour habitude de raconter de moi, et en même temps je suis ailleurs, là où mon *récit parallèle* me porte. Comment entendre, comment lire ce double récit, quand il est contradictoire, quand il va jusqu'à narrer deux histoires carrément étrangères l'une à l'autre ? Autrement dit, comment détecter correctement le talent dissociatif[56] du patient, sa capacité d'exister sur deux plans de conscience en même temps, à la faveur d'un double régime[57] narratif de

55 La philosophe Jeanne Hersch dit que comprendre quelqu'un, c'est «mimer son mouvement intentionnel». Hersch J. L'étonnement philosophique. Une histoire de la philosophie. Ed. Gallimard, Folio, Paris, 1981 et 1993.

la conscience ? Comment entendre ce *récit parallèle* en même temps que le récit «officiel» que me livre le patient ? Et comment lui restituer ce double récit ?

Un tel talent n'est pas donné à tout le monde, il peut s'apprendre et s'aiguiser par la pratique quotidienne de l'attention exigeante au langage non verbal. Il se développe aussi grâce à la multiplicité des rencontres et à la diversité des situations, deux conditions indispensables à la fameuse expérience clinique, à «l'épaisseur relationnelle»,[58] au charisme. Mais par-dessus tout, un tel talent dépend de l'ouverture du cœur du thérapeute, de sa capacité d'intérêt authentique, de son aptitude à s'identifier quelque peu au patient, et même, lâchons le mot, de ressentir de la *compassion* envers lui. Ce qui ne signifie pas, bien entendu, qu'il doive se confondre avec lui.

En se mettant au diapason de la relation, une relation telle que le patient est pour l'instant capable de la supporter, Erickson établit une alliance authentique et subtile, ingrédient précieux à tout travail thérapeutique. Au fil de la conversation particulière qui s'instaure, le patient se sent identifié, reconnu pour qui il est, et non contraint de se conformer à des modèles standardisés de souffrance. Ce n'est pas d'un diagnostic qu'il s'agit, ici, c'est de quelqu'un. Quelqu'un est là, avec son histoire, avec ses histoires. Quelque chose de relationnel est en jeu, entre lui et moi, entre lui et lui, entre moi et moi. L'art de l'*accepting* chez Erickson est une magnifique leçon d'éthique et d'altérité. La *précellence d'autrui*, comme dit Malherbe, y est à chaque instant vérifiable.[59]

Récit-réponse

Mais si le fait de s'intéresser à autrui se résume l'écouter, à le comprendre et à l'accepter tel qu'il est (expérience indéniablement bénéfique pour le patient, mais pas forcément suffisante pour le guérir), comment appelle-t-on

56 Milton Erickson considérait la tendance dissociative naturelle de ses patients comme une qualité précieuse, un talent. Et quand ce talent ne se manifestait pas, il s'ingéniait à le réveiller grâce à sa façon très hypnotique de communiquer. Le talent d'un thérapeute ne se reconnaît-il pas à sa capacité d'éveiller celui du patient ?

57 Jean-François Billeter, sinologue et philosophe, s'est beaucoup intéressé à l'hypnose d'Erickson, par le biais de Tchouang-tseu et de son apologie de l'oubli. Il en est venu à préférer le terme de régime de conscience modifié à celui d'état de conscience modifié, pour décrire la transe hypnotique (un peu comme l'on parle du régime d'un moteur). (Billeter J.-F. Leçons sur Tchouang-tseu. Ed. Allia, Paris, 2002).

58 Pour citer le Dr Amilcar Ciola, un de mes confrères et amis, thérapeute de famille au long cours.

59 Malherbe J.-F. opus cité, 2007.

le pas suivant, lorsque l'on se mêle de changer quelque chose en lui, dans son équilibre, dans sa vision de lui-même et de son destin, pour l'aider à mieux vivre ? Que se passe-t-il lorsque le thérapeute ne se contente plus d'être seulement empathique, mais qu'il intervient, qu'il s'ingère dans la vie du patient pour le soigner plus avant ?

Nous avons vu comment le Prince va chahuter la vie de la Belle. Il va l'éveiller, certes, puis il la secouera, la fera en quelque sorte rebondir *(bouncing)*, la tournera en tous sens *(whirling)* pour lui restituer la partie manquante de son histoire et la rendre au mouvement et à la vie. Ces deux verbes anglais ont été utilisés quelque deux siècles après la publication du conte de Charles Perrault, par le docteur-mage de Phoenix (Arizona), Milton Erickson.[60] Ils lui servaient à décrire comment, lorsque l'on espère soigner efficacement les «cas désespérés», il faut, après les avoir observés attentivement, après les avoir écoutés et après avoir écouté leur entourage, les activer, les mettre en mouvement, exciter leurs ressorts oubliés, les retourner en tous sens.

Ainsi, de Paris à Phoenix, une stratégie similaire de changement est proposée. C'est la stratégie essentiellement intuitive de deux experts de la narration. Le deuxième de ces conteurs,[61] par sa profession de psychiatre, vérifie concrètement l'utilité de ce principe du mouvement, chez des malades souffrant de douleurs rebelles, d'angoisse pétrifiante, de mélancolie, de folie, de léthargie incoercible. Son art, sa technique pour y parvenir ? L'hypnose, soit une façon de dialoguer qui «endort» le patient pour mieux le «réveiller». Paradoxe ? Aujourd'hui, il ne nous surprend plus. Nous savions qu'Hypnos, fils de la Nuit et frère jumeau de la Mort, incarne le Sommeil. Il paraissait naguère incongru qu'une méthode qui sert à endormir serve aussi à éveiller. La chose est admise aujourd'hui, sans trop savoir comment nous sommes parvenus à cette conclusion, hormis l'expérience clinique et quelques travaux expérimentaux. Mais le fait est que l'hypnose, telle qu'Erickson nous l'a dévoilée, sert à éveiller et à mettre en mouvement. Par quelle magie ? Et que nous enseigne cette observation, non seulement à propos de la nature de la relation thérapeutique, mais de la relation entre humains au sens large ?

Le procédé de la digression narrative consiste, comme je l'ai relevé, à raconter une contre-histoire, un *récit-réponse* qui fonctionne à la manière d'un recadrage narratif, mais sans avoir l'air d'y toucher. Erickson raconte l'histoire d'un autre patient qui se croyait aussi perdu que le patient narrataire, et qui s'en est sorti à sa propre surprise. Ou bien il raconte l'histoire advenue

60 Erickson, M., Rossi, E., et Rossi, S. Hypnotic realities. Irvington, New York, 1976.

61 Erickson était un magnifique conteur, comme le rappelle l'excellent livre de Sydney Rosen (Rosen S. Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1986.

à un collègue, à un membre de sa famille, à lui-même enfin. Cette histoire fonctionne à l'instar d'une parabole inspirée, qui permet au patient de s'identifier au héros, de se remotiver en l'imitant dans sa capacité à tirer parti de son épreuve au lieu de la subir[62] et de «rebondir» grâce à ses ressources naturelles. Ainsi, dans ses stratégies narratives, Erickson mise davantage sur les aptitudes du patient et sur ses capacités insoupçonnées d'apprentissage (sur sa *résilience*, dirait-on aujourd'hui),[63] que sur sa souffrance, ses handicaps ou ses difficultés. Il incarne le thérapeute de type *resources oriented*, par antinomie avec le thérapeute *pathology oriented*. Comme le dit Michel de Certeau, «le récit fait croire et par là il fait faire ; il loue ceci et déconsidère cela. D'autre part, il produit de l'oubli ; il institue un silence à propos de ce dont il ne parle pas. Et parce qu'il est toujours "plein" et bouclé, il fait même oublier qu'il fait certaines choses».[64]

Erickson va donc plus loin que l'écoute (même si celle-ci s'avère déjà utile lors des premières étapes thérapeutiques). Il précède le patient dans la déconstruction et la reconstruction de son histoire, tout en activant (entre autres par son *récit-réponse*) ses ressources naturelles, ses compétences, ses capacités d'apprendre et de se laisser surprendre par lui-même. Sa technique de digression narrative peut être ainsi décodée comme une stratégie indirecte : j'écoute ton histoire, je la ratifie et la reconnais avec attention et respect, tout en suggérant une *autre signification* au scenario de cette même histoire, ou en recourant à une *histoire réponse* qui lui ressemble en partie, mais dont l'espace d'évaluation a changé. Les **figures 3 et 4** illustrent ce mécanisme.

---

62 Selon l'idée généreuse et fascinante de James Hillman, psychologue jungien et auteur de best-sellers sur la psychothérapie, dans sa définition de l'épreuve comme *entaille initiatique* ou comme *rite de passage* (à la manière des tribus indiennes). (Hillman J. & Ventura M. Malgré un siècle de psychothérapie, le monde va de plus en plus mal. Ed. Ulmus Company Ltd, Londres, 1998).

63 La résilience désigne la capacité à résister aux coups en physique des matériaux. Etendu aux sciences humaines, ce concept désigne la faculté d'un être humain à se relever malgré les épreuves subies (et même grâce à elles, à la manière d'Antée, personnage mythologique qui se relevait plus fort chaque fois que l'adversaire le précipitait à terre, car la Terre était sa mère et le fortifiait). On lira en particulier les travaux de Cyrulnik et de Vanistendael. Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Ed. Odile Jacob, Paris, 1999 ; Les vilains petits canards. Ed. Odile Jacob, Paris, 2001 ; & al. Ces enfants qui tiennent le coup. Ed. Hommes et perspectives, Martin Media, 1998. Vanistendael S. La résilience ou le réalisme de l'expérience. Blessé, mais pas vaincu. Ed. Les cahiers du BICE, Genève, 1998 ; Résilience et spiritualité. Le réalisme de la foi. Ed. Les cahiers du BICE, Genève, 2002.

64 De Certeau M. Revue de L'Arc, no 72, 1978, p.83.

Figure 3. Recadrage narratif de l'évaluation (Salem G., 2008)

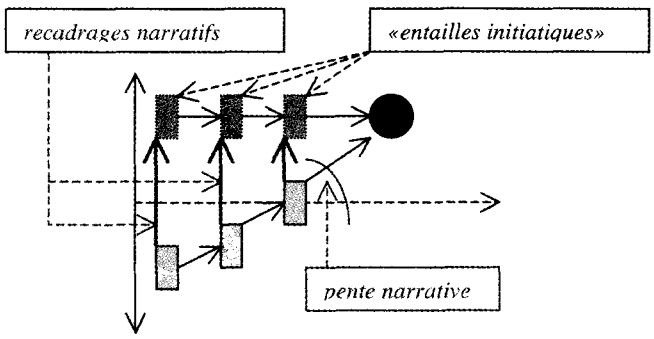
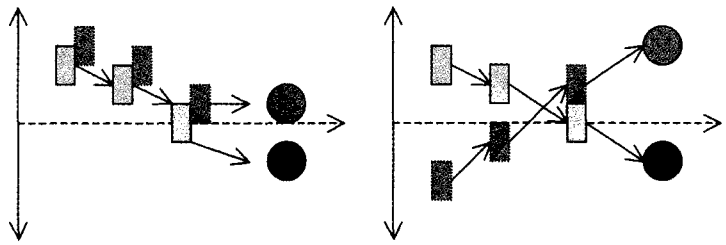


Figure 4. Récits parallèles (Salem G., 2008)



La surprenance

L'effet majeur de ce genre d'intervention est d'éveiller le patient, à lui-même d'abord, puis au monde qui l'environne. Il sort de sa léthargie, trouve des ressorts inattendus en lui, des motivations neuves pour oublier son fatalisme et innover dans ses comportements et sa vie. Le mouvement que cela entraîne est «sa propre ouverture à ce qui le dépasse», pour reprendre la formulation de Malherbe à propos de la «surprenance», néologisme par lequel ce philosophe désigne cette part du sujet qui «en lui-même le surpasse».[65]

Voici quelques lignes de cet auteur à ce propos: «Les humains sont des êtres *surprenants* pour eux-mêmes et les uns pour les autres. Le plus souvent toutefois, cette "surprenance" les embarrasse plus qu'elle ne les enrichit. Elle les effraie, leur donne le sentiment de perdre le contrôle de leur vie, de leur devenir. Ma "surprenance" consiste en ceci que dans la relation que j'entretiens avec moi-même, je demeure imprévisible pour une part. Et il en va de même, a fortiori, dans les relations avec les autres qui nous révèlent notre propre "surprenance", service que nous leur réciproquons d'ailleurs fort bien

65 Malherbe J.-F. opus cité, 2007, p. 97.

la plupart du temps. Ma "surprenance", c'est virtuellement tout ce qui peut sortir de ma part d'ombre. C'est elle qui me rend "intotalisable" : toujours en excès par rapport à l'addition de tout ce que je suis devenu.»[66]

Dans l'exemple clinique qui suit, repris d'une autre publication,[67] cet effet de surprenance me paraît assez bien illustré dans la stratégie narrative appliquée avec une fillette souffrant de mutisme.

La fille qui retrouva la parole en inventant une histoire

Quand elle est venue la première fois, elle avait dix ans. C'était à la demande du juge de paix et du service de protection de la jeunesse que je l'avais prise en charge. Ses deux parents la battaient. Un psychologue spécialiste de l'enfance avait d'emblée proposé un placement (après un seul entretien !). Les parents avaient fait recours contre une telle décision et le juge m'avait demandé d'essayer une thérapie de famille, tout en confiant un mandat de surveillance au service de protection de la jeunesse. Dès la deuxième séance, j'avais pu gagner la confiance des parents et obtenu qu'ils mettent un terme aux sévices corporels. Je ne me doutais pas que je m'embarquais dans une «longue histoire».

La mère avait été elle-même une enfant négligée par ses parents. Ayant grandi vaille que vaille, d'institutions en familles d'accueil, elle s'était trouvée enceinte de bonne heure, sans l'avoir désiré. Mère célibataire, elle commença par confier sa fille à diverses familles ou garderies, ce en quoi elle répétait sa propre histoire. Puis, ayant trouvé un mari assez solide, et passablement sécurisant, elle avait mieux accepté son identité de mère et avait repris sa fille à la maison pour se prouver qu'elle allait «s'en occuper» convenablement. Mais celle-ci, peu loquace, restait curieusement indifférente à ses attentions. Elle en devenait exaspérante, pour sa mère comme pour son beau-père. Bientôt, l'agacement fut suivi de coups, ce qui aggrava le mutisme et l'indifférence apparente de la gamine. Et lorsque, sur l'intervention du juge, puis de la mienne, les sévices physiques prirent fin, les parents faisant de sincères efforts pour améliorer leur conduite avec la fille, celle-ci resta muette.

J'ai donc décidé de rencontrer cette dernière seule, parallèlement aux séances familiales où tous trois venaient ensemble. De contact fuyant, la petite avait une peine énorme à établir un contact soutenu avec moi. J'appris qu'elle n'avait aucune relation suivie avec ses camarades d'école ou de quartier. A peine si elle parvenait à aligner quelques phrases, ne se départant que rarement de l'apparente indifférence qu'elle affichait avec une obstination exaspérante, qui je l'avoue me mettait moi aussi mal à l'aise. En outre, elle avait des bizarreries de comportement, à teinte obsessionnelle, notamment quelques rituels de miction nocturne, avec stockage cérémonieux de l'urine en de petites fioles, le tout accompagné d'une insomnie tenace.

66 Malherbe J.-F. *ibid.*
67 Salem G., Bonvin E., opus cité, 2005 (5e éd.).

Enfin, j'étais frappé de découvrir qu'à onze ans, elle était toujours incapable de lire l'heure. Lors de nos rencontres à deux, le silence s'installait vite et pouvait durer longtemps. Je la relançais, la bombardais de questions, m'épuisais à chercher une suite à nos propos.

Inquiet d'une évolution autistique, j'ai demandé à un confrère pédopsychiatre de l'examiner. Il m'a confirmé qu'elle était intacte sur le plan intellectuel et cognitif, et qu'elle souffrait essentiellement d'un mutisme de nature affective. Cela pourrait s'améliorer avec une psychothérapie individuelle. Bon, mais comment m'y prendre? Je n'avais pas beaucoup d'expérience avec les enfants – que je traite habituellement «à travers» les parents. Je lui avais offert une montre rigolote, demandant à son père de l'entraîner à lire l'heure. J'avais obtenu de la mère de lui consacrer du temps, pour rien, comme ça, juste pour jouer ou bavarder. Je m'étais allié la maîtresse d'école, une femme intelligente qui s'était attachée à elle. (Un jour j'avais même pu assister à une leçon, en classe, pour la voir en situation. Ses camarades croyaient à une visite comme ça, pour une étude sur l'enseignement. Elle seule et sa maîtresse savaient que j'étais là pour l'observer, elle, sur le terrain scolaire.)

Elle voyait bien que je m'impliquais concrètement pour elle, ses yeux me donnaient parfois l'impression qu'elle ressentait du plaisir à observer mes efforts, mais le reste du temps son indifférence, son silence, sa froideur affichée étaient si marqués que je me sentais dérouté, désarmé, et parfois tenté de passer la main à un pédopsychiatre. Comment diable animer utilement nos rencontres, outre les sempiternels dessins et autres jeux transitionnels à la Winnicott? Comment «aérer» la communication entre elle et moi, comment parler de choses plus excitantes, pour stimuler sa conversation? L'idée m'est alors venue de laisser plus de place aux récits, en nous donnant pour règle d'inventer un histoire à deux, soit en la racontant au fur et à mesure, à tour de rôle. Je le lui ai proposé tout de go. Intriguée, elle a fait «oui» de la tête. J'ai ajouté que nous pourrions aussi enregistrer cette narration alternée sur une bande video, pour pouvoir tout écouter quand elle serait finie. L'idée lui a plu immédiatement. Elle a pris un vif intérêt à apprendre à manier ma caméra, et m'a suggéré que nous nous filmions à tour de rôle, plutôt que de nous cadrer les deux ensemble. Pourquoi pas? Ça ne la rendrait que plus active dans la séance.

*Evidemment, c'est moi qui ai dû entamer «l'ouverture» (l'*incipit*) de cette narration. Ce fut l'histoire de Barbara, une fille d'à peu près son âge, qui s'était perdue lors d'un voyage avec ses parents. Tout en lançant le récit, j'observais la fillette du coin de l'œil, en me demandant pourquoi diable j'inventais une pareille histoire. Arrivé au point où la fille, après avoir beaucoup pleuré de se retrouver seule dans une campagne inconnue, se décide à se débrouiller pour survivre et pour retrouver ses parents, et tombe sur un petit écureuil qui va la surprendre par ses talents, je m'arrêtai en disant: «Bon, à toi de continuer». Sans sourciller, elle quitta sa position derrière la caméra et vint s'asseoir à ma place, pendant que je prenais la sienne. Le cœur serré, je me demandais si elle allait se décider à articuler quelques*

mots. Elle fixait la caméra, immobile, le visage terriblement inexpressif. Soudain, elle fronça les sourcils, très concentrée, et se mit à raconter la suite. L'écureuil parlait douze langues, au bas mot, et il connaissait une très bonne cachette dans un arbre, pour la nuit. En outre, il disposait d'une énorme réserve de noisettes, parfaitement exquises.

Elle n'avait jamais été si prolixe! Mon cœur battait fort: nous tenions peut-être une bonne piste. Ce sentiment se confirma le reste de la séance, et les séances suivantes. Les fragments de récit qui dépendaient d'elle devenaient de plus en plus longs. Elle parlait, et elle pouvait entendre sa voix parler, ce qui la familiarisait peu à peu avec cette expérience. Elle était portée par l'excitation de la suite à inventer pour les aventures de Barbara, qui fit du stop jusque dans les coins les plus reculés d'Asie, et fit aussi toutes sortes de rencontres, en vivant des aventures à peine croyables. Nous nous filmions à tour de rôle avec le camescope, puis nous repassions la bande en nous moquant gentiment l'un de l'autre. Elle fit de rapides progrès. Elle s'exprimait davantage, encouragée par le fait que j'étais exposé comme elle aux aléas de cette histoire, stimulée de comparer nos efforts en nous revoyant sur l'écran, comme portée par le défi amusant qu'elle avait relevé avec moi. De plus, elle m'étonnait par ses trouvailles – elle que je croyais sans imagination.

L'expérience dura quelques mois. Barbara finit par retrouver le chemin de la maison. Et lorsque ses parents, émerveillés de l'avoir de nouveau parmi eux, lui demandèrent ce qui lui était arrivé, elle mit beaucoup, beaucoup de temps à tout leur raconter.

Epilogue

Ecouter quelqu'un raconter son histoire a manifestement des vertus thérapeutiques. Mais lui en raconter une, aussi. Et même, inventer une histoire à deux ou à plusieurs. L'une de ces vertus thérapeutiques est de restaurer le mouvement, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychologique et mental. Et quand le mouvement est là, la vie retrouve ses droits, et la santé avec elle.

Raconte-moi donc ton histoire. Et laisse-moi te dire combien cela me rappelle une histoire.