

Prise de note, présentation et commentaires personnels de l'article de Michael White : "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle"

FOLTRAN Denis - Psychologue - Praticien narratif en fin de formation

SOMMAIRE

1. Présentation personnelle sommaire et contexte de la rédaction de cet article
2. Qu'est-ce que cet article dit de moi de mes valeurs et de mes intentions ?
 - De quoi ça parle ?
 - Mes intentions et les valeurs que je souhaite mettre en avant :
 - Mes objectifs :
3. Pourquoi l'article de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle ?
 - Pourquoi avoir pris position et commencer mon travail de recherche à partir de ce texte ?
 - Un article rare et précieux
 - Un article, source de "perspectives" de travail et de possibles narratifs.
- 4- PRISE DE NOTES ET COMMENTAIRES
 - A. La position de Michael White sur "la schizophrénie"
 - La posture non universitaire et non "expertale" de Michael White.
 - La posture décentrée de Michael White par rapport aux discours dominants.
 - La déclaration de position de Michael White au sujet de la "schizophrénie".
 - B. Les modalités d'intervention de Michael White
 - Partir de l'autodescription et du récit des personnes diagnostiquées de schizophrénie et de leur entourage pour identifier la demande et les problèmes liés au "*mode de vie dans le coin*".
 - L'externalisation du problème pour lutter contre le "mode de vie dans le coin" et contre les effets de soumission et d'objectivation de la classification psychiatrique.
 - Cartographier l'influence du problème dans la vie de la personne diagnostiquée et de l'entourage et dans leurs relations.
 - Le problème est le problème : la personne n'est pas le problème.
 - Identifier et nommer le problème, les problèmes liés au "mode de vie dans le coin".

- Cartographier les habitudes spécifiques de la schizophrénie et du mode de vie dans le coin sur la personne (diagnostiquée) et son entourage : évaluer les effets du problème.
- Seconde cartographie : cartographier l'influence que peuvent exercer les habitudes, les conduites et les comportements des membres de la famille sur le maintien du "mode de vie dans le coin" de la schizophrénie... À la recherche de fines traces d'exception.
- Identifier les invitations réciproques et mettre en évidence la participation par inadvertance à la survie du problème.
- Attirer l'attention sur les moments d'exception
- Affaiblir les définitions de soi appauvrissantes.
- Définition d'une nouvelle histoire de soi plus proche de ses ambitions et de ses attentes
- Encourager une nouvelle description de soi
- Vers un nouveau feuilleton, une nouvelle "histoire à jouer"
- Créer un nouveau contexte pour réinterpréter la "rechute"
- Recommandations générales pour les horaires des séances, la durée des contacts.

5. Conclusion et perspectives à venir

- Qu'est-ce que ce travail de lecture, de présentation et d'analyse de l'article de Michael White m'a apporté ?

Bibliographie

1. Présentation personnelle sommaire et contexte de la rédaction de cet article

En 2020, je me suis inscrit à la formation de praticien narratif à La Fabrique Narrative¹. Je me construis une nouvelle histoire avec mes compétences professionnelles. Je me suis construit une nouvelle histoire identitaire préférée : celle que j'ai été poussée à nommer par un lapsus, une invention langagière, de "*psy-narratologue*".

C'est de cette position d'apprenti "*psy-narratologue*" d'où je vous parle aujourd'hui.

Sans trop rentrer dans les détails, afin de présenter le contexte de rédaction de cet article et mes intentions, je me suis inscrit à la formation de praticien narratif parce que j'ai été convaincu, assez rapidement à la lecture des travaux de Michael White et encore plus aujourd'hui avec ma formation, de la force, de la puissance et de l'efficacité de cette approche dans le champ de la santé mentale auprès de personnes "*qui souffrent dans leur corps ou dans leur âme*"² de "leur folie" transformée en maladie par le discours moderne médical.

Il y a un pari Pascalien à faire quant à l'utilisation de l'approche narrative en santé mentale dans le domaine du soin.

À parier sur l'existence d'une approche narrative en santé mentale, tout le monde a à y gagner, la personne "diagnostiquée", l'entourage familial et le professionnel.

2. Qu'est-ce que cet article dit de moi de mes valeurs et de mes intentions ?

- *De quoi ça parle ?*

Je cherche à utiliser l'approche narrative auprès de personnes qui souffrent des effets réels à la fois des troubles schizophréniques, mais aussi symboliques des récits culturels et médicaux dominants néfastes, stigmatisants, dévalorisants dans lesquels ils restent prisonniers. Pour le dire autrement encore, dans un langage plus proche du vocabulaire narratif, je cherche à utiliser l'approche narrative auprès de personnes qui souffrent de schizophrénie pour les accompagner à reconsidérer, autrement, l'histoire qu'ils se sont construite avec et dans la pathologie mentale et dans l'enfermement subi à travers les murs de l'institution langagière médicale et psychiatrique³.

Une précision s'impose : comme "*psy-narratologue*", je ne dis pas que la maladie mentale n'existe pas. Je ne dis pas qu'elle n'est qu'une construction sociale, elle n'est pas "que" construction sociale !

¹ <https://www.lafabriquenarrative.org/blog/>

² "*La guérison, c'est une demande*", "*une demande qui part de la voix du souffrant, d'un qui souffre de son corps ou de sa pensée. L'étonnant est qu'il y ait réponse, et que de tout temps la médecine ait fait mouche avec des mots*" cité in Lacan, J., & Miller, J.-A. (2003). *Jacques Lacan, télévision*. p.17.

³ Et ce n'est pas simplement une métaphore que de le dire, les véritables murs ne sont pas ceux d'un établissement, mais ce sont d'abord ceux du langage, des mots, des histoires qu'un sujet "raconte" lorsqu'il rencontre la primordiale institution qu'est le langage lui-même.

La folie fait partie intégrante de la condition humaine et humaine est sa condition, mais, cette folie, comme "*limite à la liberté de l'homme*"⁴ est aussi susceptible de compromettre gravement chez l'homme son inscription communautaire, la continuité de son être, des pensées ou des capacités à vivre ensemble ou avec soi-même.

- Mes intentions et les valeurs que je souhaite mettre en avant :

- Comment "adapter" l'approche narrative avec des personnes qui ont des troubles graves, continus ou discontinus de l'identité narrative⁵, c'est-à-dire des difficultés à faire un récit structuré de manière continue voire temporellement alors que le processus du sens reste présent comme en témoignent notamment les éléments dits "déliquants".

Dans la schizophrénie, selon les formes cliniques de la maladie cela peut conduire à une narration appauvrie, à la description d'une identité appauvrie ou à une narration délirante⁶. Avec la schizophrénie, "*les récits de maladie mentale chronique tendent à être totalisants d'une manière que ne sont pas les récits de maladie physique*"⁷.

- Comment utiliser l'approche narrative avec l'entourage d'un proche qui souffre de schizophrénie ou d'une pathologie dite "mentale" ?

De manière générale encore,

- Comment promouvoir la nécessaire utilisation de l'approche narrative en santé mentale ?

Je sais que ces questions ne sont pas des questions narratives en soi : je ne suis pas sûr qu'un praticien narratif aborde la problématique ainsi. L'objectif de cet article est de poser les bases d'une étude approfondie sur le sujet en tant que psychologue narratif ou "psy-narratologue".

En effet, parler d'emblée de pathologie mentale, c'est être déjà pris dans les filets d'une histoire saturée par le problème, celle de l'histoire du discours médical avec la folie considérée comme une maladie (mentale). C'est utiliser une langue, un langage, un vocabulaire qui n'est pas celui utilisé par les personnes qui souffrent "de schizophrénie". Utiliser le vocabulaire

⁴ Se référer aux remarques de J. LACAN dans son article "*Propos sur la causalité psychique*" à réponse à Henri EY « *Loin qu'elle [la folie] soit pour la liberté 'une insulte' [tel que la concevait la psychiatrie, par exemple, d'un Henri EY], elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme la limite de sa liberté.* » in Jacques Lacan, « *Propos sur la causalité psychique* », *Écrits*, Seuil, Paris 1966, p. 176. Pour aller plus loin, lire l'article de Bassols, M. (2006). Jacques Lacan et le sujet de la folie. *Filozofski Vestnik*, 27(2). <https://doi.org/3164>

⁵ Nous traiterons probablement de la spécificité de ses troubles narratifs, des troubles de l'identité ipsité et idem ou des troubles spécifiques de l'énonciation et de la difficulté à faire d'un récit une histoire dans un autre article probablement.

⁶ Phillips J. 2003. Schizophrenia and the Narrative Self. In Kircher T., David A. (eds.). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge : Cambridge University Press, 319-335 cité in Dzierzynski, N., Seret-Bégué, D. & Goupy, F. (2021). Médecine narrative et psychiatrie. *PSN*, 19, 69-79. <https://doi.org/>

⁷ Phillips J. 2003. Schizophrenia and the Narrative Self. In Kircher T., David A. (eds.). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge : Cambridge University Press, 319-335 cité in Dzierzynski, N., Seret-Bégué, D. & Goupy, F. (2021). Médecine narrative et psychiatrie. *PSN*, 19, 69-79. <https://doi.org/>

psychopathologique ou psychiatrique, c'est déjà "*collaborer*"⁸ et être prisonnier d'un discours, d'une logique ou d'une histoire qui le définit comme tel.

L'approche narrative implique un certain "décentrage" avec le langage et le vocabulaire utilisé : sans doute que je trouverais ultérieurement une autre manière d'affiner cette problématique et mes questions.

- **Mes objectifs :**

Pour comprendre donc comment respecter la démarche de l'approche narrative avec des personnes qui souffrent de schizophrénie et respecter avec délicatesse la philosophie et la dimension politique de l'approche narrative de Michael White, je me suis donné comme objectif, au cours de ma formation, de rechercher dans les articles publiés par la communauté narrative, les références quant à l'utilisation de l'approche narrative en santé mentale ou auprès de personnes qui souffrent de pathologies psychiatriques. Ceci est mon premier article lu et commenté. Je peaufinerai probablement mon analyse ultérieurement.

J'ai commencé mes recherches par l'article de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site Dulwich Centre : White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle. Dulwich Centre Newsletter](#), Spring. Je me suis également appuyé sur l'extraordinaire travail de thèse de médecine psychiatrique du Docteur Anne-Laure HUBERT.⁹

⁸ Comme le soulignait le Docteur J. LACAN dans une interview télévisée, – "*Les psychologues, les psychothérapeutes, les psychiatres, tous les travailleurs de la santé mentale — c'est à/a base, et à la dure, qu'ils se coltinent toute la misère du monde. Lui l'analyste, pendant ce temps ?*

– *Il est certain que se coltiner la misère, comme vous dites, c'est entrer dans le discours qui la conditionne, ne serait-ce qu'au titre d'y protester.*

Rien que dire ceci, me donne position — que certains situeront de réprover la politique. Ce que, quant à moi, je tiens pour quiconque.

Au reste les psycho — quels qu'ils soient, qui s'emploient à votre supposé coltinage, n'ont pas à protester, mais à collaborer. Qu'ils le sachent ou pas, c'est ce qu'ils font", Lacan, J., & Miller, J.-A. (2003). *Jacques Lacan, télévision*.p. 26.

⁹ Anne-Laure HUBERT, THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE D.E.S DE PSYCHIATRIE, *L'ENRICHISSEMENT DU QUESTIONNEMENT THÉRAPEUTIQUE POUR LA CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE HISTOIRE DE VIE La Thérapie Narrative au service du changement, Année 2010-2011 : source : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/e94f1431-a148-4f53-8060-3f30e45339c3>*

3. Pourquoi l'article de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle ?

- ***Pourquoi avoir pris position et commencer mon travail de recherche à partir de ce texte ?***
- **Un article rare et précieux**

Ce texte de 1987 est un texte référentiel, à mes yeux, pour quiconque veut retrouver l'esprit narratif de Michael White dans son approche envers les familles et les personnes diagnostiquées de schizophrénie.

C'est un article rare et précieux au sens où c'est l'un des seuls articles, bien qu'historiquement daté par rapport à l'évolution ultérieure de la pensée de Michael White qui traite aussi explicitement de l'utilisation de l'approche narrative auprès de personnes qui souffrent de schizophrénie avec leur entourage. Dans son processus d'écriture, Michael White est encore sous l'emprise linguistique des métaphores systémiques utilisées en thérapie familiale néanmoins on y voit apparaître, en filigrane, l'esprit, la philosophie, les prises de position éthiques et politiques, les valeurs inhérentes à ce qui constitue le fondement de son approche narrative.

- **Un article, source de "perspectives" de travail et de possibles narratifs.**

Ce qui fait l'enchantement de la lecture de cet article, c'est le plaisir d'y trouver, pour le lecteur que nous sommes (pour reprendre le vocabulaire narratif) des moments uniques, de fines traces d'exception qui enseignent, avec brio et génie, l'approche narrative de Michael White. Il y a ce qu'il dit, ce qu'il fait, ce qu'il écrit et ce qui ne se dit pas, ce qui est absent, mais explicite, bref ce qui se montre dans le geste narratif de l'article qu'il nous offre.

Tous ces gestes narratifs participent du style de l'enseignement de Michael White et j'ai essayé de les présenter comme ils me sont apparus. D'autres lecteurs proposeront, sans aucun doute, une autre traduction et d'autres commentaires, mais j'ai essayé malgré ma méconnaissance de la langue anglaise de rester fidèle à l'esprit de la démarche de Michael White.

4- PRISE DE NOTES ET COMMENTAIRES

A. La position de Michael White sur "la schizophrénie"

- La posture non universitaire et non "expertale" de Michael White.

L'article n'est pas un article qui répond strictement aux standards universitaires d'un article scientifique. Michael White le dit lui-même : ce sont "*des notes qui présentent une perspective sur la schizophrénie*"¹⁰.

Le premier geste narratif est le partage de ses notes, de ses perspectives de travail à un instant "t", en 1987, sur la schizophrénie.

Il ne s'agit donc pas d'un travail fini, mais d'une prise de position sur la question.

Michael White nous enseigne que le praticien narratif n'est pas dans une position d'un universitaire péremptoire, d'un expert ou d'un scientifique qui clôture le savoir sur lui-même en le présentant comme une donnée probante, comme une vérité absolue. Il n'y a pas de vérité absolue dans l'approche narrative, le savoir ne cesse de se construire, de se co-construire plus exactement. Michael White n'a pas prétention d'écrire un article universitaire scientifique qui incarnerait la vérité scientifique sur le sujet. C'est déjà un geste narratif de présenter son travail ainsi.

À retenir

L'approche narrative propose des perspectives : il ne s'agit pas de vérités absolues qui saturent l'histoire dominante du sujet traité, celle du client comme celle de l'avancée des connaissances psychologiques. L'approche narrative n'est pas une approche qui construit et globalise, universalise ou clôture un savoir et une connaissance sur elle-même. Le chercheur narratif ne cesse d'ouvrir des notes et des perspectives.

L'approche narrative n'est pas seulement une technique de thérapie, elle est cela et en même temps toujours déjà autre chose que cela. Elle a une dimension politique qui est celle de ne pas se laisser capturer par les filets du discours dominant. C'est ce qui la rend, peut-être aussi, si spécifique et si originale à enseigner.

- La posture décentrée de Michael White par rapport aux discours dominants.

Michael White ne s'intéresse pas aux étiologies possibles de la schizophrénie.

Il ne rejette pas pour autant les histoires que chaque professionnel ou spécialiste se crée avec son savoir dominant. Il ne nie pas l'existence d'hypothèses ou d'histoires racontées sur l'origine biologique de la maladie, la nécessité de traitements pharmacologiques ou l'existence de théories psychologiques plurielles, mais ce n'est pas ce qu'il l'intéresse d'emblée.

¹⁰ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 14.

Il a une posture décentrée par rapport au savoir et aux connaissances dominantes.

Il le souligne très explicitement dans son article (traduction personnelle) : "*dans le développement de l'approche décrite dans ces notes, j'ai accepté ce diagnostic préalable de schizophrénie dans le but de définir le groupe de personnes et de familles pour lesquelles ce travail devrait être pertinent... Je ne me suis pas personnellement occupé de la classification ou du classement de ces personnes selon... la classification psychiatrique*"¹¹.

La position éthique de Michael White est politique : il ne veut pas participer à l'exercice de pouvoir que le savoir psychiatrique produit sur les "*corps dociles*"¹² (pour reprendre la formule qu'utilise Michel Foucault dans *Surveiller et punir : naissance de la prison*), que sont les personnes diagnostiquées.

Il ne s'intéresse pas non plus à vouloir "guérir" la schizophrénie, ce n'est pas l'objectif de sa démarche.

- La déclaration de position de Michael White au sujet de la "schizophrénie".

Michael White propose de mettre l'accent sur la dimension socialement induite de l'évolution de la schizophrénie. Souvent considérée comme une pathologie chronique, incurable et détériorante.

Anciennement appelée "démence précoce" par Bleuler, au début du 20^{ème} siècle, le premier psychiatre à avoir isolé, regroupé et nommé les troubles sous des formes de tableau clinique : le groupe des schizophrénies. Les représentations sociales sur le groupe des schizophrénies en portent encore les stigmates. Il existe différentes formes cliniques de schizophrénies, des degrés de sévérité divers des troubles. Par abus de langage, par facilité de langage, on parle de schizophrénie au singulier. Le discours psychiatrique regroupe sous ce vocable l'ensemble des formes de schizophrénie qui ont toutes en commun, trois domaines de troubles caractéristiques (des symptômes positifs, négatifs, discordance et délire).¹³

¹¹ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 14.

¹² Michel Foucault, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

¹³ Le terme de schizophrénie est un terme diagnostique qui regroupe sous ce syndrome, une grande diversité de troubles. Il n'existe pas Une schizophrénie, mais des schizophrénies, le tableau clinique est assez hétérogène, mais la psychiatrie moderne regroupe sous le terme de schizophrénie des signes distinctifs. Il y a d'un côté les symptômes dits positifs, positifs parce que productifs, visibles ou extra-ordinaires, comme les constructions délirantes, les hallucinations (auditives, visuelles, cénesthésiques, etc.), passage à l'acte et les symptômes dits négatifs. La personne qui souffre de schizophrénie peut paraître à son entourage familial ou professionnel comme une personne insensible, froide, distante, dépourvue en apparence, d'émotion. Sa capacité à exprimer des émotions est très diminuée. Elle rechigne souvent à s'engager dans une conversation, mais en réalité elle est en proie à des émotions intenses, des pulsions contradictoires. Sa sensibilité est exacerbée et il existe une discordance totale entre ses émotions et la façon dont elle les exprime. Ces symptômes négatifs pourraient constituer un obstacle, à première vue, à toute possibilité de thérapies dites narratives où la fonction de la parole et du récit viendrait être utilisée comme média et médium nécessaire à sa réalisation. Cet obstacle n'est que de surface et c'est souvent, un refus de l'entourage ou du professionnel à engager une véritable conversation avec la personne qui souffre de schizophrénie. Ces symptômes dits négatifs ont un impact direct sur la qualité de vie : la démotivation, le manque d'énergie, la difficulté à s'engager dans une activité entraînent fréquemment une incurie qui n'est absolument pas liée à de la paresse, mais bien aux manifestations de la pathologie. L'apathie et le retrait social : la personne qui souffre de schizophrénie tend à se replier sur lui-même et à

La schizophrénie reste prisonnière des représentations archaïques de la psychiatrie du 20^{ème} siècle, celles qui, à l'époque, sans traitement (médicamenteux ou "moral", psychologique, éducatif) donnaient le sentiment d'évoluer, pour des sujets jeunes, vers un tableau clinique similaire à celui d'un dément âgé.

Ces croyances profondément ancrées dans le domaine profane et professionnel limitent les perspectives de changement et d'amélioration tant chez la personne diagnostiquée de schizophrénie que pour l'entourage familial, voire professionnel.

Dans sa démarche, Michael White se concentre sur les autodescriptions, c'est-à-dire le récit des personnes diagnostiquées. Il note que toutes ces personnes mettent l'accent sur leurs incompétences et leur "*extraordinaire sentiment d'échec à devenir une personne*"¹⁴.

Il se préoccupe plus de l'impact sur la qualité de vie des problèmes quotidiens liés à (ce que la psychiatrie appelle) des symptômes dits négatifs de la maladie et à leurs conséquences qu'aux troubles eux-mêmes.

Michael White s'attarde sur la problématique de la survie dans le temps des problèmes quotidiens liés aux symptômes négatifs et à la difficulté à maintenir, de ce fait, un mode de vie sociale adapté.

Dans son article, Michael White prend position par rapport au pouvoir des mots psychiatriques : il applique à lui-même son approche et il ne reste pas prisonnier de l'aliénation au vocabulaire psychiatrique. Il utilise la carte de prise de position. Il ne parle pas de symptômes négatifs, mais utilise le langage métaphorique, poétique, enchanteur de "*mode de vie dans le coin*"¹⁵.

La survie dans le temps des symptômes négatifs et la difficulté à maintenir un mode de vie sociale adapté poussent donc les malades à avoir un "*mode de vie dans le coin*".

En réponse à "*ce mode de vie dans le coin*" et à la vision détériorante de la maladie, les membres de la famille se sentent souvent responsables et supervisent la vie du patient face au risque de l'installation des symptômes négatifs d'agir en son nom. Dans cette perspective systémique et dans une compréhension circulaire de la causalité, les proches participent à l'évolution de la pathologie, en particulier à ce "*mode de vie dans le coin*". La culpabilité et le sentiment d'échec sont alors partagés par la personne diagnostiquée de schizophrène et son entourage. Ce qui est susceptible de devenir un facteur de risque de rechute dans la maladie et source de réhospitalisation.

se protéger des conflits liés à des distorsions des codes et des intentions de communication (troubles liés à la pathologie) en se réfugiant dans la solitude. Enfin la dépersonnalisation : la perte du sentiment d'être soi-même, les troubles de l'identité ipséité et narratives s'accompagnent souvent d'anxiété.

¹⁴ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 14.

¹⁵ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 14.

B. Les modalités d'intervention de Michael White

Michael White propose alors de détailler ses modalités d'intervention pour :

- Diminuer le sentiment d'échec ressenti par les membres de l'entourage en les aidant à contester les effets d'assujettissement du diagnostic et le jugement "normalisateur".
 - Échapper aux invitations réciproques qui soutiennent le système dans un *"mode de vie dans le coin"*
 - Aider les personnes diagnostiquées et leur entourage à renouer avec les moments uniques, avec les fines traces d'exceptions qui contribuent à réécrire une histoire de soi nouvelle et stimulante.
 - Établir un nouveau contexte de signification pour comprendre la rechute qui atténuée, de ce fait, le sentiment d'échec et le fatalisme de la vision d'une chronicité inexorable de la maladie.
-
- **Partir de l'autodescription et du récit des personnes diagnostiquées de schizophrénie et de leur entourage pour identifier la demande et les problèmes liés au *"mode de vie dans le coin"*.**

Michael White relève que le problème de la personne diagnostiquée et des membres de l'entourage, ce qui pose problème, est rarement énoncé en termes de schizophrénie, de troubles, d'hallucinations ou de délire. Quand bien même ils seraient énoncés ainsi, cela n'interfère pas avec l'objectif de l'approche narrative qui est de se centrer sur les effets du *"mode de vie dans le coin"*, sur la qualité de vie et les relations aux autres.

Michael White note donc que ce qui pose problème pour les personnes se présente sous la forme d'un récit des expériences pénibles de la vie quotidienne.

C'est la persistance, la survie dans le temps des problèmes associés au *"mode de vie dans le coin"* qui sont fréquemment abordés en consultation.

Ces difficultés dans le domaine de la vie quotidienne et de la vie sociale sont vécues *"comme oppressantes pour la personne diagnostiquée et/ou les autres membres de la famille"*¹⁶.

Cela peut être des plaintes de l'entourage liées à l'apragmatisme et l'incurie, au fait de ne pas se lever du lit, à une dérégulation des rythmes de vie et de sommeil, à un manque d'attention à l'hygiène personnelle, à des réactions de prestance ou d'opposition. Ces réactions de prestance sont parfois agressives ou teintées d'un sentiment de persécution auprès d'un des membres de la famille. Bref, le *"mode de vie dans le coin"* pousse à une véritable *"allergie aux tâches ménagères et un désespoir et une passivité généralisés"*¹⁷.

¹⁶ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 15.

¹⁷ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p16.

Les personnes diagnostiquées se plaignent parfois d'un sentiment global ou diffus de futilité, de manque d'intérêt et de paralysie, d'échecs et d'incompétence ou ils se plaindront d'un sentiment d'injustice, de malheur et d'être mal fait. À cette description de ce *"mode de vie dans le coin"* viendront parfois s'ajouter *"des détails sur le tabagisme et/ou la consommation d'alcool"*¹⁸.

Un profil de vie tout entière consacrée à un *"mode de vie dans le coin"* se dessine. La personne diagnostiquée se voue véritablement à *"une carrière"*¹⁹ de vie de malade destinée à ne vivre que dans *"un mode de vie dans le coin"*.

L'entourage, les proches de la personne diagnostiquée de schizophrénie dont la vie s'engage au fur et à mesure dans l'enfermement dans un *"mode de vie dans le coin"* se sentent de plus en plus responsables de la surveillance de la vie de la personne.

Les membres de l'entourage vont se sentir de plus en plus préoccupés par le fait d'agir en son nom en pensant lutter contre ce *"mode de vie dans le coin"*, mais, en agissant ainsi, ils ne font que renforcer ce mode de vie en intensifiant le sentiment partagé qu'elle n'est pas une personne (adaptée).

Pour Michael White, il y a une tendance générale *"dans laquelle tous les membres de la famille participent par inadvertance à la survie du 'mode de vie dans le coin'"*²⁰.

- **L'externalisation du problème pour lutter contre le "mode de vie dans le coin" et contre les effets de soumission et d'objectivation de la classification psychiatrique.**

- ***Cartographier l'influence du problème dans la vie de la personne diagnostiquée et de l'entourage et dans leurs relations.***

Par le biais d'un questionnaire externalisant, qui identifie, nomme et cartographie l'influence qu'a le problème ou les problèmes sur la vie de la personne et leur relation, ces questions rendent visibles aux membres de l'entourage leur participation par inadvertance à la survie de ce *"mode de vie dans le coin"*. C'est le questionnaire orienté par une externalisation du problème qui permet d'aborder leur participation sans susciter ou enrichir l'histoire saturée par le sentiment d'échec et de culpabilité.

L'externalisation doit être toujours progressive pour aider les membres de l'entourage à décrire les expériences de vie concrètes considérées comme problématiques et les plus immédiates.

¹⁸ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 16.

¹⁹ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 17.

²⁰ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 17.

- **Le problème est le problème : la personne n'est pas le problème.**

Le processus d'externalisation des problèmes permet dans un premier temps à l'entourage de remettre en question la construction sociale de la schizophrénie comme une pathologie déficitaire, chronique au pronostic défavorable et ainsi de défier les effets de soumission de l'objectivation de la classification scientifique. "*Le problème lui-même est externalisé de sorte que la personne n'est pas le problème*"²¹.

- **Identifier et nommer le problème, les problèmes liés au "mode de vie dans le coin".**

Michael White souligne (dans une formulation toute foucauldienne) que le processus d'externalisation du problème défie littéralement ceux qui cherchent à individualiser et à objectiver la personne dans une pratique de classification scientifique ségrégative qui réduit la personne à un destin de chronicité, d'incurabilité ou de détérioration.

Une autre manière de dire que l'approche narrative est une pratique politique qui défend les savoirs non assujettis et qui donne un moyen à la personne diagnostiquée, étiquetée, de s'unir avec les membres de l'entourage en leur donnant "*les moyens de protester contre les manières dont ils se sont sentis obligés de coopérer avec la schizophrénie*".

Au fur et à mesure du déroulement des entretiens, l'externalisation est progressive et elle cible les habitudes spécifiques de la schizophrénie et du "mode de vie dans le coin" puis les aspects plus problématiques de ce mode de vie et les habitudes qui en permettent la survie.

- **Cartographier les habitudes spécifiques de la schizophrénie et du mode de vie dans le coin sur la personne (diagnostiquée) et son entourage : évaluer les effets du problème.**

Les questions externalisantes peuvent être les suivantes (j'ai reformulé ou traduit à ma manière les questions de Michael White) :

- Quelles répercussions la schizophrénie a-t-elle eu dans votre vie et dans vos relations ?
- De quelle manière vous vous êtes senti poussé dans ce "style de vie dans le coin" par la schizophrénie ?
- Comment la schizophrénie vous a-t-elle entraîné dans ce mode de vie ?
- De quelles habitudes, le style de vie (dans le coin) s'est-il nourri ? pour prospérer ?
- Et ces habitudes qui ont permis au style "de vie (dans le coin)" de prospérer, quelles autres habitudes ont-elles invitées dans la vie des autres membres de la famille ?
- Laquelle de ces habitudes vous préoccupe le plus ? Et, pourquoi ?

²¹ Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 17.

- **Seconde cartographie : cartographier l'influence que peuvent exercer les habitudes, les conduites et les comportements des membres de la famille sur le maintien du "mode de vie dans le coin" de la schizophrénie... À la recherche de fines traces d'exception.**

Michael White propose ensuite de s'attarder sur l'influence que peuvent exercer les habitudes, les conduites et les comportements des membres de la famille sur le "mode de vie dans le coin" de la schizophrénie. Il s'agit de décrire cette fois-ci non plus l'influence de la schizophrénie dans la vie et les relations des membres de la famille, mais de décrire "*l'influence des membres de la famille dans la vie de la schizophrénie*"²² et du "mode de vie dans le coin".

- **Identifier les invitations réciproques et mettre en évidence la participation par inadvertance à la survie du problème.**

Ces questions complémentaires aident la personne diagnostiquée et la famille à identifier les invitations réciproques et mettre en évidence la participation circulaire de chacun par inadvertance à la survie du problème.

Les questions peuvent être :

- Lorsque vous vous soumettez aux forces ou aux influences de la schizophrénie, quitte à vous pousser dans une position déraisonnable, comment cela invite-t-il vos parents à raisonner à votre place pour votre vie ?
- Comment la culpabilité s'y prend-elle pour vous rendre vulnérable aux invitations de votre enfant et vous convaincre de répondre à sa place ?
- Comment le "mode de vie dans le coin" compte-t-il sur cette vulnérabilité ?
- Si vous vous sentiez obligés d'accompagner davantage votre proche dans le futur, que devriez-vous suivre comme pistes, comme idées ou comme démarches pour que le "style de vie dans le coin" ne se maintienne plus ? Pour qu'il ne se soit plus présent ?
- Si l'emprise du "mode de vie dans le coin" devenait de plus en plus influente et puissante, quelles habitudes, quelles démarches, quels moyens seriez-vous obligés d'adopter pour soutenir votre proche ?
- Comment le "style de vie dans le coin" (les habitudes et les actions qu'il vous pousse à prendre pour votre enfant) affecte-t-il vos relations au sein de la famille et votre vie ? Qu'est-ce qu'il vous pousse à faire ou à avoir comme relations ?
- De quelles manières ces habitudes, ces actions - que ce mode de vie vous pousse à prendre - pourraient-elles détruire à terme votre vie et vos relations ?

²² Traduction personnelle de Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 18.

- **Attirer l'attention sur les moments d'exception**

Il s'agit ensuite d'attirer l'attention sur les moments d'exception.

- Comment avez-vous réussi à défier le "mode de vie dans le coin" ?
- Vous avez, par exemple, accepté de venir : comment avez-vous fait pour défier ce "mode de vie dans le coin" ?
- Comment avez-vous empêché la schizophrénie de vous pousser dans ce "mode de vie dans le coin" ?
- À quelles habitudes néfastes avez-vous dû désobéir pour échapper au "mode de vie dans le coin" à cette occasion ?
- Pouvez-vous me dire comment je pourrais savoir que vous avez défié, sans le savoir, cette habitude néfaste ?
- Comment puis-je voir ce que vous avez fait - vous dites que vous avez défié cette habitude néfaste - comment être sûr que c'est bien une attitude de défi ? Autrement dit encore, comment savoir que ce que vous avez fait est bien une action, une conduite qui va à l'encontre de l'emprise qu'exerce sur vous, ce "mode de vie" dans le coin ?
- Est-ce que vous pouvez comprendre que dans les circonstances dans lesquelles vous me décrivez cette action en disant que vous échappez à l'influence du "mode de vie dans le coin", cela puisse me surprendre ? (Michael White vise ici à mettre en jeu, ce que les cognitivistes appellent la métacognition et la théorie de l'esprit et à aider la personne à se considérer comme une résistante).
- Que ressentiriez-vous de différent si vous pouviez voir, comme moi, à quel point cela constitue un défi, une exception, au "mode de vie dans le coin" ?
- À votre avis, que ressentiriez-vous si vous pouviez voir, comme moi, la signification de ce que je peux voir lorsque vous franchissez cette étape ?

- **Affaiblir les définitions de soi appauvrissantes.**

Ces questions autour des moments d'exception permettent de disqualifier les définitions de soi appauvrissantes :

- Si vous deviez saisir pleinement la signification de cela, que pensez-vous de ce que cela dirait de vous ?
- Que pensez-vous que cela pourrait dire de vos capacités et vous n'auriez pas découvert autrement ?
- Quelle différence pensez-vous que cela fait d'avoir découvert ce moment d'exception ? Quelle différence cela fait de vous sentir et d'agir différemment ? Qu'est-ce que cela pourrait vous apporter dans votre cheminement, dans ce que vous allez pouvoir mettre en place pour continuer à lutter contre l'influence du "mode de vie dans le coin" ?
- J'ai maintenant deux images de vous comme personne, XXX et YYY (résumé sous forme de ligne éditoriale de la prise de position et de la justification), l'ancienne et la nouvelle, et je trouve la différence entre les deux saisissantes. Si vous conserviez ces deux images à l'esprit pour les comparer, que pensez-vous que vous découvririez sur vous-même ?
- Quelle différence de ressenti cela ferait si vous aviez pu voir l'importance de cette étape ?

- Comment pensez-vous que les mesures que vous avez prises pourraient affaiblir l'influence de la schizophrénie dans votre vie ?

- ***Définition d'une nouvelle histoire de soi plus proche de ses ambitions et de ses attentes***

Michael White encourage les membres de la famille à critiquer les ambitions et les attentes idéalement construites sur le modèle social dominant. Ces ambitions et ces attentes sont souvent en inadéquation avec les ambitions et les attentes, les valeurs et les projets de la personne souffrant de schizophrénie.

Par exemple :

- Comment pourriez-vous enseigner à votre ambition de... ? Que pouvez-vous apprécier sans être systématiquement de son côté ?
- Que pourriez-vous faire qui pourrait prouver à ces attentes que vous êtes en train de devenir vous-même et pas une personne confrontée à ces attentes, aux attentes de la société ou celles de vos parents ?

- ***Encourager une nouvelle description de soi***

Le praticien narratif doit encourager la nouvelle description de soi.

- Il est intéressant de voir que vous prenez de plus en plus en compte vos propres avis : comment se fait-il que vous tiriez davantage compte du pouvoir de votre propre autorité maintenant que du pouvoir de l'autorité des autres ?
- Maintenant que vous êtes un "solutionneur" de problèmes dans votre vie, quelle différence cela fait pour l'avenir ?

- ***Vers un nouveau feuilleton, une nouvelle "histoire à jouer"***

Michael White souligne que les nouvelles descriptions et distinctions générées par les questions pour permettre d'écrire une nouvelle histoire de soi plus proche de ses projets et de ses ambitions fournissent des réponses nouvelles et créatives, si nouvelles et si créatives qu'il est parfois au départ difficile pour les membres de la famille et à la personne (diagnostiquée) elle-même de reconnaître l'importance des nouvelles réponses. Michael fait alors l'observation suivante : il est probable que ces nouvelles réponses seront masquées par l'ombre des "anciennes" habitudes et des "anciens" problèmes. Il est d'une importance capitale que le thérapeute participe activement à honorer ces nouvelles réponses.

Il propose alors, dans cet article, une modalité d'intervention originale qu'il a expérimentée : celle d'introduire la "*caricature et la notion de feuilleton*"²³. Il suggère de penser le sitcom ou le feuilleton comme une métaphore de la thérapie. Une histoire saturée par le problème se présente comme un "mauvais" scénario de série B. L'histoire saturée par le problème est le synopsis d'un film : à la lecture, à l'écoute du récit, l'histoire dominante semble tenir la route, mais l'histoire ne met pas en joie. On y éprouve de l'ennui ou encore il nous faut supporter en silence la douleur ou la souffrance d'un film qui n'a pas été écrit par celui qui le raconte. Un praticien narratif repérera dans ce mauvais scénario de vie, le fait que l'intrigue paraisse mal ficelée : il y a des incohérences ou des bizarreries dans le scénario ou le jeu d'acteur de celui qui raconte le scénario de sa vie. Ce sont ces fines traces d'exception, les pépites d'un filon précieux et délicat qu'exploitera le praticien narratif pour collaborer avec la personne à la réécriture d'un nouveau scénario préféré.

L'histoire saturée par le problème, les problèmes induits par "*le mode de vie dans le coin*" selon Michael White comportent les mêmes ingrédients qu'un feuilleton : caricature, humour, absurdité et intrigues.

Pour consolider les nouvelles définitions de soi, pour ancrer les nouvelles conduites de vie, il a souvent trouvé utile d'impliquer dans la thérapie un collègue qu'il présente comme une caricature de la personne dont l'histoire de vie est saturée par les difficultés liées "au mode de vie dans le coin". Le rôle du collègue est d'incarner l'identité saturée dans le temps de la personne et de l'entourage, prisonniers du mode de vie dans le coin. Sa tâche est d'essayer de maintenir une histoire saturée par le problème du mode de vie dans le coin face aux changements tout en tentant de convaincre la personne et les autres membres de la famille à rester sourds et aveugles à toutes nouvelles conduites ou réponses qui émergeraient des moments d'exception qui viendraient contredire le style de vie du "mode de vie en coin". Ce collègue peut, avec force et ingéniosité, comme le sont les problèmes, ces "*créatures narratives vivantes, ces parasites de vie*"²⁴, proposer un pacte avec la personne pour qu'elle revienne sur ses pas en lui fournissant un réseau élaboré de nouvelles excuses sur lesquelles elle peut compter. Une raison de plus pour rendre plus attrayante cette malsaine négociation. Parfois encore, ce collègue travesti en créature narrative parasite défendant les valeurs, les intentions et les objectifs du maintien du "mode de vie dans le coin" peut tenter de démoraliser le thérapeute. Il peut essayer de lui démontrer que les efforts sont vains, qu'il est un idéaliste inconscient à vouloir essayer de changer les choses (la schizophrénie étant plus forte que lui). Au fur et à mesure de la thérapie, ce collègue sera obligé de reconnaître le succès de

²³ "Caricature and soap opera" in Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 19.

²⁴ J'avais utilisé cette formulation lors de ma formation initiale de praticien narratif. J'aimais bien l'idée de pouvoir imaginer, personnifier le problème sous la figure d'un personnage ou d'une créature narrative vivante. M'imaginer que le problème était une créature ou un personnage vivant m'a aidé à comprendre et utiliser l'approche narrative dans mon exercice professionnel. C'est aussi une allusion à l'une de mes histoires préférées, celle que j'entretiens avec la culture psychanalytique lacanienne. En formulant cette expression, je ne peux qu'associer à la citation de J. LACAN qui soulignait dans J. Lacan, Le séminaire, Livre XXIII, *Le sinthome*, Paris, Seuil, 2005, p. 95. " « *La parole peut faire la force du monde* »... "« *Comment est-ce que nous ne sentons pas tous que des paroles dont nous dépendons nous sont en quelque sorte, imposées* "... ". L'homme dit "normal" ne se rend pas compte de l'imposition de la parole. Une personne qui souffre d'automatisme mental, de voix imposées lui le sent et le vit cette imposition de parole. L'imposition de parole est normale pour J. LACAN. Chaque sujet doit faire avec la parole imposée. La parole nous préexiste - nous sommes toujours manipulé par l'Autre, mais le fait de donner du sens à cette parole implique de prendre position. La parole désormais n'appartient plus à l'Autre, mais au sujet. "*La parole est le parasite, le cancer qui afflige l'homme*" dit J. LACAN.

la personne à ne pas être un problème et à poser ses propres choix de vie. Il se morfondra alors en excuses de plus en plus élaborées et absurdes pour tenter d'établir qu'il n'est pas responsable de ce qu'est devenue la personne.

Michael White soutient que cette modalité créative d'intervention s'est montrée très efficace lorsqu'une personne était très réticente à suivre une thérapie. Il a même noté qu'il n'était pas rare de voir les personnes "*impatientes de revenir, impatientes de connaître le prochain épisode*"²⁵.

Michael White recommande de ne pas non plus céder à l'enthousiasme thérapeutique sans limites : il invite, connaissant visiblement bien cliniquement, les difficultés cognitives de certaines personnes souffrant de schizophrénie, de toujours envisager de ne planifier à court terme les actions ou les étapes de changement des habitudes et réaliser qu'une seule étape à la fois.²⁶

Si les personnes n'atteignent pas l'objectif convenu, c'est le thérapeute qui insiste pour assumer la responsabilité de ne pas les avoir aidées à préparer correctement leur préparation à l'accomplissement de la tâche.

L'externalisation est ici encore utile pour encourager les critiques des caractéristiques d'une personnalité dite "faible", etc.

Des exemples de questions :

- Pensez-vous avoir laissé l'ambition vous pousser à faire trop de choses trop tôt ?
- Comment allez-vous envisager d'apprendre des choses de cette impatience qui vous pousse à faire vos propres découvertes, mais à un rythme qui vous convienne à vous, pas à elle ?
- Que pourriez-vous faire pour apprivoiser l'impatience et l'ambition comme vous avez apprivoisé les voix ?
- Comment pourriez-vous prouver à vos attentes que vous pouvez être une personne à part entière sans vous soumettre à elles ?
- Est-ce que vous faites cela pour vos attentes et vos ambitions ou est-ce que vous le faites pour vous-même ?

- **Créer un nouveau contexte pour réinterpréter la "rechute"**

Michael White recommande de déconstruire le contexte pour prévoir la rechute. Il convient de comprendre que la rechute n'est pas un échec, mais une étape prévisible du cheminement d'une personne et elle peut faire partie intégrante, à moment donné, du parcours de vie. L'objectif est de

²⁵ Traduction personnelle in Michael White "FAMILY THERAPY & SCHIZOPHRENIA: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle" publié sur le site du- Dulwich Centre White, M. (1987). [Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle](#). *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, p 19.

²⁶ Les recherches neuro-psychologiques actuelles ont montré l'existence de troubles cognitifs dans la schizophrénie. Troubles qui ne sont ni spécifiques à la schizophrénie, ni unifiés. Il est assez fréquent qu'une personne qui souffre de schizophrénie aie des difficultés d'attention, de concentration ou de planification des tâches. Il leur est parfois difficile, sans remédiation cognitive, de traiter des informations simultanées. Lire par exemple : Vianin, P. (2020). *La remédiation cognitive, un outil pour le rétablissement*. *Revue de neuropsychologie*, 12, 273-279. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0589>. Martin, B. & Franck, N. (2013). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation. *L'information psychiatrique*, 89, 57-62. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0057>

diminuer le sentiment d'échec et de désespoir et de ne pas enrichir une description détériorante de la maladie.

Le praticien narratif invite à des changements très progressifs et les rechutes, si elles surviennent, sont le prétexte ou l'occasion de souligner les progrès antérieurs.

Michael White va jusqu'à proposer qu'il serait pertinent d'avoir en tête qu'un certain nombre de rechutes est inévitable dans un parcours de vie, disons même nécessaire pour apprendre d'elles. Il suggère également d'organiser des hospitalisations séquentielles programmées brèves pour valoriser la démarche de recherche d'autonomie de la personne lorsqu'elle se sent en facteur de risques.

Michael White recommande également de mettre en place des cérémonies définitionnelles par la famille pour célébrer les progrès réalisés entre les hospitalisations.

- ***Recommandations générales pour les horaires des séances, la durée des contacts.***

La durée du travail avec la famille est généralement relativement longue. Il peut se conclure par un rituel d'au revoir à l'image des rituels de séparation de proches de famille qui partent pour un long voyage.

Dans la phase initiale, les programmes de thérapie sont programmés à intervalles de deux à quatre semaines par Michael White, plus tard, au fur et à mesure de l'avancée, les séances sont portées à deux ou trois mois. La programmation des séances régulières l'est généralement pour une période allant de six à dix-huit mois.

La durée finale du traitement n'est pas une fin en soi, le praticien reste disponible et les membres de la famille sont invités à appeler le thérapeute en cas de crise difficile ou si l'un des membres s'inquiète sur les progrès réalisés. L'évolution favorable peut même conduire à une réduction de la médication à long terme.

5. Conclusion et perspectives à venir

- ***Qu'est-ce que ce travail de lecture, de présentation et d'analyse de l'article de Michael White m'a apporté ?***

Nous voici arrivés au moment de conclure cette lecture personnelle de l'article de Michael White. Ce n'est pas une conclusion, mais une ouverture, une ouverture vers un univers de possibles là où, au début de ma formation en pratiques narratives, un questionnement nébuleux et obscur planait autour des liens, de l'articulation et de l'utilisation possible des approches narratives en santé mentale. Aujourd'hui²⁷, le voile sur ce questionnement s'envole peu à peu. Il est désormais, éclairé autrement par les pépites étincelantes de cet article.

Mon rapport personnel à l'histoire que je suis en train d'écrire avec les pratiques narratives s'épaissit et il est toujours en perpétuel réaménagement. Si je devais réécrire cet article, l'histoire

²⁷ Cet article a été initialement écrit en Août 2021.

de cet article, je le réécrirais sans aucun doute autrement, avec le recul, aujourd'hui, au regard de ma formation et de ma pratique, mais la trame logique resterait identique à ce que j'ai présenté.

Cet article a été à la fois une porte d'entrée et une ouverture dans ma recherche de références, d'articles sur cette thématique.

Je pense aujourd'hui qu'il est toujours un article précieux dans la mesure où, rétroactivement, au regard de l'évolution de la formalisation par Michael White de sa pratique, nous y retrouvons, déjà, toutes les bases des développements ultérieurs :

- Comment faire pour refuser d'inscrire et de privatiser ce qui pose problème (un questionnement, une conduite, une émotion ou un vocabulaire diagnostique, etc.) à l'intérieur de la personne et de le déplacer dans le contexte général qui l'a créé et le soutient ?
- Comment faire pour refuser de décrire ce qui pose problème avec des mots étrangers, des mots qui reflètent les enjeux de pouvoirs et de normalisation d'une culture ?
- Comment éviter que le praticien participe à ces enjeux de maintien de pouvoir et de normalisation ?
- Comment concevoir le rétablissement ? Précisons, le rétablissement d'une relation avec son histoire préférée ou son projet de vie préféré ? La notion de rétablissement ou de *recovery* chez Michael White n'est absolument pas celle dictée par le discours dominant de la psychiatrie et de la réhabilitation psychiatrique et sociale.²⁸
- Comment accompagner une personne à se reconnecter avec son projet de vie, à ses valeurs, à ses espoirs ?
- Comment (re-)connecter une personne à son "club de vie" ?
- Comment visiter et revisiter le chemin de vie, son chemin de vie malgré le "*mode de vie dans le coin*" ?

Nous pensons que cet article a ouvert la voie aux pratiques narratives en santé mentale.

Nous pensons en particulier aux pratiques du projet communautaire de santé mentale du *Dulwich Center*. Ce projet de santé mentale communautaire a été créé en juillet 1992 pour tenter de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiatriques diagnostiqués et considérés comme "chroniques". Il est basé sur des "*méthodes de travail narratives*"²⁹ qui remettent en question les façons dominantes de comprendre la maladie mentale.

²⁸ Michael White est, pour moi, (même si cela n'a jamais été formulé ainsi dans le champ de la culture européenne) sans aucun doute, un des rares professionnels, un des premiers à avoir participé à la diffusion de la culture du "juste" rétablissement. Nous pensons que la notion de rétablissement en psychiatrie, en tout cas, celle qui est habituellement utilisée comme définition en psychiatrie pour les soins de réhabilitation psychiatrique et sociale a été subvertie, détournée de l'usage, du témoignage que font ceux qui ont "survécus" aux effets de normalisation du soin psychiatrique. Michael White ne rappelle jamais aux personnes "qu'elles sont malades" ou "qu'elles souffrent d'une pathologie" et que pour se "rétablir", pour être actrices de leurs soins, elles se doivent de ne jamais "oublier" qu'elles sont malades, qu'elles pourraient avoir un handicap psychique et que pour "bien se soigner", s'adapter" à la vie, elles doivent bien connaître leur maladie, leur handicap, etc. L'approche de Michael White n'est pas "normative". Elle ne participe à aucun discours dominant.

²⁹ Les participants à ce projet, les professionnels comme les personnes qui souffrent de pathologies dites mentales, ne localisent pas le problème dans la personne mais ils s'intéressent aussi au contexte, à la société dans son ensemble et

Et, enfin, nous pensons que les apports de cet article sont repris et ils se prolongent dans les éclaircissements et les précisions qu'apporte Michael White, en 1995, durant sa conversation avec Ken Stewart "*Psychotic experience and discourse*"³⁰ sur la manière d'envisager l'approche narrative en psychiatrie.

à l'impact que les différents aspects de notre culture ont sur eux, en tant qu'individus. Ce projet est construit et propose des pratiques individuelles ou groupales organisées autour des principes narratifs suivants :

1. Comment les histoires façonnent nos vies ?
2. Externaliser les conversations.
3. L'exploration des histoires et la création de nouvelles histoires.
4. Honorer les actions quotidiennes de résistance face aux histoires dominantes.
5. Documenter les nouvelles histoires (préférées).
6. Les rituels : les balises sur le chemin de vie.
7. La création communautaire de nouvelles histoires,
8. Nommer l'injustice, reconnaître la nature politique de ce travail et reconnaître les façons dont ce travail nous enrichit.

Référence : White, C. (1998). [*Introducing Narrative Therapy : A collection of practice-based writing*]. Dulwich Centre Publications.

³⁰ "*Psychotic experience and discourse*". Chapter 5 in M. White (1995) *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications)

Bibliographie

Bassols, M. (2007). Jacques Lacan et le sujet de la folie. *Filozofski Vestnik*, 27(2). Retrieved from <https://ojs.zrc-sazu.si/filozofski-vestnik/article/view/3164>.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris, 1, 192-211.

HUBERT, Anne-Laure. (2010-2011). THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE D.E.S DE PSYCHIATRIE, L'ENRICHISSEMENT DU QUESTIONNEMENT THÉRAPEUTIQUE POUR LA CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE HISTOIRE DE VIE La Thérapie Narrative au service du changement, Année 2010-2011 : source : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/e94f1431-a148-4f53-8060-3f30e45339c3>

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Seuil.

Lacan. (1974). *Télévision*. Le Seuil.

Lacan, J. (2005). *Le sinthome*. Paris: Seuil.

Martin, B., & Franck, N. (2013). *Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation*. *L'information psychiatrique*, 89(1), 57-62.

Phillips, J. (2003). Schizophrenia and the narrative self. In T. Kircher & A. S. David (Éds.), *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (p. 319--335). Cambridge University Press.

Vianin, P. (2020). *La remédiation cognitive, un outil pour le rétablissement*. *Revue de neuropsychologie*, 12(3), 273-279.

White, C. (1998). [*Introducing Narrative Therapy: A collection of practice-based writing*]. Dulwich Centre Publications.

White, M. (1987). *Family therapy and schizophrenia: Addressing the "in-the-corner" lifestyle*. Dulwich Centre Newsletter, 1, 14-21.

White, M. (1995) *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications)