

La vision narrative de la souffrance : importance de l'intentionnalité et de la dimension relationnelle

Dans notre pratique et face aux vécus de souffrance qui amènent les personnes à consulter, l'intention de fournir un contexte qui leur permette de se reconnecter avec leur capacité à faire face et de pouvoir s'appuyer sur une « base résiliente » nous apparaît comme centrale. C'est principalement dans cette optique que nous avons intégré l'approche narrative au sein de nos processus thérapeutiques en MAP.

En effet, la thérapie narrative est particulièrement pertinente pour l'accompagnement des personnes aux prises avec des vécus de souffrance et de détresse, parfois traumatiques, vécus auxquels, bien souvent, elles s'identifient. Les idées et les pratiques mises au jour par Michael White, son fondateur, constituent, notamment pour ce type de troubles, un apport majeur dans le champ de la thérapie.

Les conversations narratives fournissent en effet un contexte privilégié pour permettre aux personnes de se réassocier, de reprendre contact avec leur sentiment d'initiative personnelle, en relation avec les autres, et non plus isolées et impuissantes.

Que l'on ne s'y méprenne pas : au-delà du terme « conversation », le corps, la sensorialité sont impliqués. Engageant l'affect, c'est un mouvement de réassociation qui permet la restauration d'un sentiment de continuité de soi à partir duquel le vécu sensoriel peut être accueilli. Cette base résiliente fournit alors au patient un socle sur lequel il peut s'appuyer pour se remettre en mouvement, s'adapter au monde et aux autres, faire face et redevenir auteur de sa vie.

Pour une familiarisation avec l'approche narrative, le lecteur pourra utilement se reporter au chapitre 6 écrit par Julien Betbèze dans cet ouvrage. Ne sont donc rappelés ou évoqués ci-après que les éléments centraux de cette approche, en lien avec son utilisation dans les MAP.

Les états internes et les états intentionnels

La vision traditionnelle, structuraliste, de la psychologie individuelle privilégie l'idée d'un « soi » central, d'une essence, d'où émaneraient les comportements des individus, avec ses corollaires : les états internes tels que besoins, pulsions, traits de personnalité, forces et faiblesses...

Selon l'approche narrative, cette vision favorise le développement de catégories identitaires impliquant, dans le champ de la pathologie, l'idée

selon laquelle le vécu de souffrance serait la résultante d'une essence, d'un « soi » – ou de « parties de soi » – plus ou moins dysfonctionnel^{11 12}.

S'éloignant de ce point de vue structuraliste, l'approche narrative privilégie la notion, issue de la psychologie populaire¹³, d'« états intentionnels », constitués de ce à quoi les personnes accordent de la valeur, leurs intentions pour leurs vies, leurs convictions, leurs espoirs, de la manière dont elles souhaitent s'engager et avancer dans leurs vies, à titre individuel, et en collaboration avec d'autres.

L'approche narrative voit la personne en souffrance comme prise dans une histoire dominante qu'elle se raconte sur elle-même¹⁴, et que, souvent, d'autres racontent à son propos, histoire qui la conduit, dans un vécu dissocié, à formuler des conclusions identitaires négatives, validées et renforcées jour après jour.

Cette histoire dominante, construite sous l'influence de normes culturelles, occulte le vaste territoire de possibles histoires alternatives, issues d'expériences de vie négligées, qui, quant à elles, « collent » avec ce que la

-
11. Cette vision « non internalisante » est fondamentale, centrale, dans l'approche narrative. En pratique, ses implications sont fortes : posture du praticien, modes de questionnement thérapeutique en échafaudage, langage, etc. et ce, que le point d'entrée soit un problème ou une exception. Cependant, dans un esprit d'accueil d'autres visions de la psychologie individuelle, qui restent largement partagées dans le monde du soin, nous ferons parfois référence dans les développements qui suivent, notamment pour la clinique des psycho-traumas, à certaines notions procédant de visions plus traditionnelles, parfois structuralistes ou à tout le moins, plutôt internalisantes.
 12. Cette observation à propos des visions internalisantes vaut également pour les ressources, notamment à propos des théories de la « perle cachée » (métaphore empruntée à Alain Vallée), théories selon lesquelles la personne aurait « au fond d'elle-même », d'inépuisables réponses – toutes faites – à tous les problèmes de la vie. Les approches non structuralistes – autrement dit, toutes les thérapies brèves plurielles – privilégient une vision de la personne comme agent de changement, la thérapie visant principalement à faciliter la mobilisation et l'activation de capacités, de compétences qui ont été utiles dans certains contextes, pour la résolution, dans un autre contexte, du problème présent.
 13. Terminologie empruntée à Jérôme Bruner. Cf. J. Bruner, *Car la culture donne forme à l'esprit*, Paris : Eshel ; 1990/1991.
 14. Le cadre de référence de l'approche narrative est en effet l'analogie textuelle, permettant de « concevoir l'évolution des vies et des relations en termes de lecture et d'écriture de textes, dans la mesure où chaque lecture d'un texte en est une nouvelle interprétation et donc une nouvelle écriture ». In : M. White, D. Epston, *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles : Satas ; 2003, p 41.

personne veut pour sa vie, en relation avec d'autres qui accueillent, partagent ou encouragent ces intentions bafouées.

La souffrance peut donc être vue, non pas comme la manifestation d'un état interne dysfonctionnel, mais comme le témoignage d'une possible « identité préférée » avec laquelle la personne n'a jamais cessé d'être reliée – comme en témoigne son vécu de souffrance même – mais dont, face à l'épreuve, elle s'est dissociée.

Ainsi, fondamentalement, l'approche narrative vise à aider les personnes à se réassocier avec cette manière préférée d'être, avec leur capacité à reprendre leurs vies en mains, et donc à se ré-engager comme auteurs de leurs vies, par des prises d'initiatives qui « collent » avec ce qu'elles tiennent pour précieux.

Ce mouvement est favorisé de manière centrale, par la dimension relationnelle : Espace de sécurité relationnelle thérapeutique et riches conversations à propos des personnages significatifs de la vie du patient et de ses relations avec ces personnages.

Comme nous le verrons dans un second temps, les mouvements alternatifs peuvent utilement être intégrés à la pratique de la thérapie narrative.

Se réassocier avec le sentiment d'initiative personnelle

Les histoires alternatives préférées peuvent être déployées à partir d'initiatives personnelles, autrement dit, d'expériences de vie au cours desquelles les personnes ont été en contact avec leurs intentions, leurs valeurs, en relation avec les autres et associées à leur sensorialité.

Proches des exceptions¹⁵, au sens de l'approche stratégique et de la thérapie orientée solution, ces initiatives personnelles constituent donc une fondation à partir de laquelle les personnes peuvent :

- prendre de la distance avec le problème qui jusqu'alors envahissait leurs vies, et auquel elles s'identifiaient ;
- mettre à jour, explorer et épaissir des significations nouvelles autour de ces initiatives personnelles, jusqu'alors restées inertes et en dehors de leur histoire dominante ;
- se réassocier en se reconnectant, au fil des conversations thérapeutiques, avec leurs territoires de vie préférés, jusqu'alors éclipsés par les expériences de vie douloureuses ;

15. L'expression employée en narrative pour désigner les exceptions est *unique outcomes*, terme emprunté au sociologue Erving Goffman, que l'on peut aussi traduire par « moments uniques ». Cf. M. White, 2003, *op cit.*

- se ré-engager, recouvrer leur sens de l'initiative personnelle (personal agency)¹⁶, à partir de ces territoires de vie et en relation avec des personnes significatives, autour de valeurs partagées.

Dans l'esprit de l'hypnose ericksonienne et, plus largement, des thérapies brèves plurielles, on peut voir que ce faisant, la personne quitte le « monde étiqué » du problème dans lequel elle était prise, hyper focalisée, dissociée, en perception étroite, en survie, et qu'elle accède à une perception large, créative, vivante, réassociée. Cette perception large donne alors accès aux mondes des possibles et à l'éventail des choix qui peuvent s'y déployer.

Cette parenté est d'ailleurs très clairement relevée par Mary Sykes Wylie, dans son article, majeur, « L'obstination de l'orpailleur »,¹⁷ consacré au travail et aux apports de Michael White : « *Le travail de Michael White pourrait être décrit en termes de thérapie ericksonienne comme brisant la transe imposée à l'individu par les puissantes forces de l'histoire et de la culture. Il s'intéresse beaucoup à la vie des gens, et recherche des tissus sains, les anticorps protecteurs. Pour lui, la vie présente des gens ne peut se réduire à des diagnostics trop rigides et étiqués pour contenir les capacités étonnantes que révèlent leurs histoires* ».

L'échafaudage de questions utilisé par le thérapeute vise donc à favoriser ce mouvement de réassociation et de ré-engagement ; il permet aussi, lorsque, dans un premier temps, aucune exception n'émerge de la conversation, de déconstruire l'espace du problème afin de permettre l'émergence des initiatives personnelles jusqu'alors négligées.

Faire émerger des histoires alternatives de résistance au problème

Les histoires alternatives de résistance au problème constituent un « point d'entrée » permettant au patient de se réassocier et de recouvrer sa possibilité d'agir. Aussi, face au vécu de détresse et d'impuissance du patient, il appartient au praticien de favoriser l'émergence et le développement de toute expérience de vie au cours de laquelle celui-ci a agi/réagi en cohérence avec ses intentions et valeurs prisées. Une hypothèse essentielle, commune aux modèles des thérapies brèves plurielles, est que **ces exceptions existent toujours**, même lorsque, pris dans une perception étroite, saturée par le problème, le patient n'en perçoit aucune. Ne jamais perdre de vue ce repère fondamental, telle est la responsabilité du thérapeute qui, sans pour autant exercer de forçage, doit offrir le contexte qui permettra, tôt ou tard, à l'exception de se manifester...

16. Voir notamment sur cette notion les travaux d'Alfred Bandura, *Toward a psychology of human agency. Perspectives on Psychological Science*; 2006:164-180.

17. M. Sykes Wylie, « L'obstination de l'orpailleur », *Thérapies familiales* n° 3 ; 1998.

Quand l'exception émerge spontanément

Dans certains cas (pas toujours), des histoires alternatives peuvent émerger spontanément, malgré le vécu de détresse.

Pour faciliter cette émergence, le praticien peut alors, par exemple, demander :

- *Pouvez-vous me raconter une expérience de votre vie au cours de laquelle vous avez pu « faire face malgré tout », peut-être dans un contexte un peu difficile ?*

Le praticien veille à ce que cette expérience soit décrite richement, y compris au niveau sensoriel, de manière à ce que le patient puisse s'y associer.

Exemple

Julia, 28 ans, consulte en raison de la persistance de symptômes invalidants qui envahissent son quotidien depuis une agression sexuelle qu'elle a subie il y a 2 ans, en particulier des reviviscences lorsqu'elle emprunte le métro, contexte de l'agression. Elle précise aussi qu'elle aimerait, dans un second temps, pouvoir développer plus de capacité à poser des limites aux autres, en particulier vis-à-vis de l'une de ses salariées, qui, de manière assez systématique, passe outre les consignes qui lui sont données, attitude préjudiciable pour les clients et pour la petite entreprise que Julia vient de reprendre.

Lorsque la question mentionnée ci-dessus lui est posée, Julia évoque une expérience récente, survenue alors qu'elle circulait, de nuit, dans une région inconnue : suivant les instructions de son GPS, elle s'est progressivement, retrouvée « coincée au milieu de nulle part », en pleine campagne, sur un chemin de terre dont l'étroitesse ne permettait pas de faire demi-tour. Julia raconte alors comment elle a su retrouver son calme malgré son appréhension et réagir au mieux : après un bref arrêt pour réfléchir (portes verrouillées), elle a décidé de poursuivre sur ce chemin jusqu'à trouver un endroit suffisamment large pour faire demi-tour, puis, « désobéissant » aux instructions du GPS, elle a pu rejoindre de nouveau la route départementale d'où elle venait pour, finalement, parvenir à bonne destination tout en restant sur des routes suffisamment sûres.

Le patient est ensuite invité à faire des liens entre cette expérience de « faire face » et les compétences de vie, les intentions et les valeurs qui ont permis cette action (Carte de déclaration de position n° 2).

Exemple

Julia parle alors de « faire au mieux face à l'adversité », « relativiser, garder son calme », « faire confiance à son intuition (malgré les indications du GPS) », « revenir sur le bon chemin, aller vers la lumière »...

Ce sentiment revivifié d'être une personne capable d'agir, de s'adapter face au(x) problème(s), ce sens retrouvé de l'initiative personnelle, constituent une assise essentielle de ce que nous appelons, dans notre pratique « la base résiliente ».

L'absent mais implicite : quand aucune exception n'émerge dans un premier temps

L'absent mais implicite est une notion développée par Jacques Derrida, que Michael White a intégré, de manière très concrète, dans la pratique des conversations narratives¹⁸. Son usage est particulièrement approprié lorsque, dans un premier temps, aucune exception ne semble émerger de l'entretien thérapeutique. En pratique, au patient qui, évoquant une expérience douloureuse, manifeste sa détresse – par exemple à partir de l'émotion colère – le praticien peut demander :

• *De quoi cette colère témoigne-t-elle ? À quoi dit-elle non ? Qu'est-ce que cette colère dit de ce qui est précieux pour vous et qui a été bafoué ?*

Ces questions invitent le patient à se relier à ce qui s'inscrit en contraste avec son vécu de colère : ici, l'absent implicite de la colère.

Exemple¹⁹

Laurent a longtemps été confronté aux sautes d'humeur de son chef d'équipe, au sein d'une entreprise qu'il a récemment quittée pour cette raison. Malgré cette initiative, et bien qu'ayant retrouvé un emploi qui lui donne toute satisfaction, il reste « hanté » par une scène durant laquelle il a été violemment interpellé par ce personnage lors d'une réunion. Il précise qu'aucun de ses collègues présents n'a « levé le petit doigt ». Évoquant ce vécu, Laurent ressent de la tristesse, et, surtout, de la colère. Pour lui, cette colère témoigne de l'importance de se « serrer les coudes », de « prêter secours », de « prendre son courage à deux mains ». Dans la suite de l'entretien, Laurent est invité à évoquer des expériences de sa vie au cours desquelles il a été en contact avec ces valeurs bafouées ainsi que des personnages, significatifs pour lui, qui accueillent, partagent, encouragent de telles valeurs.

¹⁹ Pour d'autres exemples d'utilisation de l'absent mais implicite : 1. Dans le contexte de troubles du comportement alimentaire, cf. Betbèze J. In : Y. Doutrelugne, O. Cottencin, Betbèze J., *Interventions et thérapies brèves : 10 stratégies concrètes*. Paris : Ed. Elsevier Masson ; 2016, p 7 et pp. 45 à 48. 2. En lien avec la thérapie orientée solutions : Vallée A, *Manuel pratique de thérapie orientée solution*. Bruxelles : Satas ; 2017.

L'intention est ici d'amener le patient :

- à se percevoir, non plus comme un « réceptif passif » qui subit le problème, mais comme un acteur qui, par sa réaction de souffrance même – vue comme un « mouvement de vie » – pose un acte de résistance : « les personnes résistent toujours » ;²⁰
- à percevoir que cette souffrance témoigne de ce qu'il « tenait pour précieux et qui a été violé » : ses intentions, ses buts, ses valeurs, ses espoirs, ses engagements... ;

18. M. White. *Re-engaging with history: The absent but implicit*. In M. White, *Reflections on Narrative Practice. Essays & Interviews*. Adelaide : Dulwich Centre ; 2000:35-58.

20. A. Wade, « Petits actes de la vie : une résistance quotidienne à la violence et aux autres formes d'oppression », *Thérapie familiale*, vol 20, n° 4 ; 1999.

- à reprendre contact, à se réassocier à ces éléments précieux dont il était tenu éloigné.

Afin de favoriser ce mouvement, le praticien adopte – et veille à maintenir – une posture de « double écoute » :²¹

- écoute du récit de l'histoire dominante et de la souffrance qu'elle implique ;
- et, dans le même temps, détection attentive de tout ce qui n'est généralement ni perçu ni exprimé par le patient : Les territoires de vie préférés sur lesquels, par contraste, s'appuient les vécus de souffrance psychologique et de détresse émotionnelle.

Le contexte de sécurité relationnelle, la double écoute du praticien et le questionnement narratif permettent ainsi l'émergence d'histoires alternatives au cours desquelles le patient a résisté au problème. Pour reprendre les termes utilisés par Michael White, cette pratique favorise la « *résurrection du sentiment de continuité de soi* » qui vient supplanter, en particulier dans le vécu traumatique, le sentiment que les gens ont d'une vie « gelée dans le temps » et teintée d'impuissance.

Comme nous l'aborderons en conclusion de ce chapitre, de nombreux outils et techniques des thérapies brèves plurielles peuvent être utilisés, par ailleurs ou en complément de l'absent mais implicite, pour favoriser l'émergence d'exceptions lorsque, de prime abord, rien d'autre que le vécu de souffrance ne semble se manifester.

Relier le sens revivifié : de l'initiative personnelle aux relations vivantes et significatives

L'exception et les valeurs prisées qui ont émergé de la conversation constituent de « fines traces » à partir desquelles il devient possible de proposer un échafaudage de questions afin d'épaissir l'identité préférée avec laquelle le patient commence à se réassocier.

Par exemple, à partir des valeurs préférées évoquées par le patient, le thérapeute peut demander :

- Pouvez-vous me raconter une histoire qui me permette de comprendre comment vous avez appris ces *choses précieuses* ?

Exemple

Julia raconte que lors de la mise au monde de son premier enfant, elle a, avec le soutien de son obstétricien, « gardé confiance et tenu bon » pour accoucher par voie basse alors que le déroulement de l'accouchement laissait fortement présager une césarienne.

21. M. White, 2000, *op cit.*

Il est important que ces questions soient précédées d'un bref résumé des intentions et valeurs mentionnées par le patient à l'étape précédente, résumé que Michael White appelle « ligne éditoriale ».²²

Toujours pour favoriser l'effet de réassociation, la conversation peut aussi être orientée vers les personnages significatifs de l'histoire du patient qui partagent et/ou soutiennent les intentions et valeurs qui sous-tendent cette initiative personnelle. En effet, l'approche narrative, qui considère que la relation à soi est médiatisée par la relation à l'autre²³, accorde une attention particulière à la dimension relationnelle de la vie humaine, sans laquelle le sujet ne peut accéder pleinement à son autonomie et à sa subjectivité.²⁴

En pratique, lorsque le patient évoque ses intentions et valeurs préférées, le praticien peut, par exemple demander :

- Qui ne serait pas étonné de vous entendre dire cela ?
- Connaissez-vous des personnes qui partagent cette vision des choses ? »

Exemple

Julia évoque ici son amie d'enfance, Pauline. Au travers d'expériences partagées, Pauline sait combien il est important pour Julia de « garder confiance et tenir bon » ; Elle partage avec elle cette vision des choses et reconnaît les compétences mises en œuvre par Julia, en de nombreuses occasions, pour l'incarner dans ses expériences de vie.

Dans un second temps, – si le patient en est d'accord – la conversation peut être développée autour de ces personnages significatifs :

- *Pouvez-vous me parler de cette (ces) personne(s) ?*

À partir de cette question relationnelle, il est possible d'utiliser la carte du re-membering, pour favoriser une riche conversation à propos de ces relations vivantes.

Le praticien peut également inviter le patient à relier ses états intentionnels à un contexte social plus large, en demandant par exemple :

- *Quelle différence cela ferait si plus de personnes partageaient cette vision des choses ?*

Il est enfin possible d'engager la participation de témoins extérieurs à la conversation thérapeutique (Cérémonie définitionnelle).

Ainsi, à partir du point d'entrée que constitue l'initiative-exception, un tissage est proposé entre les trois axes de l'identité préférée : paysage de

22. White M. *Cartes des Pratiques narratives*. Bruxelles : Satas ; 2009, p. 53.

23. Betbèze J., chapitre 6 du présent ouvrage.

24. À propos de la dimension sociale, relationnelle, des ressources, voir aussi Alain Vallée dans son récent ouvrage consacré à la thérapie orientée solutions : « Une grande partie de ce que nous considérons comme être des ressources est le fruit d'émergences de constructions sociales ». Vallée A, *Manuel pratique de thérapie orientée solution*. Bruxelles : Satas ; 2017, p 79.

l'action (relation du sujet au monde), paysage de l'intention (relation du sujet à lui-même), paysage de la relation (relation du sujet à l'autre)

Renforcer durablement l'effet de réassociation

Dans tous les cas – quels que soient les axes utilisés par le thérapeute pour favoriser le tissage autour de l'identité préférée – le patient sera invité, à l'issue de telles conversations :

- à prendre contact avec son vécu sensoriel, à « descendre dans son corps », en lui demandant, par exemple : qu'est-ce que cela vous fait de parler de (cette personne) comme vous le faites là maintenant ?
- puis, à partir de cette compréhension réassociée de ce qui est fondamental pour lui, en lien avec des relations vivantes, à réfléchir aux nouveaux développements que cela peut permettre :

- quelles différences cela ferait-il, dans votre vie, si vous restiez connecté à cela, comme vous l'êtes à présent ? Qu'est-ce que cela rendrait possible ?
- quels nouveaux pas pourriez-vous accomplir, quelles nouvelles étapes pourriez-vous franchir, en accord avec cette compréhension des choses ?

Cette étape des conversations narratives vise à renforcer durablement l'effet de réassociation et à favoriser la remise en mouvement, dans l'action et dans le futur, à partir de l'identité préférée à laquelle la personne s'est réassociée.

Exemple

À ce stade, Julia dit qu'elle ressent quelque chose de nouveau dans son corps, comme si elle se sentait « plus solide, plus dense ». Julia se dit qu'en restant associée avec ce nouveau ressenti, elle se voit plus à même de mettre à distance les reviviscences qui l'envahissent lorsqu'elle emprunte le métro et déclare être curieuse d'expérimenter cela. Elle évoque ensuite en détail ce qu'elle envisage de mettre en œuvre pour que, dans le cadre de sa vie professionnelle, les consignes qu'elle donne soient prises en considération et pour, au besoin, réagir avec calme et fermeté lorsqu'elles ne sont pas respectées.

La base résiliente, métaphore d'un territoire de vie sur lequel s'appuyer

À propos de l'identité et du sentiment d'initiative personnelle, Michael White utilisait la métaphore du « Territoire de vie », un territoire sur lequel nous pouvons nous tenir pour aller de l'avant : les vécus de détresse, en particulier les expériences de traumatismes récurrents, entraînent un « rétrécissement significatif » de ce territoire, cette base devenant parfois tellement réduite qu'il n'est plus possible de s'y appuyer pour formuler des projets, pour avancer dans la vie.

Ainsi, dit White, les conversations narratives visent à permettre aux personnes d'accéder de nouveau à des territoires de vie longtemps négligés.

Minuscules au départ, ces territoires « deviennent des îles sur lesquelles soutien et sécurité peuvent être trouvés, puis des archipels, puis éventuellement des continents de sécurité, qui ouvrent à d'autres Mondes de Vie. Les personnes découvrent alors qu'elles disposent d'une autre base sur laquelle se tenir, et qui leur permet de donner expression à leurs expériences traumatisantes, sans plus être définies par elles. »²⁵

Combinée à l'idée d'un mouvement de réassociation et d'une autonomie relationnelle retrouvée²⁶, cette métaphore de Michael White est particulièrement éclairante pour figurer la base résiliente qu'il s'agit d'aider à recontacter. Cette base résiliente ne doit pas être vue comme un quelconque attribut personnel qui serait inhérent à la nature humaine, présent, déficiente, voire absent « à l'intérieur » d'un individu et qu'il s'agirait de « réparer » : Une telle vision est celle des discours modernes internalisants dont s'écartent résolument les pratiques narratives. Tout comme les territoires de vie auxquels Michael White fait référence, la base résiliente est en effet une métaphore qui figure un socle sur lequel la personne peut se tenir pour se remettre en mouvement et il importe, pour la pratique, de la voir comme telle.

Pour favoriser et catalyser l'effet de réassociation, les mouvements alternatifs, notamment oculaires peuvent utilement être intégrés au schéma thérapeutique de la base résiliente.

À retenir

- L'approche narrative voit la souffrance psychologique et la détresse émotionnelle, non pas comme les manifestations d'un soi ou de parties de soi plus ou moins dysfonctionnelles, mais comme des témoignages de ce que la personne tient pour précieux et qui a été bafoué.
- La dimension relationnelle et le mouvement de réassociation - par lequel la personne recouvre son sentiment d'initiative personnelle à partir d'histoires alternatives préférées - sont centraux dans le processus thérapeutique.
- La position de double écoute du praticien est essentielle pour favoriser ce mouvement, surtout lorsqu'aucune exception n'émerge de l'histoire dominante.
- La base résiliente est une métaphore qui désigne un territoire de vie qui émerge à partir du contexte thérapeutique et sur lequel la personne peut s'appuyer pour redevenir auteur de sa vie.
- Les mouvements alternatifs peuvent utilement être intégrés à la pratique de la thérapie narrative, notamment pour faciliter l'émergence de cette base résiliente.

25. Traduction libre à partir de White. M, *Working with People Who Are Suffering the Consequences of Multiple Trauma: A Narrative Perspective* International Journal of Narrative Therapy & Community Work, Vol. 2004, N° 1, 2004:45-76.

26. Betbèze J., « Autonomie relationnelle », *op. cit.*