

PHILIPPE GRAUER et YVES LEFEBVRE

LA PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE

De la naissance d'une profession
à l'émergence d'un champ disciplinaire



Enrick · B · Éditions

© Enrick B. Éditions, 2018, Paris
Collection psychothérapie

Couverture : Marie Dortier
Conception : Com&go

ISBN : 978-2-35644-211-6

En application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans l'autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie. Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est interdite sans l'autorisation de l'éditeur.

PHILIPPE GRAUER ET YVES LEFEBVRE

LA PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE

De la naissance d'une profession
à l'émergence d'un champ disciplinaire

Préface par Edmond MARC

Enrick 
— ÉDITIONS —

Tout s'éclaire si nous reconnaissons que la relation est notre seul guide, notre seul critère, notre seul garant. De là naît la double impression d'instabilité et d'ouverture... D'une relation, nous ne pouvons avoir la maîtrise, car les événements s'y produisent à notre insu ; ils sont imprévisibles, comme l'autre avec qui nous sommes en contact... Nous prenons appui sur la relation comme le surfeur sur les vagues, nous y sommes stables à condition d'en épouser le mouvement.

François Roustang

Sommaire

PRÉFACE	
Par Edmond Marc	13
AVANT-PROPOS	31
PARTIE 1 – LA RELATION EN PSYCHOTHERAPIE	
NÉBULEUSE PSY	37
Je vais voir mon psy.....	37
Qu'est-ce que la psychothérapie relationnelle ?	39
Classement par le mode d'intervention de l'expert.....	45
De psychothérapeute à psychopraticien relationnel	56
LA RELATION AU CŒUR DE LA PSYCHOTHÉRAPIE....	61
La psyché humaine naît de la relation.....	61
La relation psychothérapique	63
Étapes et formes de la relation	67
Aspects transférentiels de la relation	70
Aspects contre-transférentiels de la relation	74
La relation de la personne à sa problématique.....	75
Approche relationnelle et innovation	77

PARTIE 2 – L'INVENTION
DE LA PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE

GÉNÉALOGIE	81
L'humanité commence à deux.....	81
Des origines à 1900.....	84
Dictionnaires.....	89
Professions, courants, évolution.....	98
UN DEUX TROIS QUATRE ACTEURS MAJEURS.....	111
Psychiatrie.....	111
Psychanalyse.....	121
Psychologie.....	125
Psychothérapie relationnelle.....	133
ENJEUX ET PRINCIPES DE CLASSEMENT	139
La question de la formation.....	139
Expliquer/comprendre	142
Humanisme	148
Scientisme.....	151
SECOND SOUFFLE EXISTENTIEL.....	161
Le principe Relation – Martin Buber.....	161
Le principe Empathie – Carl Rogers	172
FONDEMENTS IDENTITAIRES	
DU RELATIONNELLISME	191
Jacques Durand-Dassier, le don du nom.....	191
Catharsis et corps	196
Éléments pour une charte	
de la psychothérapie relationnelle	206
Envoi.....	207

PARTIE 3 – L'ÉTHIQUE
EN PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE

DIMENSION ÉTHIQUE	
DE LA PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE	211
Éthique et psychothérapie	211

Concepts incontournables	213
L'éthique comme questionnement.....	217
Éthique, morale et déontologie.....	218
Principes déontologiques.....	219
La fonction tierce de l'éthique	220
Aspects politiques de l'éthique	222
L'éthique du psychopraticien relationnel et la phénoménologie.....	223
FINAL.....	227
BIBLIOGRAPHIE.....	235
ANNEXES	271
Déclaration de Strasbourg.....	273
Code de déontologie du Syndicat national des praticiens en psychothérapie relationnelle et psychanalyse	275

Préface

C'est la relation qui soigne

« C'est la relation qui soigne. Il n'existe de vérité plus grande en psychothérapie »

Irwin Yalom (*Thérapie existentielle*)

Parler de « psychothérapie relationnelle » peut sembler un pléonasmisme. Car c'est le propre de la psychothérapie (quelle que soit la méthode mise en œuvre) de s'inscrire dans le cadre d'une relation entre un praticien et un patient. Alors que veut signifier cette expression ? Et que désigne-t-elle ?

Dans une première réponse, on peut dire qu'elle entend mettre en relief le rôle de la relation et son importance dans le travail thérapeutique. Dans ce sens, elle ne risque guère de susciter de contestation. Tous les courants de la psychothérapie peuvent facilement tomber d'accord sur ce point. Même les thérapies comportementales et cognitives¹ qui, au départ, n'accordaient guère d'intérêt à la relation (misant sur la seule efficacité d'un protocole de soin, scientifiquement fondé) en sont venues aujourd'hui à souligner l'importance de l'alliance thérapeutique.

Mais l'enjeu de cette notion de psychothérapie relationnelle dépasse ce consensus. Il est de poser, comme l'exprime fortement Irwin Yalom (psychiatre et psychothérapeute américain

1. Il est difficile, dans une préface, de définir toutes les démarches thérapeutiques évoquées. Je me permettrai de renvoyer à mon ouvrage : *Le guide pratique des psychothérapies*, Ed. Retz, qui présente les principales démarches et méthodes en psychothérapie.

appartenant au courant de la thérapie existentielle) : « C'est la relation qui soigne ».

Cela signifie que, parmi tous les facteurs qui contribuent au succès du processus thérapeutique, la relation est le plus important, avant la méthode utilisée, avant la théorie sur laquelle s'appuie le praticien et son appartenance d'école.

Cette proposition est corroborée par les études d'évaluation des psychothérapies. La plupart ne montrent pas de corrélation constante et régulière entre la technique utilisée et l'évolution du patient. En revanche, elles révèlent un lien certain avec la qualité de la relation thérapeutique. C'est d'ailleurs le facteur auquel les personnes en psychothérapie sont le plus sensibles.

Ces résultats sont troublants ; car la plupart des thérapeutes sont très attachés à leur école d'appartenance et aux théories et techniques qui les fondent. Ils ont souvent tendance à penser et à proclamer qu'eux seuls détiennent la vérité et l'efficacité thérapeutique (pour ceux, bien sûr, qui s'en soucient) et à les dénier aux autres. Attitude qui alimente une « guerre des psy » que déjà Carl Jung déplorait à son époque.

Les études évoquées concluent, au contraire, que ce sont les facteurs transversaux, liés à la qualité relationnelle et à l'engagement du thérapeute et du patient qui sont les plus agissants².

Si l'on accepte l'idée que la relation est le facteur central du processus thérapeutique, on pourrait objecter qu'il n'y a dans cette proposition rien de très nouveau. N'est-ce pas, en effet, la psychanalyse freudienne qui, dès sa fondation, a mis l'accent sur l'importance du rapport du patient au psychanalyste à travers le transfert ?

La relation en psychanalyse

La notion de transfert joue effectivement un rôle fondamental dans le processus analytique. On sait qu'elle désigne la répétition de prototypes relationnels infantiles (impliquant les parents, les

2. Cf. O. Chambon, M. Marie-Cardine, *Les bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod, 2014.

frères et sœurs ou d'autres membres de la famille) vécue avec un sentiment marqué d'actualité et projetée sur l'analyste.

Le patient n'est pas conscient de ce caractère de répétition ; il ne se rend généralement pas compte qu'il s'agit d'une reviviscence de sentiments, d'émotions, de désirs éprouvés dans la prime enfance à l'égard des membres de la famille et reportée sur la personne de l'analyste.

Au-delà de l'image caricaturale de la patiente éprise de son thérapeute, le transfert désigne toute la gamme des relations et des affects éprouvés par l'analysant à l'égard de son analyste dans le déroulement de la cure. Freud, après y avoir vu une entrave au processus de guérison, en a perçu tout l'intérêt et l'a décrit comme « le plus puissant des instruments thérapeutiques ».

Cependant, à ses débuts du moins, le transfert était conçu comme une relation à sens unique. L'analyste n'y était impliqué qu'en tant qu'écran de projection. Sa position, hors de la vue du patient allongé sur un divan, favorisait ce mouvement. Et il était important qu'aucun élément de réalité, du côté de l'analyste (en dehors d'« une bienveillante neutralité ») ne vienne troubler ce processus ; car l'intérêt du transfert est de mettre en lumière les schémas relationnels pathologiques vécus dans la névrose infantile (notamment lors du complexe d'Œdipe). Comme le soulignent Philippe Grauer et Yves Lefebvre, « c'est l'analyse de cette relation transférentielle non plus refoulée mais déplacée donc perceptible, qui pourra alors permettre de rencontrer enfin les véritables pulsions d'origine, non pas intellectuellement mais réactualisées et expérimentées dans le vécu relationnel de la séance ».

Cependant, cette conception freudienne de la relation thérapeutique reste encore marquée en partie par le modèle médical. Elle confère à l'analyste une position d'expert appliquant au patient un traitement fondé sur des connaissances objectives du fonctionnement psychique (la « métapsychologie »). Le psychanalyste reste relativement extérieur à la relation ; il accueille le transfert du patient avec neutralité et bienveillance et s'efforce de lui en communiquer le sens à travers ses interprétations.

C'est C. Jung qui, le premier, va remettre en cause ce modèle. Il conçoit le rapport au patient comme une relation entre deux personnes et l'analyste comme « coparticipant à un processus de

développement individuel ». Celui-ci ne doit pas occuper une position d'autorité : « Le praticien doit bon gré mal gré [...] renoncer à toute prétention de savoir préalable et infaillible, à toute autorité, à toute volonté d'influence, qu'elle soit massive ou délibérée ou, pire encore, inconsciente ou insidieuse »³. La relation est une interaction entre deux systèmes psychiques ; et elle ne saurait se réduire à une technique, ni même à une méthode. Le praticien « devrait au contraire comprendre pleinement que le traitement psychique d'un malade consiste en une relation dans laquelle le praticien se trouve aussi fortement engagé que son malade »⁴.

Une seconde évolution du modèle psychanalytique initial est venue de la prise en compte grandissante du « contre-transfert » de l'analyste. Freud le définit comme « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste ». Il ajoute ; « Nous sommes tout près d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert » (*Abrégé de psychanalyse*, 1938). Ainsi, pour Freud, le contre-transfert est un phénomène à réduire et contrôler.

Cependant, peu à peu, le contre-transfert, considéré comme indissociable du transfert, devient un instrument positif du travail thérapeutique ; le révélateur du transfert du patient, de ses conflits et de ses carences.

De ce fait, le champ de l'analyse en vient à être considéré comme un champ relationnel intersubjectif. L'analyste et le patient « font partie d'un système clos et sont dans une certaine mesure *solidaires* l'un de l'autre », comme le formule Sacha Nacht⁵.

Toutes ces évolutions tendent à mettre de plus en plus l'accent sur la dimension relationnelle de la psychanalyse. Et à distinguer dans la relation trois niveaux : celui du transfert, celui de l'alliance de travail et celui de la relation réelle (née de la rencontre, ici et maintenant, entre deux personnalités). Bien sûr, ces trois niveaux interagissent fortement.

Aujourd'hui, nombreux sont les psychanalystes qui insistent sur la qualité de la relation, l'empathie et la présence chaleureuse du praticien. « Ces psychanalystes osent affirmer sur la pointe des

3. C. Jung, *La guérison psychologique*, Genève, Librairie de l'université, 1953, p. 80.

4. *Ibid.*, p. 197.

5. *Guérir avec Freud*, Payot, 1971. Sacha Nacht et l'un des principaux psychanalystes français de la seconde moitié du xx^e siècle.

pieds que ce n'est peut-être pas le transfert qui peut transformer la vie des gens mais la relation réelle » (F. Roustang).

On est donc passé d'une « psychologie à une personne » (le patient, objet du travail d'analyse) à une « psychologie à deux personnes » où la relation devient à la fois le champ et l'instrument du travail thérapeutique. Il faut considérer, écrit par exemple E. Gilliéron, « l'ensemble thérapeute-patient comme un tout en interaction continue dans un cadre donné ».

L'apport de la psychanalyse à la psychothérapie relationnelle est donc riche et incontestable. Mais celle-ci ne se réduit pas à celle-là, comme le montrent les auteurs.

De la psychologie existentielle à la psychologie humaniste

En effet, une contribution tout aussi importante est celle de la « psychologie existentielle » qui a nourri une démarche thérapeutique originale : « l'analyse existentielle », l'un des principaux courants de la psychothérapie.

Elle est née de la rencontre de la psychiatrie et du courant philosophique de la « phénoménologie »⁶. C'est avec raison que les auteurs mettent en relief l'influence du philosophe israélien d'origine autrichienne Martin Buber (1878-1965) qui, dans son ouvrage *Le Je et le Tu* (1923), pose avec force cette affirmation : « Au commencement est la relation ».

Mais le véritable fondateur de l'analyse existentielle est le psychiatre suisse Ludwig Binswanger (1881-1966). Proche disciple de Freud et de Jung avec qui il travaille à la fameuse clinique Burghölzli de Zurich, il pratique d'abord la psychanalyse. Parallèlement, il fréquente assidûment les philosophes phénoménologues (Husserl, son collègue Jaspers, Heidegger et Buber) et peu

6. C'est le philosophe allemand Edmund Husserl (1859-1938), contemporain de Freud, qui a jeté les bases de la phénoménologie, principal courant de pensée de la première moitié du xx^e siècle (illustré par les noms de K. Jaspers, M. Heidegger, et, pour la France, J.-P. Sartre, M. Merleau-Ponty, P. Ricoeur...). Ce mouvement a élaboré les notions de subjectivité et d'intersubjectivité.

à peu sous leur influence, il développe une démarche qu'il baptise *Daseinanalyse* (analyse existentielle).

Ce qui distingue celle-ci de la psychanalyse, c'est la place centrale donnée à la conscience et à l'expérience vécue du sujet, à côté des processus inconscients. Il s'agit de saisir « l'homme entier, par-delà la distinction entre conscient et inconscient, par-delà la distinction entre âme et corps⁷ ». L'analyste doit s'efforcer de comprendre le monde interne du patient (la façon dont il vit son rapport au monde) plutôt que de l'interpréter. Binswanger conçoit la relation thérapeutique comme une « communauté dans l'être-présent » dans laquelle l'analyste se situe sur le même plan que son patient. « Il ne fera donc pas du malade un objet, face auquel, soi-même, il est sujet ; mais il verra en lui le partenaire dans l'être-présent. » Il définit donc la relation thérapeutique comme une « rencontre ». Cette rencontre (le fait d'être-avec et d'être-ensemble) s'inscrit essentiellement dans le *présent*, hors du passé et portant en elle les potentialités de l'*avenir*. Dans son rapport au patient, l'analyste existentiel préfère la « compréhension » à l'« explication », l'empathie à l'interprétation. Il lui offre, à travers la relation et la situation thérapeutique, d'« apprendre par expérience » d'autres façons d'être au monde et d'être avec les autres, plutôt que de lui montrer et démontrer ses mécanismes névrotiques.

L. Binswanger, avec son collègue Karl Jaspers, psychiatre, psychologue et philosophe allemand (1888-1969) a exercé une influence décisive sur le courant de la psychologie et de l'analyse existentielle.

Mais aussi sur le courant américain de la « psychologie humaniste ». Ce courant s'affirme aux États-Unis dans les années 1960. Il est porté par des psychologues universitaires (comme Abraham Maslow, Rollo May, Gordon Allport, Carl Rogers...) qui n'adhèrent ni au comportementalisme (*behaviorism*) scientifique ni à la psychanalyse. Ils entendent construire une « troisième force » (*THE THIRD FORCE*), forgée autour de quelques valeurs fondamentales de liberté, d'égalité, de responsabilité et de tolérance, valeurs issues du courant humaniste. Cette référence fait aussi écho au manifeste de Jean-Paul Sartre, dont la pensée

7. « Analyse existentielle et psychothérapie », p. 118.

commence à franchir l'Atlantique : *L'existentialisme est un humanisme*⁸.

En effet, cette « troisième force » naissante va trouver dans la psychologie existentielle l'armature intellectuelle dont elle a besoin pour asseoir son identité.

C'est Rollo May, psychologue et psychothérapeute qui a effectué une partie de sa formation en Europe, qui se fait l'introducteur de la pensée phénoménologique et existentielle aux États-Unis.

En 1965, les leaders du mouvement publient un livre-manifeste : *Existential Psychology*⁹ qui va devenir l'ouvrage de référence de la psychologie humaniste.

Les auteurs y affirment que la psychologie humaniste n'entend pas promouvoir une nouvelle théorie psychopathologique, une nouvelle thérapie ou introduire de nouvelles techniques spécifiques. Elle propose avant tout une conception de l'humain fondée sur le primat de l'expérience vécue et de la relation, tel que l'a soutenu la phénoménologie ; « C'est un effort discipliné pour débarrasser notre esprit de présupposés qui, souvent, ne nous font voir dans le malade que nos propres théories ou les dogmes de nos propres systèmes » (Roll May, *op. cit.*). Dans cette optique, l'objet de la psychothérapie n'est pas une maladie, une névrose ou un « cas » ; ce n'est même pas le patient pris comme objet d'étude. C'est fondamentalement une *relation* : « Deux-personnes-existantes dans un monde, le monde à ce moment étant représenté par le cabinet de consultation du thérapeute » (R. May).

La démarche diagnostique et les techniques – même si elles peuvent avoir une utilité – servent surtout à rassurer le thérapeute et à le protéger de sa propre angoisse. En même temps, elles « empêchent les psychologues et les psychiatres de comprendre le malade ; elles *isolent de sa présence* pendant l'entretien ». L'accent est donc mis sur la *rencontre* dans l'« ici et maintenant ». Plus que vers le passé, cette rencontre est orientée vers l'*à venir*, vers le *projet*, vers le développement des potentialités du sujet (A. Maslow).

Dans cet ouvrage collectif, Carl Rogers (1902-1987) aborde la question de la méthodologie. À la suite de K. Jaspers, il distingue deux

8. Paris, Gallimard, 1945.

9. Traduit en français sous le titre *Psychologie existentielle*, Éditions Epi, Paris, 1971.

grandes démarches dans le champ de la psychologie et de la psychothérapie :

- Une démarche « objective » et positiviste, représentée par le *behaviorism* ; elle s'appuie sur la psychologie expérimentale et cherche à dégager et à expliquer les lois du fonctionnement humain (démarche qui a inspiré les T.C.C. – thérapies comportementales et cognitives).
- Une démarche « subjective », tournée vers la compréhension de l'expérience vécue, à partir du *dialogue empathique* entre deux sujets. Dans le champ clinique, c'est cette seconde démarche qui, pour Rogers, est la plus pertinente : « La rencontre chaleureuse, subjective et humaine de deux personnes est plus efficace pour amener un changement que ne peut l'être le système technique le plus perfectionné » (C. Rogers, *op. cit.*).

Si ces deux démarches, objective et subjective, sont, à un premier niveau, opposées, à un second niveau, elles sont toutes deux nécessaires et complémentaires, affirme Rogers. La recherche expérimentale doit permettre de valider les hypothèses tirées de l'expérience clinique.

Mais l'apport de Rogers à l'approche relationnelle va bien au-delà. Car l'accent mis sur la relation ne suffit pas ; il faut encore préciser quel type de relation a une vertu thérapeutique. C'est à cette question fondamentale que ce grand psychothérapeute s'est efforcé de répondre tout au long de son œuvre¹⁰.

Et ce sont certaines aptitudes et certaines qualités relationnelles du thérapeute qu'il a mis en lumière :

- La première est *l'acceptation inconditionnelle* du sujet tel qu'il est. Ce qui implique de suspendre tout jugement et toute volonté de lui imposer sa propre vision et ses propres normes.
- La seconde est *l'écoute empathique*. C'est la capacité à se mettre à la place de l'autre, à comprendre son expérience telle qu'il la vit et non à travers une grille interprétative propre au thérapeute.
- Plus largement, le thérapeute adopte une attitude de *compréhension* plus que d'explication et d'interprétation. Il

10. Cf. notamment C. Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, Éditions ESF, 1980 (pour la trad. fr.).

- accompagne le sujet dans ses prises de conscience (*insight*) par le reflet, la reformulation et la clarification.
- Une autre de ces postures fondamentales est la *non-directivité*. Elle signifie que le thérapeute ne cherche pas à diriger le processus, qu'il s'abstient de toute pression pour influencer le sujet dans ses valeurs, ses choix, ses projets ou ses décisions. La non-directivité n'est pas synonyme de laisser-faire et de passivité. Le thérapeute adopte une position dialogique active, empreinte d'empathie et de compréhension. C'est cette attitude positive non-directive qui favorise la croissance et l'autonomie du sujet. Elle manifeste la confiance du thérapeute dans les potentialités et les capacités de croissance du sujet.
 - L'empathie s'accompagne d'une forme de *sympathie*. Elle est marquée par « la chaleur, l'intérêt, l'émotion sympathique et un degré clairement et nettement limité d'attachement affectif » (*op. cit.*).
 - L'*authenticité* et la *congruence* caractérisent l'expression du thérapeute, tout comme elles sont encouragées chez le patient. Le thérapeute ne dit pas tout ce qu'il ressent et pense, mais il doit ressentir et penser tout ce qu'il dit. La congruence désigne la cohérence entre son ressenti, la conscience qu'il en a et ce qu'il exprime. C'est la condition d'une relation authentique dans laquelle le patient peut lui aussi être sincère et congruent.

Telles sont pour Rogers les qualités relationnelles qui favorisent un processus d'évolution et de développement personnel.

Ajoutons un élément important. La psychothérapie n'est pas pour lui un traitement en vue d'un changement ; elle est en elle-même une expérience de changement : « Elle *est* une transformation ». Elle permet au patient de vivre une autre forme de relation à lui-même et à autrui. De ce fait, « la relation thérapeutique est en elle-même une expérience de maturation » (*op. cit.*). C'est la raison fondamentale du principe de « l'ici et maintenant », au cœur de la démarche existentielle et humaniste.

L'apport de Rogers à la psychothérapie relationnelle est donc considérable, comme ne manquent pas de le souligner les auteurs. C'est lui qui a le mieux dégagé les caractéristiques

nécessaires à la relation pour qu'elle puisse être qualifiée de soignante.

Mais sa contribution ne se limite pas à cela.

Il a aussi montré que c'était le groupe qui était le cadre le plus favorable à la pratique d'une thérapie vraiment relationnelle.

Soigner la relation en groupe et par le groupe

En effet, dans les années 1960, Rogers s'enthousiasme pour la thérapie de groupe et lance la formule du « groupe de rencontre ». Il applique à l'animation de groupe les mêmes principes relationnels découverts dans la psychothérapie individuelle. Mais là, c'est le groupe tout entier qui devient agent de transformation car il favorise le relâchement des défenses, la recherche de relations authentiques et profondes, ce que Rogers appelle la « rencontre essentielle » : « Dans des relations de ce genre, le vécu profond de chacun peut être partagé [...]. L'individu en vient à se connaître lui-même et à connaître les autres plus complètement que cela ne lui est généralement possible dans ses relations sociales ou professionnelles¹¹. »

Le groupe de rencontre a connu un très grand succès aux États-Unis, puis très vite en Europe. Il a exercé une influence forte sur le mouvement humaniste. Rogers y voyait « l'invention sociale qui a eu l'expansion la plus rapide du siècle et qui est sans doute la plus puissante et la plus féconde » (*op. cit.*). À travers l'expérience du Centre d'Esalen (centre californien de diffusion des pratiques humanistes), le groupe de rencontre va s'enrichir des apports des thérapies psychocorporelles et de la Gestalt-thérapie. Le travail relationnel y fait appel à l'échange verbal mais aussi à l'expression corporelle et au contact. C'est sous cette forme que les thérapies humanistes s'exportent en Europe, et notamment en France, dans les années 1970.

Carl Rogers n'a pas « inventé » le groupe thérapeutique. D'autres expériences avaient vu le jour avant le groupe de rencontre. Dès les années 1930, un des premiers, Jacob Moreno,

11. Carl Rogers, *Les groupes de rencontre*, 1970, Paris, Dunod, 2006 (pour la trad. fr.).

psychiatre roumain émigré aux États-Unis, avait proposé une psychothérapie de groupe fondée sur la méthode du psychodrame qu'il avait créé.

Pourquoi le groupe ? Pour Moreno, l'individu n'existe qu'en relation avec d'autres individus et le groupe thérapeutique représente une sorte de microcosme social. Il permet d'appréhender l'homme dans ses dimensions sociales et culturelles qui échappent en grande partie à la thérapie individuelle. Mettant en jeu la relation agie dans l'ici et maintenant, le psychodrame est une thérapie de la relation par la relation. Il substitue au simple échange verbal « l'éclosion de la spontanéité, la liberté pour le corps et le contact corporel, la liberté de mouvement, d'action et de jeu en commun¹² ». Pour Moreno, les interactions entre les participants sont tout aussi importantes et sources de changement que l'interaction avec le thérapeute.

Les apports de Moreno à la thérapie relationnelle sont nombreux. Le psychodrame permet d'observer directement comment chacun se comporte, quel rôle il joue dans sa relation aux autres, dans un espace intermédiaire entre l'imaginaire individuel, la réalité sociale et la symbolisation. Il repose sur l'*action*, la « mise en acte » dans l'ici et maintenant comme moteur du changement, car c'est à travers l'action que nous vivons, que nous apprenons et que nous évoluons en relation avec autrui.

Cependant, la théorisation la plus riche de la psychothérapie de groupe comme psychothérapie relationnelle est due à un psychanalyste, Siegmund Foulkes (1898-1976). Psychiatre allemand émigré en Grande-Bretagne, c'est dans les années 1940 qu'il élabore une « analyse de groupe » d'inspiration psychanalytique mais s'appuyant aussi sur la « théorie de la forme » (*Gestalt-theorie*), dont l'hypothèse centrale est qu'une totalité (une forme) ne peut être réduite à la somme de ses éléments. Ainsi, un groupe constitue une entité spécifique, unité de base de la vie sociale. C'est la « matrice » originelle dont est issue l'individualité. Concrètement, chacun de nous est le produit de la matrice familiale dans laquelle il est né et a grandi. Le patient a intériorisé, dans la construction de sa personnalité, le réseau relationnel constitutif de cette

12. Jacob Moreno, *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, PUF, 1965 (pour la première trad. fr.).

matrice. Ses troubles sont l'expression de ceux qui affectaient son réseau familial.

Il n'est que le porteur des symptômes résultant des conflits, des tensions et des relations pathologiques de son groupe familial : « Le patient que nous voyons n'est en lui-même qu'un symptôme d'un trouble concernant tout un réseau de circonstances et de personnes. C'est ce réseau [...] qui est le véritable champ opérationnel pour une thérapie effective et radicale¹³. »

Pour Foulkes, « la névrose n'est pas une maladie » ; elle est l'expression d'un trouble des relations interpersonnelles qui implique la communauté dont l'individu est issu, dans ses caractéristiques psychologiques, culturelles et sociales. Elle est le produit d'une « névrose familiale ».

Dans le groupe thérapeutique, le patient répète et réactualise dans sa relation aux autres participants les conflits non résolus qu'il a intériorisés dans son enfance ; et une transformation de ces schèmes pathologiques va pouvoir s'opérer à travers l'expérience, ici et maintenant, de nouveaux modes de communication et de relation. Pour Foulkes, le groupe met au premier plan la fonction thérapeutique. Car il distingue fonction analytique et fonction thérapeutique : « La psychanalyse donne la priorité à l'analyse, la psychothérapie au processus thérapeutique » (*op. cit.*). Pour lui, c'est dans le groupe que ce processus est le plus actif, car toute la dynamique spontanée du groupe tend à mettre la relation au centre du travail collectif. Foulkes souligne que « c'est une caractéristique de l'évolution moderne d'insister sur l'expérience faite dans la situation thérapeutique elle-même. C'est l'essence du *hic et nunc* » (*op. cit.*).

On voit comment Foulkes apporte les bases théoriques qui justifient l'approche relationnelle et pourquoi le groupe thérapeutique constitue pour lui le cadre privilégié pour la mettre en œuvre.

13. S. Foulkes, *Therapeutic group Analysis* (1964). Trad. fr. : *Le groupe-analyse. Psychothérapie et analyse de groupe*, Paris, Payot, 2004.

L'individu n'est qu'une illusion

Il est frappant de constater à quel point les positions développées par Foulkes rejoignent sur bien des points celles de l'École de Palo Alto¹⁴. Pourtant, elles appartiennent à deux paradigmes différents, voire opposés : la psychanalyse et l'approche systémique.

Rompant avec la vision individualiste de la psychanalyse, de la psychologie et de la psychiatrie de l'époque, l'École de Palo Alto affirme haut et fort que « l'ère de l'individu a pris fin » et que « l'homme psychologique » n'est qu'une illusion.

Car l'individu n'existe jamais de façon isolée ; il est toujours en relation avec d'autres individus. Il ne peut être appréhendé et compris qu'à partir du contexte familial, social et culturel dans lequel il évolue et qui en a fait ce qu'il est. L'unité de base de la psychologie ne peut donc être l'individu mais le *système relationnel* dont il est le produit et au premier rang duquel se trouve le système familial. La notion de système désigne ici un ensemble organisé et régulé de relations ayant une stabilité (homéostasie) dans le temps.

Dans cette perspective qui constitue une véritable révolution épistémologique, le patient n'est plus un individu isolé, atteint d'une « maladie » mentale, selon le modèle médical. C'est le produit et le symptôme d'un système relationnel perturbé et perturbant. Bateson et son équipe en apportent une illustration frappante qui bouleverse la conception que l'on pouvait avoir de la schizophrénie. Prenant appui sur un vaste matériel clinique, ils montrent que son origine se trouve dans un certain type de communication familiale qu'ils désignent par l'expression de « double contrainte » (*double bind*) ; forme paradoxale de communication où « l'enfant symptôme » est soumis à des messages contradictoires qui finissent par perturber sa perception de la réalité.

14. L'École de Palo Alto, du nom d'une petite ville de Californie, est un courant de pensée, un centre de recherche et de soins qui s'est développé à la fin des années 1950 sous l'influence de la personnalité éminente de Gregory Bateson (1904-1980). Celui-ci a jeté les bases d'une théorie novatrice (l'approche systémique) et inspiré une pratique thérapeutique originale : la thérapie familiale. Cf. D. Picard, E. Marc, *L'École de Palo Alto*, « Que sais-je ? », PUF, 2015.

Dès lors, l'action thérapeutique ne doit plus porter sur l'individu porteur de symptômes mais sur le système familial pathologique qui les a provoqués. Il s'agit de modifier les communications et les interactions au sein de la famille, à travers la communication et la relation thérapeutique. C'est l'origine de la thérapie familiale, forme particulière de la thérapie de groupe mais qui obéit à la même logique : soigner la relation par la relation.

L'apport considérable de l'École de Palo Alto, outre la notion de système, est d'avoir porté son attention sur l'importance de la communication¹⁵ ; et d'avoir produit tout un ensemble de concepts pour en permettre une analyse rigoureuse.

Elle sera rejointe dans ce sens par d'autres démarches comme l'« Analyse transactionnelle » qui, elle aussi, a mis l'accent sur l'interaction et en a élaboré un modèle théorique particulièrement opératoire et fécond.

Une tendance de fond

Que tirer de ce rapide survol ?

L'orientation relationnelle en psychothérapie est une tendance de fond qui n'a cessé de s'affirmer depuis une cinquantaine d'années au sein même de différents courants. C'est donc une tendance transversale aux théories et aux écoles et on ne peut qu'être frappé par cette remarquable convergence qui se manifeste par-delà les différences de conceptions et de pratiques.

Une remarque importante : nous avons parlé jusqu'ici de psychothérapie relationnelle par facilité de langage. Mais P. Grauer et Y. Lefebvre précisent bien qu'il ne s'agit pas d'une énième thérapie : cette expression « ne désigne nullement une quelconque nouvelle méthode. Elle dessine un espace épistémologique, scientifique, éthique » ; et j'ajouterais volontiers « et une certaine forme de pratique ». Il s'agit donc bien d'une orientation que l'on peut trouver à l'intérieur de différentes méthodes ; même si certains courants l'ont, plus que d'autres, portée, conceptualisée et promue comme nous venons de l'établir.

15. Cf. P. Watzlawick et al., *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972 (pour la trad. fr.).

De la même façon, on ne peut la faire coïncider avec un statut professionnel. Comme on a pu le constater, elle a été pensée et pratiquée par des psychanalystes, des psychiatres, des psychologues et des psychothérapeutes. Elle n'est donc, heureusement, la propriété d'aucune profession et concerne une discipline, la psychothérapie, dont les praticiens peuvent relever de différents statuts.

La thèse centrale du présent ouvrage pourrait bien être résumée, par exemple, par cette affirmation de Daniel Stern (pédopsychiatre et psychanalyste) : « Il est essentiel de se rappeler que l'élément le plus transformateur et le plus curatif en psychothérapie est l'expérience de la relation thérapeutique, et non l'approche théorique suivie ou les manœuvres techniques employées »¹⁶. Ce qui justifie cette proposition, c'est que les troubles dont souffre le patient peuvent être ramenés à des perturbations de la relation (relation à soi-même, à autrui, au monde environnant). C'est donc à travers une « expérience émotionnelle correctrice » (pour reprendre une notion élaborée par le psychanalyste Franz Alexander), expérience qu'offre la psychothérapie, que ces troubles peuvent être réparés et dépassés.

Soigner les troubles de la relation par l'expérience d'une relation sécurisée, saine et vivifiante, telle est bien la spécificité de l'orientation relationnelle en psychothérapie.

Enjeux, tensions et conflits

J'ai mis l'accent exclusivement jusqu'ici sur l'orientation relationnelle en psychothérapie, car c'est le thème fondamental des auteurs.

Mais il y a bien d'autres aspects dans l'ouvrage que je n'ai pas encore évoqués :

- Il y a une exploration de la « nébuleuse psy » telle qu'elle se présente en France actuellement.
- Une esquisse de l'histoire de la psychothérapie des origines les plus lointaines à nos jours.

16. Daniel Stern, *Les formes de vitalité*, Paris, Odile Jacob, 2010.

- Une réflexion sur les différentes professions qui interviennent dans le champ de la psychothérapie et sur les relations entre psychiatrie, psychanalyse, psychologie et psychothérapie.
- Une analyse critique des débats et décisions qui ont présidé à la réglementation légale du titre de psychothérapeute en France. Et un examen des enjeux politiques et sociétaux de cette réglementation. Fortement engagés dans les institutions syndicales et associatives de la profession, les auteurs défendent avec conviction la nouvelle appellation de psychopraticien et la conception de la psychothérapie qu'ils y associent.
- L'ouvrage se clôt sur une réflexion concernant l'éthique et la déontologie de la psychothérapie.

Ce sont donc toutes les questions, les tensions et les conflits qui agitent le champ de la psychothérapie aujourd'hui qui sont abordés ici avec une grande liberté de ton.

Une dernière remarque en guise de conclusion :

La perspective développée dans cet ouvrage se veut multiréférentielle et intégrative.

Multiréférentielle, car, comme nous l'avons souligné, la psychothérapie relationnelle n'est la propriété exclusive d'aucun courant, d'aucune école, d'aucune corporation. Elle est née du croisement entre les psychanalyses, la psychologie existentielle et humaniste, les thérapies de groupe, les approches systémiques et communicationnelles, les thérapies émotionnelles et corporelles... Chacun de ces courants a apporté sa contribution à cette nouvelle orientation épistémologique et clinique. Et les chercheurs et praticiens qui ont participé à cette novation ont été aussi bien des psychiatres, des psychanalystes, des psychologues ou des psychothérapeutes.

Intégrative, car ces sources multiples ne se sont pas seulement juxtaposées. Elles ont peu à peu convergé, se mêlant les unes aux autres et s'interinfluençant. Mais convergence ne signifie pas uniformité. La psychothérapie relationnelle est riche précisément de sa diversité. Elle s'inscrit dans un mouvement qui tend à sortir la pratique thérapeutique de la pensée unique, des dogmatismes et des cloisonnements entre écoles rivales.

Elle marque *l'émergence de la psychothérapie comme discipline spécifique*.

Envisager la psychothérapie comme un champ disciplinaire original ne signifie en rien ignorer ou nier la multiplicité des théorisations, des méthodes et des pratiques. C'est affirmer l'unité de la psychothérapie dans sa diversité même ; c'est prendre conscience que les thérapeutes, quels que soient leur statut et leur appellation, pratiquent une activité similaire qui devrait leur permettre de confronter leurs points de vue, de dialoguer ensemble et d'être sensibles à leurs complémentarités au-delà de leurs différences. C'est d'ailleurs, comme le montrent les auteurs, l'esprit qui a animé, dès leur fondation, les associations professionnelles et syndicales représentatives de ce champ disciplinaire ; celles-ci ont voulu être ouvertes aux psychiatres, psychanalystes, psychologues, psychothérapeutes et, aujourd'hui, aux psychopraticiens.

Cet ouvrage est aussi un ouvrage militant. Il entend promouvoir une certaine conception de la psychothérapie ancrée dans des valeurs humanistes et résistant aux tendances actuelles à la technicisation, à la médicalisation et à la normalisation réglementaire des soins psychologiques. C'est pourquoi son style est souvent non conformiste et polémique, maniant volontiers la critique, l'humour, la dérision ou l'indignation. Mais lorsqu'on veut faire bouger les lignes, il faut bien parfois grossir et appuyer le trait. Il faut bousculer certaines idées reçues ou certains consensus mous.

Je ne suis moi-même pas forcément d'accord avec toutes les positions affirmées par les auteurs ; mais ce n'est pas cela l'important. L'important c'est d'ouvrir un débat, de favoriser un dialogue, de permettre des échanges, d'accepter la confrontation pour dessiner les orientations, les lignes de force et l'avenir de la psychothérapie. C'est ce que proposent avec vigueur Philippe Grauer et Yves Lefebvre. Et c'est là, à mon sens, le grand mérite de cet ouvrage.

Edmond Marc

Avant-propos

La psychothérapie serait-elle elle aussi, comme Bourdieu le disait de la sociologie, un sport de combat ? En tout cas à ceux qui livrent le combat de leur vie dans l'ombre réparatrice d'un cabinet où les reçoit un praticien engagé non seulement comme expert mais comme « témoin assistant » impliquant sa propre subjectivité coagissante au processus engagé en équipe existentielle, la psychothérapie relationnelle, quelle que soit sa déclinaison de méthode, en est bien un, de sport de combat. Avec l'ange.

Depuis Freud ce qui se joue auprès d'un psy qui interagit dans l'espace humain qui le relie à celui venu le requérir en tant que *quelqu'un*, quelqu'un d'autre, se joue dans le lien humain complexe qui les unit dans le travail en cours. Cure chez le psychanalyste, processus chez le psychopraticien... relationnel précisément.

Le combat se situe à deux niveaux. Dans l'arène psy même, où les deux protagonistes s'impliquent dans *l'être à être* d'un système fondé sur le principe relationnel, engendrant dans le présent de la séance une cosubjectivation évolutive où le spécialiste mobilise et met en jeu son expérience et son humanité, sans oublier le décalage par lequel il maintient le cadre et la professionnalisation de l'acte en rencontre. Dans l'autre arène, celle de la psychodiversité, le patient comme le praticien savent qu'ils évoluent dans un contexte où la tendance au recours facile au produit libérateur, au *vite-fait mal-fait* de la médicalisation paresseuse de ce qui ne devrait pas l'être, l'âme humaine¹⁷, peut se mettre à ressembler à la route de l'enfer quand au bout du compte confondre

17. Laquelle paradoxalement peut être conçue comme d'essence psychocorporelle, pour le dire vite.

organicisme et psychisme au bénéfice hégémonique du premier peut contribuer à faire oublier que la condition humaine et la tragédie ne sont pas du ressort exclusif du bio ou neurologisme.

C'est dans le cadre d'une telle pensée que nous avons défini la psychothérapie relationnelle, celle par qui, rendu au César de la médecine organiciste ce qui lui est dû, on peut s'acquitter de ses devoirs envers le dieu du psychisme, envers ce qu'on doit à sa propre humanité. Cela s'effectue en s'engageant dans une relation comportant de la part du professionnel des sentiments d'acceptation et de bienveillance (compatibles par ailleurs avec l'ensemble de la gamme émotions-sentiments), une sorte de dévouement *a priori*, comparable à un bon accueil parental ! Responsable et suffisamment aimant, pas n'importe comment ni de n'importe quel genre d'amitié. Les Grecs parlaient de *philia*. En recourant à « l'amour désaliéné » que décrit Edmond Marc, chaleureux et rigoureusement professionnel, par là potentiellement véritablement réparateur et capable d'engager le processus de transformation devenu nécessaire au regard de celui qui vient. Voici comment s'éclaire l'audace de l'expression *Un amour qui guérit*¹⁸. À vrai dire une telle transformation ne devrait pas s'appeler guérison si logiquement on abandonnait cette dernière au domaine médical, et à l'idée du retour au normal antérieur, puisque précisément l'antérieur ne l'était pas, normal.

Nous venons avec le présent ouvrage soutenir cette relation qui guérit – non, qui soigne ! – non, qui transforme ! Qui permet la transformation plus exactement. Elle se décline selon diverses méthodes mais toujours prévaut la dimension du lien humain actif entre deux sujets impliqués en tant que tels dans le parcours de délivrance du demandeur d'aide, vers sa capacité de se dégager d'un malaise existentiel caractérisé, en donnant sens par un dialogue-recherche à une existence jusque là engluée dans une souffrance devenue comme on dit de nos jours ingérable.

La sensibilité contemporaine est en train de s'ouvrir à l'idée de relation dynamique véritablement humaine comme issue aux impasses de l'existence. Un corps constitué de professionnels formés avec tout le sérieux nécessaire dans des écoles spécialisées

18. Edmond Marc, Éliane Locatelli, *Un Amour qui guérit*, Enrick, 2017, 210 p.

agrées par la profession est en place. À la marge de *l'establishment* psychiatrio-psychologique qui ne sait pas toujours s'occuper de ce type de réalité.

L'existence d'un tel paradigme, de l'alternative d'un lieu de soin psychique auprès d'une émergente profession de santé non médicale, il est bon qu'elle se voie portée à la connaissance du public. Cet ouvrage ambitionne d'y contribuer. L'ampleur de la tâche ne devrait pas décourager l'entreprise, à partir d'une spécificité irréductible, de placer la relation comme moteur du processus d'humanisation au cœur même du souci de soi.

PARTIE I

LA RELATION
EN PSYCHOTHÉRAPIE

Nébuleuse Psy

Je vais voir mon psy

Les personnes qui consultent disent : « je vais voir mon psy », s'épargnant les distinguos des praticiens de la psychothérapie, entre ceux qui se nomment :

- – Par leur nom de métier : *médecin psychiatre, psychologue, psychopraticien*.

- – Par le nom de leur champ disciplinaire de référence : *psychoanalyse, thérapie cognitivo-comportementaliste (TCC), psychothérapie relationnelle*.

- – Par leur titre d'exercice¹⁹. Il en existe deux, le réglementaire et l'alternatif :

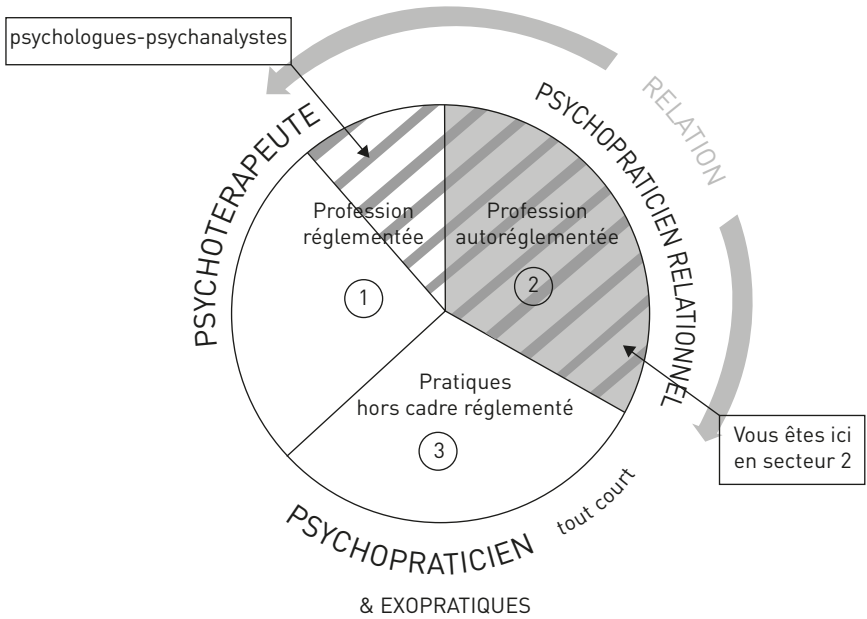
- a) le titre d'exercice de *psychothérapeute*, titre administratif à valeur de licence professionnelle regroupant²⁰ exclusivement les membres des deux *professions réglementées*, psychologues et médecins.

- b) le titre d'exercice de *psychopraticien relationnel®* ou *psychopraticien certifié®*, titres privés déposés en propriété industrielle (INPI), désignant des membres de la *profession autoréglementée*²¹

19. Nous aurons l'occasion de revenir sur le constant mésusage de ce terme. Ainsi *psychopraticien* n'est pas un titre mais un nom de métier. Quand on ne sait pas parler ou volontairement évite de parler juste, rapidement on ne sait plus de quoi on parle. Ça peut en arranger certains, en déranger d'autres. Dans nos métiers il est souhaitable de déterminer de quoi on parle et de quoi ça parle.

20. Depuis 2010. Cela s'effectue sur demande, par inscription sur un registre départemental.

21. La profession s'est en France autoréglementée depuis 1981 et protège le public en agréant écoles et praticiens. Le titre d'exercice de *psychopraticien relationnel*, décerné par les quatre organismes historiques représentatifs



Ce schéma situe les trois types de praticiens proposant leurs services psys.

- Le cadre de psychothérapeute (profession réglementée) désigne les psychologues cliniciens qui se sont enregistrés. Ceux d’entre eux qui sont psychanalystes se trouvent dans le secteur bayadère sur fond blanc.
- Les bayadères sur fond grisé relèvent du secteur autoréglementé.
- Les psychopraticiens non autoréglementés ne sont pas couverts par les quatre organisations historiques responsables (GLPR).
- Les psychiatres, n’ont pas besoin en fait du titre de psychothérapeute étant entendu qu’ils pratiquent la psychothérapie « par nature » institutionnelle.

Quelques praticiens peuvent s’inscrire ailleurs que dans leur case de départ. Restons simples.

de psychopraticien habilités sous la responsabilité des quatre organisations professionnelles historiques²² qu'on trouve regroupées dans le cadre du GLPR²³.

- – Par leur nom de méthode : *psychanalyste freudien, psychanalyste lacanien, analyste jungien, Gestalt-thérapeute, hypnothérapeute, somatothérapeute, analyste bioénergéticien...*

- – Par leur nom de technique (sous-méthode) : *PNL, EMDR, éthiothérapie, EFT-thérapie, sophrologie etc.* On trouve encore, en dehors du champ de la souffrance, du conseil, de l'accompagnement de projets comme le *coaching*, ou du *développement personnel*. Si de simples techniciens non formés à la psychothérapie prétendent à son exercice, ils entrent dans la catégorie des charlatans. S'il s'agit de psychopraticiens relationnels dûment formés utilisant le supplément d'une technique ou une autre, tout est dans l'ordre.

Qu'est-ce que la psychothérapie relationnelle ?

Pluralité de méthodes

Il ne s'agit pas d'une nouvelle méthode de psychothérapie mais d'un champ disciplinaire incluant une pluralité de méthodes. L'usage est parti de ce qu'on appelait jusqu'alors *la psychothérapie* mais ce mot a pris au cours de l'histoire de multiples sens selon ce que ceux qui l'utilisaient avaient en tête, les corporations psys se l'étant chacune approprié. Si bien qu'à présent il faut tout bien décrire et repréciser.

Type de moteur psychothérapique

On distingue classiquement quatre courants en psychothérapie²⁴, chacun comportant des méthodes et des techniques (sous-méthodes). Le qualificatif contemporain de *relationnel* indique que

de la profession en France, regroupés dans le cadre du GLPR, pourvoit à la sécurisation de la profession et du public.

22. Selon leur ordre d'apparition, PsyG (1966), SNPPsy (1981), FFdP (1995, devenue FF2P en 2006), AFFOP (1998)

23. Groupe de liaison de la psychothérapie relationnelle (2010).

24. Comportementalisme (TCC), psychanalyse, courant humaniste (relationnel), systémisme. Une case à part pour le courant transpersonnel.