CARREFOUR DES PSYCHOTHÉRAPIES

Sous la direction de
Edmond Marc • Pascal Aubrit

Pratiquer la psychothérapie relationnelle

- Tous les concepts clés
- 18 relations patient-thérapeute à la loupe
- Problématiques variées

+ EN LIGNE OFFERT

- La relation à autrui et la phénoménologie
- Illustration clinique d'une articulation entre IFS et EMDR
- Code de déontologie du SNPPsy

deboeck SUPÉRIEUR

Pratiquer la psychothérapie relationnelle

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies est un véritable outil de formation pour les professionnels de la santé mentale.

Chacun pourra y découvrir :

– Des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques ;
– Des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées ;
– Des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Celles-ci y sont développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et répondent à tous les besoins des professionnels.

Dans la même collection

Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. *Traiter la dissociation d'origine traumatique*, 2026.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Olasov Rothbaum, B. & Rauch, S. A. M. *La thérapie d'Exposition Prolongée : traiter le trouble de stress post-traumatique*, 2026.

Legrix, E. & Roura, C. *Pratiquer la thérapie fondée sur la compassion avec des enfants et des adolescents*, 2026.

Chiron, C. *La thérapie comportementale dialectique*, 2026.

Delbrouck, M. *Psychopathologie et psychologie clinique*, 2025.

CARREFOUR DES PSYCHOTHÉRAPIES

Sous la direction d'**Edmond Marc** & **Pascal Aubrit**

Pratiquer la psychothérapie relationnelle

deboeck SUPÉRIEUR

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2026
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteur, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation. Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité de l'éditeur n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : octobre 2026
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2026/13647/118 ISBN : 978-2-8073-7730-1

Nous dédions cet ouvrage à Jean-Michel Fourcade et Philippe Grauer,
pionniers de la psychothérapie relationnelle en France.

Nos remerciements vont à la SFPI (Société Française de Psychanalyse Intégrative et au CIFPR (Centre Interdisciplinaire de formation à la Psychothérapie Relationnelle) qui ont encouragé ce projet et apporté leur appui à sa réalisation.

Notre profonde reconnaissance va aussi aux patient(e)s
qui ont accepté que leur travail thérapeutique soit présenté dans cet ouvrage,
lui donnant toute sa richesse et son authenticité humaine.

Nous remercions encore Auréline Mossoux pour le soin
et la rigueur qu'elle a apportés à l'édition de ce livre.

Sommaire

Compléments numériques 9
Avant-propos – La rencontre 11
Introduction 15

Partie I
La relation au cœur de la psychothérapie

Chapitre 1 La relation qui soigne 23
Chapitre 2 Subjectivité et intersubjectivité 39
Chapitre 3 L'importance du lien en psychothérapie 51
Chapitre 4 L'alliance thérapeutique au-delà des théories 61
Chapitre 5 Construire l'attachement pour réparer les blessures 77

Partie II
Méthodes et processus

Chapitre 6 La communication dans tous ses états 91
Chapitre 7 La dynamique transfert/contre-transfert 101
Chapitre 8 Rencontre avec les résistances 113
Chapitre 9 Le lien à l'épreuve de la violence 125
Chapitre 10 L'expérience du groupe thérapeutique 139

Partie III
Diversité des pratiques

Chapitre 11 Décliner la perspective de champ 153
Chapitre 12 Lien défaillant et séparation difficile 167
Chapitre 13 La mise en acte 177
Chapitre 14 Quelle relation avec un enfant psychotique ? 187

Partie IV
Problématiques actuelles

Chapitre 15 La violence dans les relations perverses 203
Chapitre 16 Soigner les traumatismes, réparer les liens 215
Chapitre 17 Malaise dans le genre 229
Chapitre 18 Soigner la détresse des personnes âgées 243

Annexe – Devenir thérapeute : enjeux et formation 255
Conclusion 265
Bibliographie 271
À propos des auteurs 275
Table des matières 279

Compléments numériques

Cet ouvrage s'accompagne de diverses ressources complémentaires disponibles en ligne :

- La relation à autrui à la lumière de la phénoménologie
- L'EMDR
- Le modèle IFS
- Illustration clinique d'une articulation entre IFS et l'EMDR
- Code de déontologie du SNPPsy
- Publications des auteurs de l'ouvrage

Pour y accéder, rendez-vous sur le site de l'éditeur à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/377301

Avant-propos

La rencontre

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.

Carl Rogers (1971, p. 98)

1. St Martin de Londres, fin août

Pour l'une des premières fois de ma vie, je suis en retard. Moi qui ne supporte pas cela. Et il fait au moins trente-cinq degrés lorsque j'arrive dans cet ancien mas cévenol, transformé en centre d'accueil pour groupes de thérapie et de bien-être.

Je retiens mon souffle en entrant dans la grande salle où se tient le groupe. Une bonne vingtaine de participants, assis ou vautrés sur des matelas disposés contre les murs, sont encadrés par les trois intervenants, assis quant à eux sur des chaises, surplombant le groupe. En bon escrimeur, je prends le temps d'aller serrer la main des animateurs (respect aux maîtres), avant de trouver un espace où m'asseoir avec mes nouveaux camarades.

Autour des animateurs se tiennent six femmes, elles aussi assises sur des chaises, ce qui invite à penser qu'elles n'ont pas le même statut que les autres. J'apprendrai ensuite qu'il s'agit d'étudiantes en dernière année qui occupent la fonction d'assistantes.

Si je précise ces détails, c'est parce que je n'ai pris aucune note de ce dispositif. Pourtant, je pourrais dresser une liste nominative quasi complète des personnes

présentes et citer de mémoire une bonne partie des choses qui ont été dites par le groupe ce jour-là. Des années plus tard, ces détails qui reviennent semblent indiquer à la fois la manière dont ce moment s'est gravé en moi, et probablement l'angoisse que je tentais de contenir.

Puis le groupe se met à parler. Quelqu'un est décédé durant l'été, quelqu'un que connaissait le groupe. La mort est au centre et ouvre le séminaire. Impressionné, je me retrouve dans la position d'un invité à des funérailles, dont je ne connais ni le défunt, ni la famille, ni les proches. Mais je perçois que le groupe ne parle pas que de la mort concrète, celle qui a frappé durant les semaines qui ont précédé, il parle aussi d'autre chose. Sensation vague et diffuse, à laquelle je ne comprends rien, mais qui m'agite intérieurement.

C'est alors qu'à ma grande surprise, Edmond Marc, l'un des trois thérapeutes présents ce jour-là, se tourne vers moi et m'interpelle : « Pascal, je t'ai vu réagir, je crois que tu avais envie de dire quelque chose… »

Ces yeux bleus qui me fixent alors entraînent le regard du groupe sur moi, et c'est vrai que j'ai envie de dire quelque chose. Mais je n'osais pas. Et puis d'abord, comment diable a-t-il retenu mon prénom au milieu des vingt-cinq autres ?

Je parle, vite, de façon contrôlée. C'est ma première intervention dans ce groupe ; je voudrais me montrer intelligent, clairvoyant, apporter quelque chose de différent, un angle de vue, un renversement. Le groupe écoute attentivement, semble réfléchir.

Ce que je ne perçois pas encore, et qui pourtant s'est noué dans cet instant inaugural, c'est que j'ai été vu par cet homme au regard d'acier. Ce dont je n'ai aucune conscience sur le moment, c'est cet élan vers lui que j'ai éprouvé, lorsqu'il m'a donné la parole.

2. La découverte du groupe

Quelques heures plus tard, je suis au fait du programme qui nous est proposé pour la semaine. Il nous faut notamment choisir avec quel animateur nous travaillerons le matin, l'après-midi étant consacré au travail en plénière. Évidemment, je choisis de rejoindre l'atelier de psychothérapie de groupe d'Edmond. Et dès le lendemain, accompagné d'une huitaine de mes coreligionnaires, nous nous regroupons autour de lui pour entamer ce fameux atelier. Bien qu'ayant une dizaine d'années de psychothérapie derrière moi et ayant participé à de nombreux groupes de formation et d'enseignement expérientiel, rien ne prépare à cela.

Je traverse ce catalyseur émotionnel comme pris dans une tempête, en m'accrochant au regard d'Edmond, comme on s'accroche au mât du navire, en invoquant des eaux plus calmes. Après deux nuits sans dormir ou presque, je décide d'écrire. Furieusement, au milieu de la nuit, je gratte cinq pages de notes où je consigne le remue-ménage interne qui me traverse. Ça fonctionne, je dors enfin.

Au matin du troisième jour, et après une nuit où les rêves sont venus compléter la figure qui peinait à émerger, je fonds en larmes dans le groupe en évoquant mon père, malade d'un cancer dont nous avons appris l'existence huit mois plus tôt et qui l'emportera. Face à mes larmes, l'assistante qui accompagne Edmond dans l'animation de ce groupe s'avance vers moi et m'ouvre ses bras. Je la repousse brutalement avec la main tendue devant moi, elle et ce qu'elle représente alors d'envahissant et d'intrusif.

« Je ne veux pas d'une maman ! »

Depuis trois jours que je suis là, j'ai compris qu'ici, on peut dire ; ici, on peut demander. Suprême délice : ici, on peut aussi refuser. À travers mes larmes, je regarde Edmond :

« J'ai besoin d'un papa ! »

Bien sûr, pour conjurer l'inéluctable mort de mon père, c'est bien un papa qu'il me faut. Et le sentir présent dans la pièce ne suffirait pas ; j'ai besoin de le sentir physiquement, de sentir son corps bien vivant, sa chaleur.

Edmond se lève de sa chaise et vient lentement s'asseoir à côté de moi, m'offrant l'initiative de me réfugier dans ses bras, ce que je fais avec empressement, laissant mes sanglots redoubler.

3. La rencontre transforme

De retour de cette semaine de séminaire, j'ai décidé de me former à la psychothérapie relationnelle. Durant un peu plus de cinq ans, j'ai retraversé mon parcours personnel avec un prisme nouveau et insoupçonné. J'ai redécouvert mon histoire, commencé à réinventer le présent et l'avenir. Bien sûr, ma psychothérapie individuelle m'y avait préparé. Dans le sens où elle m'avait permis de déblayer le terrain, de débusquer quelques lièvres, d'identifier quelques cadavres. Mais à compter de cette rencontre, j'ai su qu'en groupe, avec le corps et la relation, on peut aller bien au-delà.

Edmond et moi nous sommes revus à plusieurs reprises durant ce fameux séminaire estival dans les Cévennes, jusqu'à ce qu'il prenne davantage de recul dans ses activités de thérapeute. Notre relation a évolué, le transfert est devenu moins massif ; Edmond est un père qui laisse grandir ses fils. Quelques années plus tard, je lui ai demandé de diriger mon article de fin d'études, ce qu'il a accepté de faire en me guidant avec une finesse et un doigté que je n'avais encore jamais rencontrés chez un professeur. Et croyez-moi sur parole, j'en ai eu quelques-uns, et de très bons.

Si j'ai voulu évoquer cette rencontre, ce n'est pas par complaisance ou nécessité de rendre hommage, mais parce que ce souvenir illustre ce qui va suivre tout au long de cet ouvrage ; parce que, comme la vie, la psychothérapie commence par une rencontre.

Pascal Aubrit

Introduction

Pascal Aubrit & Edmond Marc

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

Irvin Yalom

Tout s'éclaire si nous reconnaissons que la relation est notre seule guide, notre seul critère, notre seul garant.

François Roustang

À ces citations qui ouvrent le chemin, il convient d'en ajouter une autre, de Philippe Grauer, qui définit ainsi la thérapie relationnelle : « Psychothérapie de la relation, par la relation, pour la relation » (2018).

Cette définition va nous guider pour dresser un bref historique du courant relationnel et dégager ses principales orientations.

1. Psychothérapie de la relation

S'il faut soigner la relation, c'est parce qu'elle est en souffrance (dans le couple, la famille, le travail, les amitiés…) dans la plupart des demandes de soin. C'est parce qu'on éprouve des difficultés à nouer des relations interpersonnelles satisfaisantes que l'on consulte. Et lorsque ce n'est pas directement le cas (angoisse, dépression, addictions…), on trouve quand même, derrière les symptômes, un lien insécure dans l'enfance, une carence affective, une perte ou une rupture.

Plus fondamentalement, la relation est la condition même de la vie et de l'existence. C'est l'espace dans lequel nous nous construisons, comme Freud l'a montré

avec le complexe d'Œdipe (moment clé dans la formation de la personnalité). Cette idée inspire la psychanalyse au travers de nombreux travaux, au premier rang desquels ceux de Winnicott (1896-1971) et sa célèbre affirmation : « Un bébé, ça n'existe pas ». Car ce qui existe, c'est la relation entre la mère et son bébé, sans laquelle celui-ci ne pourrait venir au monde et survivre. À sa suite, John Bowlby (1907-1990) a mis l'accent sur le phénomène *d'attachement*[1] et la primauté du lien comme conditions du développement.

On retrouve cette position dans l'analyse existentielle, fortement influencée par la phénoménologie et par le philosophe Martin Buber, qui affirme dans son ouvrage *Le Je et le Tu :* « Au commencement est la relation ». (Buber, 2012)

C'est également le point de vue du psychiatre et psychanalyste Siegmund Foulkes (1898-1976), l'un des fondateurs de l'analyse de groupe. Il propose la notion de « matrice », désignant par ce terme le réseau relationnel – concrètement, la famille – dans lequel se construit la personne. Il rejoint de cette façon la position de l'École de Palo Alto, postulant que l'individu n'existe pas (écho à Winnicott) en dehors du système familial auquel il appartient.

Ces références, prises dans différents courants de la psychothérapie, témoignent d'une remarquable convergence pour considérer la relation comme la matrice existentielle première et fondamentale de l'humain.

2. Psychothérapie de la relation par la relation

Puisque les patients souffrent de relations insatisfaisantes, il est logique que ce soit dans ce champ que doive s'exercer le travail thérapeutique ; et l'axe de ce travail, c'est la relation thérapeutique elle-même.

Plusieurs enquêtes montrent que les patients confirment cette hypothèse : ce qui est important pour eux, c'est d'abord la qualité de leur relation au thérapeute[2].

Transfert/contre-transfert et résistances

La psychanalyse, la première, a mis en lumière la nécessité de favoriser l'actualisation de la névrose dans le cadre thérapeutique. C'est le rôle du transfert. Cela implique plusieurs processus bien connus : le transfert du patient, le contre-transfert de l'analyste et les résistances à la démarche thérapeutique.

Après avoir regardé le transfert comme une gêne dans le déroulement de la thérapie, Freud a vu tout l'intérêt qu'il présentait et l'a considéré comme « le plus puissant des instruments thérapeutiques ». Car lui seul permet, dans le présent de la relation,

1. Les concepts utilisés dans cette introduction, de même que les auteurs de référence, seront repris et développés au fil des chapitres.
2. C'est ce que confirme Yalom (2018, p. 69) : « Les points de vue des patients concernant l'aspect bénéfique d'une thérapie sont généralement relationnels ».

de faire exister les schèmes relationnels construits dans l'enfance, les héritages de la « névrose familiale ».

Par la suite, les psychanalystes ont compris qu'on ne pouvait dissocier le transfert du contre-transfert du thérapeute et que ce rapport dynamique, interpersonnel et intersubjectif, était au centre du processus thérapeutique. Ce que Jung, l'un des premiers, a précisé en définissant la cure comme « une relation dans laquelle le praticien se trouve aussi engagé que son malade » (Jung, 1953, p. 197).

C'est pourquoi beaucoup de psychanalystes aujourd'hui insistent sur la relation intersubjective analyste/patient et sur l'importance de l'*empathie* dans cette relation.

Dans cet espace intersubjectif se situe aussi le travail sur les résistances, et notamment les résistances *au* transfert et les résistances *de* transfert[3]. Ces résistances reflètent les *mécanismes de défense*, face aux attaques internes ou externes ressenties par le patient ; d'où leur importance dans le travail thérapeutique (quels sont les angoisses, les peurs, les conflits et les agressions qui perturbent le patient et ses relations à autrui ?).

Notons que transfert/contre-transfert et résistances se manifestent dans l'« ici et maintenant » de la séance, ce qui tend à rapprocher la psychanalyse de l'analyse existentielle et des thérapies humanistes, qui mettent au premier plan le travail sur la relation dans l'« ici et maintenant », comme le souligne Yalom : « L'ici et maintenant est la source majeure de l'efficacité thérapeutique » (Yalom, 2018, p. 81).

3. Pour la relation

Si c'est la relation qui soigne, il faut encore préciser quel type de relation.

Il revient au psychologue Carl Rogers (1902-1987), un des fondateurs de la psychologie humaniste, d'avoir mis en lumière les attitudes du thérapeute capables d'instaurer une relation aidante : l'écoute et la compréhension empathique, l'attention positive inconditionnelle, la congruence, l'authenticité, la centration sur « l'ici et maintenant » et la non-directivité. Il a conçu la relation thérapeutique comme une rencontre intersubjective chaleureuse et authentique entre deux personnes.

Après une phase de résistance, cette conception n'a pas été sans exercer une certaine influence sur la psychanalyse. Par exemple, le psychanalyste Heinz Kohut, contemporain de Rogers, a pu affirmer que l'empathie doit être « la méthode centrale de l'analyse ».

Groupe de rencontre et thérapies humanistes

Un autre apport de Rogers concerne *le groupe de rencontre*, l'une des formes majeures de la thérapie de groupe. C'était, à ses yeux, « l'invention sociale la plus puissante et

3. On parle de résistance au transfert quand le patient résiste à la verbalisation de son transfert ; la résistance de transfert reflète le fait que le transfert peut apparaître lui-même comme une forme de résistance (dans le sens où le patient résiste à le reconnaître comme un transfert).

la plus féconde » de la seconde moitié du XXe siècle (2018). Il mettait ses pas dans ceux de Jacob Moreno, l'inventeur du psychodrame, et de Siegmund Foulkes, psychiatre et psychanalyste, fondateur de l'« analyse de groupe ».

Le groupe thérapeutique a eu un succès considérable en Amérique d'abord, puis en Europe à partir des années 1960. Et c'est sous cette forme que les thérapies humanistes se sont implantées en France dans les années 1970. Dans les premiers temps, elles n'étaient pratiquées qu'en groupe, car ce cadre s'était imposé comme le plus adapté pour une thérapie relationnelle. D'autant que le groupe permet aussi un travail émotionnel et corporel favorisant le travail sur la régression.

En effet, un autre apport important à la psychothérapie relationnelle a été celui des thérapies émotionnelles et corporelles issues des travaux du psychanalyste Wilhelm Reich (1897-1959). Ils ont notamment inspiré l'analyse bioénergétique d'Alexander Lowen et la Gestalt-thérapie de Friedrich Perls (Marc, 2023b).

Ce bref historique montre que la psychothérapie relationnelle est née de la rencontre entre la psychanalyse, la psychothérapie existentielle et humaniste, la systémique et le courant des thérapies corporelles et émotionnelles. Cette convergence sur l'importance de la relation n'efface pas, bien sûr, les différences et oppositions entre ces courants.

La tendance multiréférentielle et intégrative qui sous-tend la thérapie relationnelle n'en existe pas moins. Elle porte sur le fait d'instaurer une relation authentique et profonde entre le thérapeute et son patient, où la parole, le corps et l'émotion sont conjointement impliqués, de même que le conscient, l'inconscient et le comportement. C'est à travers une telle expérience que le patient peut vivre un autre mode de contact à autrui et réparer les carences et les traumas de son enfance. Il devient ainsi capable de surmonter les blessures du passé et de nouer des relations satisfaisantes dans sa vie quotidienne.

Cette orientation commune rend possible une certaine synthèse entre les courants qui l'ont inspirée. Elle se manifeste surtout au niveau de la pratique. Et c'est sur ce niveau que le présent ouvrage entend mettre l'accent.

Expérience clinique/théorie

« Pratiquer la psychothérapie relationnelle ». Ce titre indique bien le sens de notre projet : rendre compte de l'expérience clinique ; rester au plus près de ce qui se passe entre le thérapeute et son patient. Car, si les ouvrages théoriques sur ce thème sont nombreux et souvent normatifs, ceux qui traitent de la relation concrète, vécue dans le cadre thérapeutique, sont plus rares.

En effet, c'est une réalité intersubjective dense et évanescente, difficile à cerner et à décrire, aussi bien du côté du praticien que du côté du patient. Elle implique l'affectivité autant que l'intellect, l'inconscient autant que le conscient. Chaque relation est spécifique et co-créée tout au long du processus thérapeutique. D'où la très grande difficulté à en rendre compte et à la formaliser dans un registre théorique.

Pratique et théorie ont des rapports complexes. La pratique clinique ne peut se réduire à la simple application d'une théorie ou d'une méthodologie ; elle en est plutôt la source originelle : « Parce que la théorie est toujours seconde et qu'elle n'a pu voir le jour que si une pratique ou une expérience l'a rendue souhaitable ou nécessaire » (Roustang, 2001, p. 96). Pour être valide, une théorie doit donc constamment se confronter à l'expérience clinique et à ses résultats.

Mais la question se complique du fait que ces résultats ne sont pas nécessairement en relation avec l'explication que s'en donne le thérapeute à partir de la théorie dont il se réclame. On le sait depuis fort longtemps. Quand le docteur Mesmer, à la fin du XVIIIe siècle, guérissait les maladies mentales grâce au « magnétisme », l'Académie des sciences rétorquait avec raison que « le magnétisme sans l'imagination ne produit rien ». Mesmer venait de découvrir sans le savoir le pouvoir de la suggestion qui allait sous-tendre l'hypnose.

Le psychothérapeute doit donc gérer cette situation inconfortable : il ne peut concevoir et justifier son action sans s'appuyer sur un minimum de théorisation, tout en restant conscient que cette formalisation n'est pas la seule possible et qu'elle est guettée par le biais de l'auto confirmation (je vois ce que je crois).

Insister sur la relativité du savoir et sur la primauté de l'expérience clinique n'implique donc pas le rejet de toute théorie, de toute méthodologie et de toute technique. Ces différentes démarches sont nécessaires pour assurer la formation des praticiens et pour asseoir leurs actions. C'est une illusion de croire, comme certains le soutiennent, que chaque praticien aurait à réinventer la psychothérapie. On ne débute jamais dans la pratique avec un esprit vierge. Et s'il ne faut pas s'enfermer dans un savoir préalable, il serait illusoire de penser qu'on peut s'en dégager totalement. Ce n'est ni réaliste ni souhaitable.

Cependant, seule l'expérience clinique donne vie et consistance à ce savoir. Elle permet d'en confirmer la pertinence ou de la remettre en cause.

Si la psychothérapie relationnelle met l'accent sur l'expérience clinique et place la relation au centre de cette expérience, c'est en s'appuyant sur les acquis considérables de la psychanalyse, des thérapies humanistes, des thérapies corporelles et émotionnelles et des pratiques de groupe. Elle est la bénéficiaire de cet immense héritage qui lui confère sa richesse, sa diversité et sa fécondité.

L'objectif de cet ouvrage est d'aborder ce courant, majeur aujourd'hui dans le champ de la psychothérapie, sous son angle le plus concret : des psychanalystes, des psychologues, des psychothérapeutes, qui se réclament de la psychothérapie relationnelle, ont pris le risque de décrire leurs pratiques sans fard, à travers de nombreux exemples vivants, et d'en montrer toutes les facettes.

Une première partie s'efforce de cerner la nature et les différents aspects de la relation patient-thérapeute.

Une deuxième partie explore les processus en jeu dans cette relation.

Une troisième montre la diversité des pratiques selon le cadre théorique où elles s'inscrivent et la variété des situations thérapeutiques.

Enfin, une quatrième partie témoigne de la manière dont la psychothérapie relationnelle répond aux problématiques majeures actuelles en matière de troubles psychologiques.

PARTIE I

La relation au cœur de la psychothérapie

Chapitre 1

La relation qui soigne

Didier Duhazé

1. Introduction

Marie, trente-six ans, m'est adressée par un de mes patients, qu'elle appelle son *coach de vie* et qu'elle consulte depuis un an. Elle vit en couple avec une compagne, sans enfant. Le sport – judo, boxe, fitness – et l'écriture sont pour Marie deux moyens de « s'en sortir ». La boxe, en particulier, lui offre une manière paradoxale d'habiter son corps : « Tant que j'ai mal, c'est que je suis vivante », dit-elle. L'écriture, elle, devient un refuge silencieux : « Les mots peuvent détruire, mais ils peuvent aussi guérir. J'écris des poèmes sur ce que j'ai subi ». Ces deux pratiques – le corps et la parole symbolique – deviendront des appuis essentiels du travail thérapeutique, là où la relation, longtemps vécue comme un champ de bataille, pourra s'esquisser comme espace d'expérience partagée.

Marie est en thérapie depuis neuf ans (Broué & Ulmer-Newhouse, 2023), à raison de deux séances par semaine. Mon expérience à ses côtés m'invite aujourd'hui à un premier bilan sur la relation qui soigne et le lien au cœur du processus thérapeutique.

Un passé marqué par la violence et la trahison

Le récit de vie de Marie est d'une violence extrême. Elle se décrit comme « la fille que [s]a mère ne voulait pas ». Sa naissance s'accompagne d'un rejet massif : elle raconte que sa mère, enceinte, lui donnait des coups de poing dans le ventre pour la faire mourir. À la naissance, elle est séparée de son frère jumeau et reste un mois en couveuse – première expérience d'abandon et d'isolement.

Son enfance est ensuite marquée par les violences sexuelles répétées de l'amant de sa mère, commises avec la complicité de celle-ci, de quatre à onze ans. Son père, figure partiellement protectrice, est souvent absent. Le divorce parental, à ses huit ans, scelle une désorganisation du lien : Marie choisira à douze ans de ne plus voir sa mère, puis perdra son père à vingt-quatre ans. Son frère aîné, qu'elle disait être « le seul à la comprendre », se suicide dix ans plus tard.

Ce contexte traumatique crée chez Marie une *dynamique d'attachement profondément insécure :* toute relation est vécue comme potentiellement dangereuse, tout lien comme une menace d'effondrement. Elle alterne entre désir de fusion et peur de l'abandon, oscillant entre demande d'amour et rage de se sentir trahie. Ses automutilations fréquentes – scarifications sur les membres supérieurs et inférieurs – témoignent de cette lutte interne : « Quand la douleur devient insupportable, je me coupe pour sentir que j'existe ». C'est à la fois un cri, un contrôle, une tentative désespérée de se réapproprier un corps qui fut autrefois envahi et détruit.

L'entrée en thérapie : une première expérience du lien comme soin

Lorsque Marie franchit la porte de mon cabinet, elle n'a plus de suivi psychiatrique, et ses expériences antérieures d'hospitalisation ont laissé des traces de peur et de honte. « Les psys m'ont enfermée, pas aidée », dit-elle. C'est donc une rencontre délicate : comment instaurer un lien là où toute proximité réveille la menace de la répétition traumatique ? Comment offrir un espace de confiance sans que celle-ci devienne, pour elle, synonyme de soumission ou de perte de contrôle ?

Dès les premières séances, la relation devient le centre du travail. Ma présence (un mot, un silence) ou mon absence (mes vacances) sont interprétées à travers le prisme de son histoire : je pars en vacances, donc je l'abandonne ; je la regarde, donc je vois le monstre.

Ses angoisses d'abandon se traduisent par des ruptures soudaines (annulation de séance, départ précipité, messages désespérés par SMS) ou, au contraire, par des demandes de fusion. Elle peut demander, par exemple, une séance supplémentaire juste avant mes vacances.

Dans ce contexte, le lien thérapeutique n'est pas un préalable au travail, il *est* le travail. Il devient le terrain où se rejouent les conflits archaïques : confiance/trahison, proximité/danger, amour/haine.

Problématique et enjeux du travail

Le cas de Marie interroge particulièrement ce que signifie « *soigner par la relation* ». Avec un patient-limite, à plus forte raison sur le bord psychotique où je la situe, le lien n'est jamais donné : il se construit, se rompt, se répare, se négocie sans cesse.

Il exige du thérapeute une implication personnelle et émotionnelle qui dépasse la simple technique.

Ce travail vise ainsi à explorer comment, dans le cadre d'une psychothérapie relationnelle, le lien devient le vecteur du changement.

Nous verrons que pour un patient-limite comme Marie :

- le lien constitue le *socle même du processus thérapeutique* ;
- il se construit dans un *processus singulier et vivant* ;
- il *se fragilise et se répare* sans cesse ;
- il agit enfin comme *révélateur et transformateur* des blessures anciennes ;
- il engage le thérapeute dans une posture de *présence pleinement humaine*.

Ainsi, l'histoire de Marie nous invite à penser la relation non pas comme un cadre neutre, mais comme un acte vivant, incarné et soignant – un lien qui, lorsqu'il tient, peut redonner au sujet la possibilité de se sentir en vie.

FOCUS **Le patient-limite**

La notion de « patient-limite » – ou d'organisation borderline – désigne une modalité particulière de fonctionnement psychique située à la frontière entre névrose et psychose. Elle se caractérise notamment par une fragilité de l'identité, une instabilité affective marquée et une difficulté à réguler les tensions internes sans recourir à des mécanismes de défense primitifs tels que le clivage ou l'idéalisation/dévalorisation. Dans la perspective d'une psychanalyse intégrative telle que développée notamment par Jean-Michel Fourcade (2010), ces manifestations sont envisagées comme l'expression de failles précoces dans l'expérience du lien. La relation thérapeutique devient alors un espace privilégié où ces dynamiques peuvent se rejouer et se transformer. Le travail clinique consiste à soutenir un cadre suffisamment stable et contenant pour permettre l'élaboration progressive des éprouvés relationnels et l'intégration plus cohérente de l'expérience de soi et de l'autre.

2. Le lien thérapeutique comme socle de la psychothérapie relationnelle

Dans de nombreuses approches psychothérapeutiques contemporaines, la qualité du lien entre le patient et le thérapeute est reconnue comme l'un des déterminants essentiels de l'efficacité du traitement.

Pourtant, dans la psychothérapie relationnelle, le lien ne constitue pas simplement un préambule au travail psychique : il *est* le lieu même où s'opère la transformation. Le cadre, dans cette perspective, n'est pas seulement un ensemble des règles délimitant la situation thérapeutique dans lequel s'engagent le patient et le thérapeute. Il est aussi un *espace de rencontre* – un espace tiers, vivant, où deux subjectivités s'éprouvent et se transforment mutuellement.

FOCUS **Les attitudes favorables du thérapeute**

Carl Rogers fut l'un des premiers à théoriser ce rôle central de la relation dans le processus de changement (Rogers, 2005). Pour lui, trois attitudes du thérapeute favorisent la croissance du patient :

- la *congruence* (authenticité de l'être) ;
- la *considération positive inconditionnelle* (accueil sans jugement) ;
- l'*empathie* (capacité à percevoir le monde intérieur de l'autre comme s'il était le sien, sans s'y perdre).

Ces attitudes, loin d'être de simples qualités morales, constituent le *milieu vital* dans lequel peut émerger la sécurité psychique nécessaire à l'exploration de soi.

Cette conception rejoint celle de Martin Buber, pour qui la rencontre véritable se situe dans la « relation Je-Tu » (Buber, 2012), où l'autre n'est plus un objet d'observation, mais un sujet reconnu dans sa présence. Dans la relation thérapeutique, cette dimension intersubjective devient un *acte éthique :* c'est par la reconnaissance mutuelle que s'ouvre la possibilité de réparation. Le lien, dès lors, n'est pas un outil que l'on manie, mais un *événement de rencontre,* fragile et transformateur.

Chez Marie, cette perspective prend une dimension concrète. Ce n'est ni une technique ni une interprétation qui lui permet essentiellement d'avancer, mais la lente expérience de la *fiabilité* du lien. Savoir que les deux séances par semaine auront lieu, que l'absence sera annoncée à l'avance, que la parole pourra être reprise là où elle s'était arrêtée : autant de micro-expériences de continuité qui s'opposent à la discontinuité traumatique de son histoire.

Ainsi, ce n'est donc pas le contenu de nos échanges qui, d'abord, la soigne, mais la *présence constante et incarnée* du thérapeute – présence qui devient le point d'ancrage d'un monde interne en reconstruction.

Les composantes du lien thérapeutique

Nous pouvons distinguer trois dimensions principales du lien dans la psychothérapie : *l'alliance thérapeutique*, le *transfert/contre-transfert* et le *lien intersubjectif*. Chacune de ces dimensions éclaire une facette du processus en jeu avec Marie.

CONCEPT-CLÉ

L'expression même d'**alliance thérapeutique** apparaît dans les années 1950 chez quelques tenants de la psychologie du Moi, qui affirment que l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable, capacité enracinée dans l'expérience de relation originelle entre le bébé et la mère. Si cette capacité n'est pas présente d'emblée, il est alors nécessaire que le thérapeute suscite une relation de support qui facilite le développement d'une alliance, de la même manière que la mère fournit un environnement maternel approprié pour faciliter le développement d'un sentiment de confiance fondamentale. Mais avec un patient-limite, cette alliance est souvent instable : le sentiment de confiance peut être balayé par une déception minime, une absence, un mot perçu comme blessant. La tâche du thérapeute consiste alors à *maintenir la continuité du lien malgré la discontinuité de l'affect,* en offrant au patient un espace où les fluctuations relationnelles peuvent être reconnues et traversées.

Chez Marie, l'alliance s'est d'abord construite sur un malentendu : elle venait chercher un *coach-thérapeute*, quelqu'un qui la « guide ». Il a fallu transformer cette demande en *expérience de co-construction*, où la thérapie ne se subit pas, mais se tisse à deux. L'alliance, dans ce cas, devient un travail d'apprivoisement mutuel, toujours à reprendre, jamais définitivement acquis.

Le transfert et le contre-transfert

Le lien thérapeutique ne se réduit pas à la coopération consciente ; il est traversé par les répétitions inconscientes du passé. Chez les patients-limite, le transfert est souvent intense, massif, parfois chaotique.

Marie, par exemple, me perçoit tour à tour comme une figure paternelle protectrice, une mère indifférente ou un bourreau potentiel. Chaque absence ou silence peut réactiver l'expérience archaïque de la relation maternelle maltraitante.

Pour le thérapeute, le contre-transfert devient ici un outil majeur : les émotions de colère, d'impuissance ou de peur que je peux éprouver me renvoient à des *messages cliniques*. M'y repérer permet de comprendre ce qui se rejoue dans la relation avec Marie.

Ainsi, lorsque je ressens, face à la rage de Marie, une peur et une envie de fuir, c'est aussi l'écho de ce qu'elle-même pouvait ressentir face à la violence et la rage de sa propre mère. Le contre-transfert, accueilli et travaillé, devient alors un instrument de compréhension et de contenance de la patiente.

Le lien intersubjectif

Au-delà du transfert, la relation thérapeutique est aussi un *champ intersubjectif*, où deux subjectivités s'influencent et se reconnaissent. Loin d'un modèle hiérarchique où le thérapeute serait un expert face à un malade, la psychothérapie relationnelle reconnaît que le thérapeute aussi est engagé dans la relation.

CONCEPT-CLÉ

René Roussillon développe la notion d'« **entre-je(u)** » comme métaphore du champ intersubjectif et comme lieu de création psychique entre le thérapeute et le patient (Roussillon, 2008). Cela correspond à une conception de la rencontre clinique comme un espace « entre », où se co-jouent et se symbolisent les expériences psychiques partagées.

Le lien comme expérience fondatrice pour Marie

Pour Marie, le lien thérapeutique constitue *la première expérience durable d'un autre non persécuteur*. Là où l'amour maternel fut une menace, où les violences sexuelles subies dans l'enfance ont créé une « mémoire traumatique » (Smith, 2025) où le danger est omniprésent, la relation thérapeutique devient un espace d'expérimentation

Panorama des mises en œuvre de la psychothérapie relationnelle

La psychothérapie relationnelle est une démarche intégrative au carrefour de la psychanalyse, de l'analyse existentielle et des thérapies humanistes et psychocorporelles. Elle considère la relation comme un élément central de l'existence, donc de la psychothérapie, et les liens interpersonnels comme l'espace dans lequel nous nous construisons.

L'enjeu de la psychothérapie relationnelle consiste à explorer ces liens, en particulier à partir de la relation thérapeutique elle-même. Ainsi, établir un climat de sécurité et de confiance et co-construire une communication authentique devient le préalable à toute autre démarche.

Au travers de dix-huit rencontres entre thérapeutes et patients, ce livre aborde :

- **la nature et les différents aspects de la relation thérapeutique ;**
- **les processus en jeu dans cette relation ;**
- **la diversité des pratiques selon le cadre théorique dans lequel elles s'inscrivent et la variété des situations thérapeutiques ;**
- **la manière dont la psychothérapie relationnelle répond aux problématiques majeures actuelles en matière de troubles psychiques (violences psychologiques, traumas, identité de genre, détresse des personnes âgées...).**

- **Edmond Marc** est psychologue, docteur d'état, professeur émérite en psychologie et spécialiste des psychothérapies. Il a enseigné entre autres à Paris 10, Paris 7, Sorbonne, École des psychologues praticiens, NFL et Sigmund Freud University. Il est psychanalyste, formateur et superviseur ainsi que membre honoraire de la Société Française de Psychanalyse Intégrative.
- **Pascal Aubrit** est psychopraticien multiréférentiel, coach professionnel, membre du SNPPsy et de la Société Française de Psychanalyse Intégrative. Il exerce la psychothérapie dans le Val d'Oise et occupe la direction pédagogique du Centre Interdisciplinaire de Formation à la Psychothérapie Relationnelle (CIFPR), école agrée par l'AFFOP.

DANS LA MÊME COLLECTION

32,90 €
ISBN : 978-2-8073-7730-1
9 782807 377301

livre écoresponsable

deboeck SUPÉRIEUR
www.deboecksuperieur.com