

**« POINTS DE RENCONTRE ENTRE
L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE
ET LA SEXOANALYSE.
UNE RÉFLÉXION SUR LES CONCEPTS ET LES MÉTHODES DE DEUX
APPROCHES THÉRAPEUTIQUES »**

Mémoire pour l'obtention du Certificat de Formation Continue en
Sexologie Clinique

Université de Genève
(Promotion 2005-2007)

Maria Martinez Alonso, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP

Adresse professionnelle : Cabinet de psychologie et psychothérapie, Rue du Petit-Chêne 22,
1003 Lausanne

Adresse privée : Chemin de Grande-Rive 7, 1007 Lausanne

Adresse e-mail : maria.martineزالonso@psychologie.ch

Téléphone : 078 681 22 79

Directrice de mémoire : Denise Medico

Lausanne, 28 août 2009

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le résultat des échanges et des réflexions qui m'ont accompagnés pendant ces derniers quatre ans tout au long de ma formation en sexanalyse. Mes clients ou patients m'ont également permis d'approfondir et d'enrichir le cheminement de ma pensée.

Ma reconnaissance va d'abord à Denise Medico pour son encouragement, nos discussions stimulantes et les lectures qu'elle m'a proposées. Son enthousiasme et son engagement dans la recherche scientifique en sexanalyse sont une source d'inspiration pour moi. Elle va également à Philippe Dafflon, formateur dans la société suisse pour l'approche centrée sur la personne. Son groupe d'études sur le corps et la sexualité dans le développement et l'accomplissement de l'être humain a contribué à m'affirmer dans mon désir de rédiger ce mémoire. Son aide a été aussi précieuse lors de ma recherche de documentation. Enfin, je remercie mon amie et collègue Patricia Fisch Sanchez, qui a lu et relu le manuscrit avec beaucoup de patience.

Outre la complexité du sujet (à savoir, mettre en lien pour la première fois dans la littérature ces deux approches), je tiens à attirer l'attention du lecteur sur le fait que ma langue maternelle n'est pas le français, mais l'espagnol. J'ai travaillé sur des textes en allemand et en anglais, dont j'ai traduit les citations que je mentionne. Ce fait expliquera les probables maladresses de langue de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES:

INTRODUCTION	2
 PARTIE I : DES REGARDS ROGÉRIENS ET SEXOANALYTIQUES SUR LE SEXUEL	
CHAPITRE 1 : « VISION DE CARL R. ROGERS ET CLAUDE CRÉPAULT SUR LA SEXUALITÉ »	6
1.1. La vision de Carl R. Rogers sur la sexualité.....	8
a. Définition de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP)	9
b. Considérations théoriques et cliniques.....	11
1.2 La vision de C. Crépault sur la sexualité	14
a. Définition de la Sexoanalyse.....	15
b. Considérations théoriques et cliniques	16
CHAPITRE 2 : « CONTRIBUTIONS ACTUELLES DE L'ACP ET DE LA SEXOANALYSE EN SEXOLOGIE »	19
2.1. Discours sur le sexuel	20
2.2. Discours sur la psychothérapie de couple	22
2.3. Discours sur les identités sexuées	26
 PARTIE II : LA MÉTHODOLOGIE CLINIQUE SELON LA SEXOANALYSE ET L'ACP – VERS UNE SYNTHÈSE EN SEXOLOGIE CLINIQUE	
CHAPITRE 1 : « CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES »	29
CHAPITRE 2 : « LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE : CONVERGENCES ET DIVERGENCES »	30
2.1. Setting et durée du traitement	31
2.2. Rôle du thérapeute	31
2.3. Position du client/patient.....	34
2.4. Indications et contre-indications	35
2.5. Processus thérapeutique	37
 CONCLUSION	43
 BIBLIOGRAPHIE	45
 ANNEXE 1 : ELEMENTS BIOGRAPHIQUES EN LIEN AVEC LE PROCESSUS DE SEXUATION DE CARL R. ROGERS	48

Introduction

« Dans la théorie sexoanalytique, la sexualité est considérée comme étant essentiellement un construit psychique. Cela signifie, entre autres, que la force de la libido et les directions qu'elle prend dépendent principalement de leurs significations intrapsychiques. Une prépondérance du psychique sur le biologique et le social est ainsi reconnue. »

Claude Crépault (1997, p. 12)

Les affinités entre la sexoanalyse et les approches psychothérapeutiques comme la psychanalyse, les psychothérapies analytiques à court terme et l'approche cognitivo-comportementale sont souvent évoquées dans la littérature sexoanalytique. Cette approche sexothérapeutique, tout comme la psychanalyse, s'intéresse principalement aux couches souterraines du psychisme appelé inconscient. Les thérapies analytiques à court terme (ex. Balint) s'apparentent aussi à la sexoanalyse dans le rôle assez actif que le thérapeute joue dans ses interventions : il oriente le patient dans ses associations vers un aspect conflictuel spécifique et identifié au départ, et l'interprète. Même si la sexoanalyse a plus d'affinités avec les approches psychodynamiques, elle reconnaît la pertinence de certains principes comportementalistes (p. ex. la modification de certaines distorsions cognitives que le patient a de la sexualité). L'expérience corrective dans l'imaginaire dans la dernière phase de la cure sexoanalytique (avec une éventuelle prescription de fantasmes) s'inspire de ces approches comme technique de déconditionnement (Crépault 2005, 2007).

Crépault (1997, 2005) nous dira que la sexoanalyse se situe à la frontière de ces courants de pensée puisqu'elle cherche à intégrer les réseaux conscient et inconscient. Elle se démarque de la psychanalyse moderne et des approches analytiques dans son objet primaire d'étude, l'inconscient sexuel, et dans la place beaucoup moins prépondérante qu'elle donne au transfert (et à son interprétation). Elle ne partage pas non plus la perspective axée uniquement sur la modification des comportements sexuels caractéristique de l'approche sexobehaviorale (inspirée dans l'approche cognitivo-comportementale). Crépault affirme que l'étude du sexuel dans ses dimensions conscientes et inconscientes relève de la sexologie et que la sexoanalyse fait partie de cette discipline scientifique.

Avec ces mots, le fondateur de la sexoanalyse nous encourage à explorer d'autres pistes et à revisiter les conceptions actuelles :

« Mon vœu le plus cher est que d'autres chercheurs et cliniciens puissent contribuer au développement de la sexoanalyse. (...) La sexoanalyse pourra conserver sa « vivance » tant qu'elle ne se laissera pas séduire par des vérités immuables et qu'elle sera génératrice de nouvelles hypothèses. » (Crépault 2007, p. 397)

Pour mon travail de mémoire, je me suis inspiré de ces mots. M'ayant formée tout d'abord dans l'approche centrée sur la personne¹ selon Carl R. Rogers à Zürich, et plus récemment dans l'approche sexoanalytique à Genève et à Lausanne, je baigne dans ces deux modèles. La question d'une pratique sexologique enrichie par une pensée psychologique humaniste m'a poussée à réfléchir sur les points de rencontre entre les écoles mentionnées en ce qui concerne la méthodologie clinique. Il s'agit d'un *mémoire théorique* à partir d'une *révision de la littérature*. Je me réfère aux écrits originaux, et non à des révisions critiques.

Les approches sont définies comme suit :

- la *Sexoanalyse*, méthode thérapeutique d'orientation psychodynamique s'adressant à la prise en charge des difficultés liées à la sexualité et à la « genralité »² mise au point par le Prof. Claude Crépault au département de sexologie de l'université du Québec à Montréal dans les années soixante-dix.

- *l'Approche Centrée sur la Personne (ACP)*, méthode psychothérapeutique d'orientation humaniste s'adressant à la prise en charge des troubles psychiques et développée par le psychologue et psychothérapeute nord-américain Carl R. Rogers dans les années quarante et cinquante.

Dans la première partie de mon mémoire, j'explore les regards de l'ACP et de la sexoanalyse sur le sexuel. Je définie les approches et j'aborde les considérations théoriques et cliniques de C. Rogers et C. Crépault autour de la sexualité dans le premier chapitre. Nous verrons que c'est l'être humain dans sa complexité et sa globalité, au-delà des aspects sexuels ou pulsionnels, qui va retenir toute l'attention du psychologue humaniste. Pour Claude Crépault il faut rester dans le champ sexuel (la sexualité, la genralité et le rapport à l'autre), expliquer le sexuel par le sexuel.

Les fondateurs de ces approches ont développé une vision de la santé mentale et sexuelle en accord avec la vision qu'ils ont de la méthode thérapeutique. On peut la résumer avec ces mots: il faut y apporter de la souplesse, du mouvement, du changement. Ils soulignent l'importance d'inscrire leurs théories dans un processus continu de critique constructive et de

¹ Nous désignerons dorénavant cette approche par ses initiales : ACP

² La genralité est un néologisme forgé par Claude Crépault aux années 1990 pour désigner la quantité de masculinité et de féminité dont est porteur un individu.

renouvellement. Ils encouragent la recherche scientifique basée sur les observations cliniques pour rendre les approches vivantes et proches de la réalité du moment. Il ne s'agit pas de « vérités » mais d'hypothèses en mouvement et servant le thérapeute dans ses interventions. Dans l'esprit de Rogers primait l'intérêt du client et la recherche menée libre de dogmatisme. À propos des auteurs du livre « Innovations in Client-Centered Theory » (1974), il écrit :

« Il est caractéristique du point de vue centré sur la personne que ces auteurs ne se soient pas sentis liés par un dogme passé, mais se lancent dans une réflexion hautement originale. » (1985, p. 1483)

Crépault aussi:

« En ce qui concerne le modèle théorique de la sexoanalyse - je fais référence ici en particulier aux hypothèses sur l'ontogenèse sexuelle et sur les liens entre les fantasmes, les rêves et le réel - il serait nécessaire qu'il soit révisé régulièrement à partir d'observations cliniques et de recherches portant sur des populations non cliniques, tout en tenant compte des données ethnologiques. » (2005, p. 30)

Dans le chapitre suivant, j'explore les contributions d'un certain nombre d'auteurs aux théories et aux applications de l'ACP et de la sexoanalyse. Trois discours ont retenu mon attention : le discours sur le sexuel (rencontre sexuelle, fonctionnement de la réponse sexuelle), le discours sur la psychothérapie de couple et le discours sur les identités sexuées.

Dans la deuxième partie de mon mémoire, je me concentre sur les convergences et les divergences entre la relation d'aide rogérienne et la méthode sexoanalytique. Mon attention est centrée sur la méthodologie clinique : les caractéristiques du cadre thérapeutique, le rôle du thérapeute dans la relation d'aide (les attitudes fondamentales du thérapeute), la position du patient (en sexoanalyse) ou du client (dans l'ACP), la relation d'aide et le processus thérapeutique favorisé tels que les approches les articulent. J'aborde des concepts-clé comme le regard positif « maternel » (l'acceptation inconditionnelle), le regard positif « paternel » (le processus d'individuation), le sens historique du symptôme, l'intégration de pulsions contradictoires (vers une plus grande congruence) et le travail sur l'imaginaire (l'analyse des rêves et la recherche des fantasmes).

Mon objectif n'est pas de placer l'ACP parmi les autres sexothérapies, mais d'attirer l'attention sur les nombreux points de rencontre entre ces deux approches. Pour le psychothérapeute humaniste rogérien, l'éclosion de la personnalité suppose une coordination de plus en plus congruente de la sexualité et de la personnalité. Le sexoanalyste donne une signification existentielle à la sexualité et porte, donc, aussi son attention à la globalité de

l'individu. Tous les deux chercheront à comprendre le schéma sexuel et relationnel strictement individuel de chaque patient.

Enfin, mon objectif est de montrer que la sexoanalyse se situe à la frontière de la psychanalyse, de la théorie cognitivo-comportementale et de l'approche centrée sur la personne : la sexoanalyse cherche à intégrer les réseaux conscient et inconscient avec une philosophie humaniste de la relation thérapeutique en toile de fond.

Dans ce même sens, j'aimerais conclure cette introduction avec quelques mots du philosophe français Merleau-Ponty (1945, p. 194):

« La sexualité est une intentionnalité qui suit le mouvement général de l'existence et pas un type de fonction corporelle ou un automatisme périphérique ou un instinct (activité orientée naturellement vers des fins déterminées). Elle est le pouvoir qu'a le sujet psychophysique d'adhérer différents milieux, de se fixer par différentes expériences, d'acquérir des structures de conduite. Si l'histoire d'un sujet donne la clef de sa vie, c'est parce que dans la sexualité de l'homme et de la femme se projette sa manière d'être à l'égard du monde. »

Partie I : Des regards rogériens et sexoanalytiques sur le sexuel

Chapitre 1 : « Vision de Carl R. Rogers et Claude Crépault sur la sexualité »

Derrière tout model théorique et toute approche clinique, il y a la subjectivité d'un homme ou d'une femme : le chercheur, le clinicien ou l'auteur qui a vécu ou qui vit dans un contexte socioculturel et politique donné. Il est lui-même un produit, en quelque part, de ce contexte, de son histoire de vie personnelle.

Carl R. Rogers, psychologue clinicien, psychothérapeute humaniste, chercheur et enseignant, a publié la majorité de ces textes de 1942 à 1987 (année de son décès) aux U.S.A. Ils ont été traduits dans plus de soixante langues. C'est dans les années 1960-1970 que paraissent en français les premiers écrits sur ou de Carl Rogers et que ses idées commencent à avoir de l'impact dans les pays francophones. L'ACP est enseignée dans des Universités et des Instituts partout dans le monde.

Claude Crépault, criminologue, sexologue, chercheur et enseignant, publie ses travaux depuis 1970 au Québec à Montreal, Canada. En 1984, il introduit la sexoanalyse dans le programme de maîtrise en sexologie clinique offert par le Département de sexologie de l'Université du Québec. La sexoanalyse trouve des enseignants, des cliniciens et des chercheurs en France, Belgique, Italie, Suisse et en Espagne. Ses livres sont traduits en italien et bientôt en espagnol.

Les deux vont ouvrir une voie nouvelle : l'un dans le champ de la psychothérapie, de la psychologie et de l'éducation ; l'autre dans le champ de la sexologie clinique. Ils se démarquent des approches qui les entourent.

L'époque de la formation de clinicien de Rogers est marquée par la première poussée du mouvement psychanalytique sur la scène américaine (1920-1930). Il se laisse néanmoins guider de plus en plus par ses observations et entretient sa vue personnelle au sujet de la thérapie. Dans sa conception, le thérapeute s'abstient d'user des directives (questions, interprétations, conseils, etc). Ce qui compte est la présence de certaines attitudes vis-à-vis du client et une certaine conception des relations humaines. Il lance, ainsi, la notion d' « approche non-directive » dans les années quarante (Rogers et Kinget, 1971).

Début des années quatre-vingt, Crépault prend en considération des éléments d'ordre intrapsychique qui renvoient à la dynamique érotique (en particulier les variables liées à l'identité et à l'orientation de genre) sortant, ainsi, de la perspective strictement behaviorale de la sexualité qui imprègne les approches sexothérapeutiques de l'époque. Il reproche à la clinique sexologique sa vision « simplifiée et mécanique » de la sexualité humaine. Au lieu de mettre l'accent sur la réponse sexuelle manifeste, il tient compte des composantes qualitatives de la sexualité : la dynamique érotique, le mode d'érotisation et la fantasmagorie (Crépault, 1991).

Les deux pionniers postulent des hypothèses originales sur le développement de la personnalité (Rogers) et de la genralité (Crépault). Ils fondent une école avec une pratique clinique spécifique. Nous allons voir quelle est la place qu'ils ont donnée à la sexualité dans leurs théories et dans la clinique.

1.1. La vision de Carl R. Rogers sur la sexualité



« Ce livre parle du vécu intime de chacun de nous. Ce livre parle d'un de mes clients, assis à l'angle de mon bureau, et qui s'efforce d'être lui-même, et qui meurt de peur à l'idée d'être lui-même, et qui se bat pour avoir authentiquement accès à son propre vécu, et qui veut s'identifier à ce vécu, et que cette perspective, pourtant, le terrifie. Ce livre parle de moi, qui suis assis devant lui pour prendre part à son combat de toute ma conviction et de tout mon cœur. De moi, qui cherche à comprendre ce vécu, à pénétrer le sens, et le parfum, et le goût, et la saveur qu'il a pour mon client. »

Carl R. Rogers (1961, p.18)

L'œuvre de Carl R. Rogers a trouvé un retentissement profond dans le champ de la psychothérapie. Tandis que lui-même et l'ACP ont tendance actuellement à s'éclipser de l'avant-scène, la plupart des concepts essentiels à cette approche deviennent des valeurs centrales des relations interindividuelles. Les attitudes d'écoute, de compréhension empathique, de non-jugement et d'authenticité, ont été intégrées –au moins idéalement- par bon nombre de professionnels travaillant dans la relation d'aide.

Ses travaux ont expérimenté un grand succès dans les années 1960 et 1970. Du point de vue historico-culturel, c'était un temps de grands changements en matière de politique sexuelle et des droits civils. Pour diverses raisons, Rogers s'est toutefois peu étendu de façon explicite sur le sujet de la sexualité. Les concepts « sexualité » et « érotisme » apparaissent très rarement dans ses écrits. De son propre avis, ce serait à mettre en relation avec l'éducation très stricte et prude qu'il reçoit de ses parents. Un rôle important joua aussi la conviction de la tradition humaniste, dans laquelle Rogers baignait, et qui postule que l'être humain serait dans son comportement fondamentalement libre et non déterminé fatalement par ses pulsions. La globalité de l'être humain au-delà des aspects sexuels ou pulsionnels lui paraissait plus importante, de même que l'accentuation de la liberté (au-delà d'une prédominance des

pulsions). Il se distancie ainsi du paradigme psychanalytique très présent dans le contexte de l'époque où il développe son activité clinique.

L'être humain est pour lui plus que son sexe anatomique ou le rôle auquel il le prédispose. Rogers postule que l'éclosion de la personnalité, une « fully functioning person », va vers une coordination de plus en plus congruente de la sexualité.

Je vais commencer par définir l'approche psychothérapeutique qu'il a proposée pour ensuite explorer ses réflexions cliniques et théoriques au sujet de la sexualité. Le lien que C. Rogers (1961, 1971) fait entre ces réflexions et son histoire personnelle est présenté en annexe.

a. Définition de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP)

Cette approche s'inscrit dans le courant humaniste et elle passe de se nommer « approche non-directive » (1942) ou encore « approche centrée sur le client » (1951) à « approche centrée sur la personne » (1961). Carl R. Rogers développe à partir de ses propres expériences, de ses observations cliniques et de ses recherches scientifiques sa méthode thérapeutique. Il utilise un langage expérientiel, sensitif et phénoménologique. Bernardette Lamboy souligne le fait qu'il consacre son existence à aider les gens à devenir des « personnes » à part entière et à favoriser l'expression de leur autonomie favorisant leur développement personnel :

« Être au centre de sa vie devient l'affaire de toute une vie. Répondre à la question « Qui suis-je ? » engage inévitablement la personne à s'interroger sur elle-même et sur les rapports qu'elle entretient avec elle, les autres et le monde pour finalement se rapprocher de « qui » ou « quoi », en elle, décide et fait autorité (2003, p. 28). »

Reconnaître la position centrale de la personne signifie lui accorder une position centrée et l'accepter en tant que lieu privilégié de convergence, d'expérience et d'autoréférence. La singularité et l'unicité de la personne en quête d'aide (qu'il appellera « client » pour s'éloigner du modèle médical d'expertise en vigueur à l'époque) sont très valorisées. Dans son travail, Rogers découvre combien chaque personne dispose des compétences nécessaires à son développement, si on lui facilite l'accès. Il s'agit d'un nouveau paradigme, un modèle de développement et de croissance. Il le valide par des nombreux enregistrements des entretiens et il publie dans leur intégralité des cas de psychothérapie. Il a joué aussi un rôle déterminant dans

le développement et dans la diffusion des « groupes de rencontre », une expérience intensive de groupes thérapeutiques³.

L'ACP repose sur deux piliers : l'hypothèse sur la nature humaine et sur le développement de la personnalité (la philosophie qui sous-tend cette approche) et l'hypothèse sur la relation d'aide entre le thérapeute et le client (la méthode).

Carl R. Rogers (1961) reconnaît à l'enfant une « tendance inhérente à actualiser les potentialités de son organisme. » Cette expérience s'accompagne d'un processus continu d'évaluation. En grandissant, l'enfant est amené à mettre en doute ses appréciations organismiques expérientielles pour répondre aux critères des adultes de référence, dont l'affection et le regard positif conditionnel sont essentiels à sa survie. Il va biaiser ses propres évaluations pour les accommoder à des critères externes. Il se détourne ainsi de son mouvement organismique pour épouser les appréciations de son entourage (c'est qui est « bien » ou « normal »). Ce qu'il croit vivre est le reflet de ses croyances, plutôt que le reflet de son expérience. Il déforme son expérience pour la reconfigurer en rapport avec ce qu'on attend de lui. Il arrive à un état de « dissociation » et de désaccord internes (« incongruence ») qui se poursuivent à l'âge adulte (Lambooy, 2003).

Pour restaurer l'accord interne, il faut passer par la prise en compte de ce qui se passe au niveau expérientiel. Cette pratique se retrouve dans l'évolution de la personne en thérapie. Rogers propose une démarche capable de rejoindre la dynamique du vivant et la logique du processus émergent. Il suggère qu'il y a dans tout organisme, à quelque niveau que ce soit, un flux sous-jacent de mouvement vers la réalisation constructive des possibilités qui lui sont inhérentes. C'est une philosophie qui repose sur une confiance fondamentale dans la capacité d'évolution de l'être humain. Elle se traduit par l'acquisition de nouvelles propriétés, un plus grand degré d'organisation, l'inventivité, la capacité de créer de nouveaux liens. La personne du client n'est pas un objet d'action thérapeutique, il est un sujet avec son individualité. Le thérapeute n'est pas le spécialiste qui va étudier un objet de science, il est une personne en relation avec le client.

Dans une pratique thérapeutique issue de cette conception, les connaissances cliniques sont nécessaires, mais elles ne suffisent pas au processus du changement. Pour Rogers, l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se voir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis des autres. Ces ressources peuvent être exploitées dans un climat caractérisé par des

³ Carl R. Rogers, *On Encounter Groups*, New York, 1970

attitudes psychologiques facilitatrices exprimées par le thérapeute. Ces attitudes ou sont nécessaires et suffisantes pour favoriser le processus de changement: l'empathie, la congruence et l'acceptation positive inconditionnelle. Je reviendrai sur ces conditions de base du progrès thérapeutique dans la deuxième partie de ce travail (chapitre 2 : « le travail thérapeutique »).

Dans la relation thérapeutique, le thérapeute est habité par le désir de connaître une personne, et non pas par celui de vouloir « l'aider » dans son sens habituel. Selon Schmid (2001), l'« aide » (ou « helping alliance ») dans l'approche centrée sur la personne est le fait de favoriser la croissance personnelle et elle se fait d'« elle-même », lorsque deux personnes parviennent à se rencontrer dans l'esprit tel qu'il a été décrit. Il revient au thérapeute de créer cet espace d'accueil propice à la relation. Dans cet espace commun, le client se sent libre d'évoluer.

b. Considérations théoriques et cliniques

« Becoming Partners : Marriage and its Alternatives » (1972) est le seul livre de C. Rogers dans lequel il tente d'étudier les relations intimes des couples et le sujet de la sexualité. C'est pour cela que je vais concentrer mon attention sur cet ouvrage.

Il constate depuis quelques années que le mariage conventionnel (on est au début des années soixante-dix) est en train de disparaître ou de se modifier considérablement à plusieurs niveaux. Rogers fait des prévisions pour l'an 2000: l'activité sexuelle considérée comme une partie de la vie de couple qui doit être enrichissante, les nouveaux comportements sexuels, le couple ouvert face au couple possessif, le contrat autour de la fidélité ou l'infidélité sexuelles, érotisme et ordinateur, les couples de fait, le style de mariage « compagnonnage » ou « associatif » face au mariage « cocoon » ou « symbiotique », etc.

Je voudrais souligner que pour C. Rogers « l'association homme-femme » est un *processus* continu et non un contrat, la relation est un courant et non une structure statique qui est adoptée une fois pour toutes. Chaque partenaire travaille pour sa satisfaction personnelle comme pour celle du couple. C'est un engagement individuel, mais le travail constant, difficile et risqué doit être accompli à deux. Un engagement satisfaisant ne fait rien pour clarifier les difficultés passées et à venir, à moins qu'elles n'empoisonnent la vie actuelle. Il exprime les réalités présentes et cachées sans « fouiller dans le passé » pour arriver à un changement. Toutefois, tout sentiment persistant doit être exprimé. Chaque individu développe en lui un « lieu interne d'évaluation ». C'est-à-dire que la valeur, la signification de toute expérience ne

sont pas déterminées par ce que dit le partenaire, par ce que décident les parents, ou par les règles de l'église ou les standards de la société, mais par ce que chacun éprouve au plus profond de lui-même. C'est dans ces conditions que l'individu arrivera à s'épanouir (« fully functioning person ») dans son couple.

Lorsque Carl R. Rogers analyse les ingrédients d'un mariage réussi, il mentionne très brièvement la satisfaction mutuelle dans les rapports sexuels, et nous dit qu'elle est souvent citée comme une condition sine qua non de l'équilibre durable du couple. Il ajoute qu'il ne la considère pas comme fondamentale en elle-même, car on peut être à peu près certain de l'obtenir si les quatre conditions suivantes sont données : a) l'engagement mutuel du couple vers le progrès, b) la communication pleine de risques et de sentiments, c) l'abandon des rôles et d) la découverte et le partage progressifs de la véritable personnalité de chacun.

L'institution du mariage (conventionnel) se trouve de toute façon aux yeux de C. Rogers dans une situation précaire et les jeunes attendent davantage de leurs relations qu'ils ne l'ont fait les générations précédentes. Aussi le comportement qu'attend la société d'un homme et d'une femme constituent un pesant fardeau pour l'individu.

Voici, en résumé, les impressions autour de la sexualité et de la vie en couple que C. Rogers transmet dans ses écrits:

- En générale, une ouverture d'esprit aux formes alternatives du mariage conventionnel.
- Le mariage comme une série de processus où le couple s'engage sans bien savoir où il va.
- Le questionnement de la possessivité sexuelle et sentimentale dans le couple (déculpabilisation des relations extraconjugales).
- Un accent mis sur la communication transparente dans le couple.
- L'importance de parler de sexe avec spontanéité et naturalité.
- La remise en question de l'image normative (et idéalisée) de la famille nucléaire, qui est considérée par la société comme une unité transculturelle et éternelle (au lieu d'être le résultat d'une évolution toute récente).
- Dans le travail clinique avec les personnes qui présentent des difficultés sexuelles, C. Rogers semble centrer son attention plutôt sur l'incongruence, l'image négative de soi et la non-acceptation de l'expérience du client que sur les symptômes. La peur du jugement de l'autre et de soi-même, la difficulté d'affronter le monde réel (la complexité de toutes les relations sexuelles), les sentiments de culpabilité, le besoin excessif d'attention et d'amour, l'absence d'une image de soi ferme et positive, etc.,

seraient à la base des troubles au niveau de la sexualité. En conséquence, l'indication pour un travail psychothérapeutique serait toujours donnée.

Carl R. Rogers reconnaît qu'il y a une grande variété de sujets qui méritent d'être étudiés, comme par exemple « les difficultés d'ordre sexuel ». Il conseille les lecteurs de s'orienter vers d'autres chercheurs et auteurs : Eric Berne, Martin Buber, Albert Ellis, Havelock Ellis, Kinsey, etc. En réalité, je crois que C. Rogers connaissait peu les découvertes dans ce champ d'études et que la sexologie clinique se trouvait aussi à ses débuts. Par contre, il a relevé des sujets très « sexologiques » qui ont été quelques décennies plus tard observés et approfondis par des générations de sexologues : la réalisation des fantasmes sexuels, la tolérance plus grande de gens face à l'homosexualité féminine en opposition à l'homosexualité masculine, l'importance d'abandonner les rôles de genre (dans le sens de « jouer un rôle », se mettre dans la peau du personnage que chaque partenaire est censé être) et d'entretenir un côté masculin et féminin dans tous les deux sexes, l'éducation sexuelle qui doit être accompagné de l'éducation sentimentale, ...etc.

Je finis ce chapitre avec un propos de Rogers (1972, p. 313) sur l'éducation sexuelle que les enfants reçoivent à l'école:

« À mon avis il serait beaucoup plus fondamental d'apprendre à être « partenaires ». (...) On peut obtenir un diplôme scolaire sans avoir jamais appris comment on pouvait communiquer, ou résoudre les conflits, ou s'arranger de la colère et de tous les autres sentiments négatifs. Le garçon et la fille peuvent ignorer totalement le fait que tous les hommes ont en eux quelque chose de féminin, de dépendant, d'enfantin ; et toutes les femmes quelque chose de fort, de viril, d'indépendant, et inversement pour chacun. »

1.2. La vision de C. Crépault sur la sexualité



« Explorer minutieusement avant d’entrer dans le champ interprétatif, avant d’expliquer le sens et le pourquoi, voilà la méthode que j’ai suivie scrupuleusement dans mes recherches. Une méthode très simple, mais qui me permet d’éviter les interprétations hâtives et grâce à laquelle je prends le temps d’écouter le ressenti des personnes qui me parlent, qui se racontent en fragments superficiels ou, plus en profondeur, dans les séances cliniques. Bref, une approche à la fois phénoménologique et analytique, sans dogmatisme ni moralisme, afin d’explorer Eros dans toute sa complexité. »

Claude Crépault (2007, p. 14)

Les travaux de Claude Crépault sur l’imaginaire érotique débutent dans les années quatre-vingt au Département de Sexologie de l’Université du Québec à Montréal (UQAM) où il enseigne depuis 1969. Depuis, plusieurs cliniciens se sont intéressés à ce nouveau champ d’études.

Crépault forge le mot *sexoanalyse* pour désigner une nouvelle approche sexothérapeutique qui a comme objet d’étude l’inconscient sexuel. Il propose ce mot au début des années quatre-vingt à la suite d’une recherche empirique sur l’imaginaire érotique. Il prend ainsi une distance des approches comportementalistes qui règnent dans les années soixante-dix dans le domaine de la sexologie clinique. Ces approches lui semblent reposer sur une conception réductionniste de la sexualité humaine. Crépault reproche à la sexologie clinique de s’être surtout concentrée sur les perturbations visibles de la sexualité telles qu’elles s’incarnent dans le réel ; d’avoir réduit le sexuel aux conduites observables et négligé l’organisation intrapsychique de la vie sexuelle. Pour déterminer le mode d’érotisation d’un individu, il faudra aller regarder derrière les conduites sexuelles effectives et tenir compte des désirs, des fantasmes et des rêves sexuels. C’est les couches plus profondes du psychisme et les conflits inconscients, dont les troubles sexuels sont porteurs, qui vont l’intéresser. Il essaie de

comprendre le sexuel dans une perspective interdisciplinaire en s'attardant sur les zones cachées, secrètes, non conscientes.

Le fondateur de la sexoanalyse s'inspire des réflexions et des recherches de certains psychanalystes (Freud, Mahler) et en particulier des travaux de Stoller (1976, 1989) sur l'identité du genre et sur l'érotisme. Il se fonde aussi sur les recherches psychanalytiques et sexologiques contemporaines (spécialement celles concernant le développement des relations objectales et la problématique narcissique), le savoir ethnosexologique, les données de l'embryologie moderne (pour étayer l'hypothèse de la protoféminité) et les théories de l'attachement. Crépault suggère aussi des nouvelles hypothèses qui s'appuient sur son expérience clinique : les reconstructions ontogéniques à partir de patients manifestant un désordre sexuel.

a. Définition de la Sexoanalyse

La sexoanalyse est une méthode sexothérapeutique qui met l'accent sur l'utilisation de l'imaginaire érotique comme entrée de l'inconscient et comme outil d'évolution, par la parole et l'insight, dans une *relation thérapeutique centrale*. L'objectif est de favoriser chez le patient un *processus* qui l'amènera vers une amélioration, voire vers une guérison de ses troubles sexuels, vers plus de maturité et santé sexuelles. Il définit la santé sexuelle comme un état de bien-être sexuel impliquant une attitude non rigide face à la sexualité, une certaine légèreté permettant l'accès au plaisir et un équilibre entre les érotismes fusionnels et anti-fusionnels. Le patient est capable de désirer, d'imaginer et de jouir, d'harmoniser les fantasmes et le réel, d'érotiser une personne adulte consentante. L'investissement de sa spécificité sexuelle (mâle ou femelle, homme ou femme) et l'intégration des composantes masculines et féminines sont, selon Crépault (2005), des bons indices de maturité genrale.

Les particularités de la sexoanalyse sont les suivantes :

1. une vision de l'inconscient sexuel comme entité autonome avec ses propres lois et mécanismes d'action ;
2. l'accent mis sur les interactions et les connexions entre la sexualité, la genralité et le rapport à l'autre sexe en tenant compte des réseaux conscient et inconscient ;
3. l'exploration des liens (concordants et discordants) entre les rêves, les fantasmes éveillés et les conduites sexuelles réelles.

Elle s'appuie sur deux piliers : une « théorie » de l'ontogenèse sexuelle et une approche sexothérapeutique. La sexoanalyse est devenue à la fois une théorie du développement psychosexuel et de l'inconscient, ainsi qu'une méthode clinique.

b. Considérations théoriques et cliniques

Dans la pensée sexoanalytique, le sexuel renvoie à la sexualité, à la genralité et au rapport à l'autre (et au même) sexe (Crépault 2005). La sexualité désigne l'ensemble des productions fantasmatiques et des conduites réelles qui sont une source potentielle ou manifeste de plaisir érotique. Le plaisir érotique est défini comme une impression subjective spécifique susceptible de provoquer une excitation génitale. La genralité est la quantité de masculinité et de féminité dont est porteur un individu. La troisième sphère du sexuel en sexoanalyse, le rapport à l'autre sexe, fait référence à l'ensemble des perceptions conscientes et inconscientes concernant l'autre sexe et le même sexe.

La sexualité n'est pas conçue comme une force pulsionnelle régie par des déterminismes biologiques. Crépault (2007) présume qu'elle est un construit psychique permettant la satisfaction de besoins affectifs fondamentaux et la résolution temporaire de certains conflits. Le sexuel est porteur de significations affectives et défensives. La sexualité a trois fonctions : hédonique (atteindre le plaisir), complétive (besoin fusionnel et de réassurance par rapport à la féminité/masculinité) et défensive (masquer ou résoudre provisoirement certains conflits). Dans une optique sexoanalytique, la personne qui a recours à la sexualité pour satisfaire surtout des besoins psycho-affectifs (fonction complétive) fait preuve d'une plus grande maturité sexuelle, que celle qui utilise la sexualité principalement à des fins défensives.

Les troubles sexuels ne se limitent pas aux dérèglements de la fonction érotique ; ils incluent les désordres de la genralité et du rapport à l'autre/au même sexe. Le symptôme sexuel est mis en relation avec l'histoire sexuelle et les conflits qui on pu en résulter. Crépault explique le sexuel par le sexuel. Le regard est essentiellement sexologique. D'autres facteurs non sexuels pourront maximiser les perturbations sexuelles sans être suffisants en eux-mêmes pour les induire. Le travail clinique consiste d'abord en découvrir les conflits sexuels et les anxiétés inconscientes dont le trouble sexuel est porteur ; ensuite il faut les neutraliser par un travail « correctif » sur l'imaginaire et la réalité.

S'appuyant sur les travaux de Stoller (1978, 1989), la sexoanalyse formule une « théorie » sur le développement psychosexuel et ses liens avec la fonction érotique. Elle

reconnait l'existence d'une phase de féminité primaire commune aux deux sexes (protoféminité). La masculinité est vue comme une construction secondaire facilitée par la mise en veilleuse de la féminité de base et par l'émergence de l'agressivité phallique. Cela a par conséquence une plus grande vulnérabilité de l'identité masculine qui pourrait avoir des répercussions sur la vie érotique de l'homme : une plus forte propension à une sexualité défensive, aux érotisations atypiques et au clivage entre l'objet d'amour et l'objet de désir sexuel. Chez la femme, la désirabilité est la force féminisante. Ce sont les hypothèses sexoanalytiques centrales concernant le développement de la genralité.

Claude Crépault (1991) critique le manque de précision de la plupart des classifications des désordres sexuels dans le domaine de la sexologie clinique. Celles-ci seraient trop centrées sur la fonctionnalité (et sur le dysfonctionnement physiologique) et sur les troubles manifestes. Il va proposer en 1993 une classification sexoanalytique des troubles sexuels qu'il révisé en 2005. Les quatre axes principaux sont : les troubles de la genralité, les troubles de la sexualité, les dysphories intersexuelles et les désordres de la vie amoureuse. Il propose les sept critères de santé sexuelle suivants :

1. capacité, aptitude à désirer, imaginer et jouir ;
2. capacité d'érotiser une personne humaine adulte consentante ;
3. absence de perversion (hostilité, déshumanisation) majeure ou capacité de la neutraliser ;
4. absence de déviance majeure (désirer un objet non humain, non adulte, incestueux ou non consentant) ou capacité de la neutraliser ;
5. aptitude à la polyvalence dans les modes de désir, d'excitation et de jouissance (entre la fusionnalité et la non-fusionnalité, l'inconnu, le risque) ;
6. capacité d'harmoniser les fantasmes et le réel (faire la différence entre les petites et les grandes transgressions) ;
7. aptitude à la légèreté sexuelle, la non dramatisation, la non-addiction.

Les concepts centraux de la sexoanalyse sont :

- le sexuel avec ses (dys)fonctions et ses conflits dans une perspective développementale,
- l'érotisation comme intégration et clivage des besoins fusionnel et d'individuation, et
- l'identité de genre avec les notions de développement différentiel, la protoféminité et l'agressivité phallique.

La cure sexoanalytique accorde une attention particulière aux fantasmes érotiques conscients et inconscients (Crépault, 1997, 2005, 2007). Elle explore les liens entre les rêves, les fantasmes éveillés et les conduites sexuelles réelles. La sexoanalyse présuppose que le rêve est la voie par excellence qui mène à l'inconscient sexuel. Elle part de l'hypothèse que les troubles sexuels reposent en général sur des anxiétés et des désirs inconscients, lesquels peuvent être conscientisés et décodés par l'analyse des fantasmes et des rêves. Les anxiétés et les désirs sexuels insupportables pour le Moi conscient auraient tendance à être évacués du champ de la conscience. Le sexoanalyste peut accéder aux contenus inconscients amenant la personne à préciser ses productions oniriques et fantasmatiques dans le moindre détail. La compréhension de leur signification, ainsi que la création de nouvelles ouvertures fantasmatiques, permet de déconflictualiser le mode d'érotisation et d'éliminer les troubles sexuels. Une meilleure adaptation au réel devient ainsi possible. Les observations sexoanalytiques indiquent, qu'il existe une interaction entre ces deux réseaux (fantasmes et rêves) et la réalité. Les transformations dans la dynamique sexuelle d'un individu passe en générale par le rêve avant de se traduire dans le fantasme éveillé et la réalité. Pour reprendre les mots de Crépault (2005, p. 18):

«Une fois rêvé, le changement peut être imaginé. Une fois imaginé, il peut être réalisé.»

Chapitre 2 : « Contributions actuelles de l'ACP et de la sexoanalyse en sexologie »

Je vais distinguer les publications qui abordent directement la question du sexuel de celles qui parlent de thérapie de couple et des identités sexuées. Ces dernières impliquent les interventions cliniques liées à la sexualité.

Nous avons vu que Carl Rogers s'est peu expliqué au sujet de la sexualité. Il a ouvert une voie, d'autres sont venus prendre le relais et approfondir certains aspects. Certains thérapeutes ont développé une pratique clinique dans les domaines qui touchent au sexuel. Cependant, les apports théoriques spécifiques à la sexualité dans la littérature de l'ACP ne sont pas nombreux. Etant donné que j'ai suivi ma formation psychothérapeutique dans un contexte culturel et professionnel germanophone, j'ai choisi de me référer de préférence aux publications des auteurs allemands et autrichiens.

Dans l'ACP, Marietta Winkler (1992), Beatrix Teichmann-Wirth (1992) et Peter Schmid (1996), entre autres, ont essayé de comprendre le sexuel d'un point de vue centré sur la personne. C'est sur les thèses que Schmid, auteur allemand prolifique, a prononcées autour de l'intimité et la sexualité que je centre mon attention. Dans le domaine de la thérapie de couple, je voudrais également mentionner les travaux d'Anna Auckenthaler (1983). Cet auteur propose début des années '80 un « model théorique provisoire sur la psychothérapie centrée sur la personne avec les couples ». Elle souligne l'importance de favoriser un processus de changement de la personnalité dans chaque partenaire. Ce changement va contribuer de façon indirecte à une amélioration de la relation du couple. Christian Wolf (1999) ajoute d'autres ingrédients à ces deux processus thérapeutiques individuels qui auraient lieu dans un setting de couple. Charles Neal, Dominic Davies et leurs collaborateurs (1996, 2000) appliquent depuis des années l'ACP dans leur travail thérapeutique avec les minorités sexuelles (les clients homosexuels, bisexuels et transgenres) au Royaume Uni. Davies présente une approche de travail avec des clients qui s'identifient comme homosexuels ou bisexuels et qui ne stigmatisent et ne discriminent pas ces clients.

Dans l'approche sexoanalytique, il y a eu un apport considérable de publications et réflexions à partir de la clinique. Je vais me centrer sur les travaux de Denise Medico (2003-2009), Roch Bouchard (1999) et Claude Esturgie (2008).

2.1. Discours sur le sexuel

Marietta Winkler (1992) souligne l'importance de la différence des genres dans l'interaction thérapeutique. Il n'y aurait pas des « personnes » en thérapie, mais plutôt des « femmes » et des « hommes ». C'est les dimensions « masculin » et « féminin » dans le concept « personne » qui l'interpellent. Winkler essaie d'identifier les besoins et les points de vue spécifiques aux genres et de les intégrer dans la théorie et dans la pratique du travail thérapeutique. Carl Rogers aurait laissé beaucoup des questions sans réponse autour de la sexualité, la femme, le pouvoir, l'agression, etc. et Winkler encourage ses collègues à se prononcer à ces sujets. Un travail approfondi de réflexion de la part des thérapeutes sur leur image de la féminité et de la masculinité est fondamentale : il ouvrirait la possibilité d'offrir aux hommes et aux femmes en thérapie un espace où créer des schémas de vie plus adaptés à leurs besoins individuels.

Beatrix Teichmann-Wirth (1992) s'interroge sur le degré d'ouverture au vécu et de la congruence dans la sexualité des personnes en thérapie. Les difficultés sexuelles sont à interpréter dans l'ACP comme une certaine forme d'incongruence. Elle voit dans ces troubles une expression particulière de la personne vis-à-vis d'elle-même et des autres. Une sexualité congruente et saine est à comprendre comme un mouvement de libération de la rigidité du corps. Teichmann insiste, dans le sens de la sexoanalyse, sur la liberté (la flexibilité) de pensée et d'action comme ingrédient fondamental de la santé sexuelle. Puisque l'ACP n'a pas développé une classification de troubles de la santé sexuelle avec un programme spécifique de traitement, l'attitude et le langage que le thérapeute ou la thérapeute utilisera se relèvent de grande importance. Il faut nommer les choses, avoir un langage précis et congruent du sexuel.

Peter Schmid (1996) reconnaît le peu d'attention qu'a été portée à la sexualité dans l'ACP. Il essaie de la comprendre d'un point de vue centré sur la personne, en particulier dans le cadre de la tendance actualisante et du besoin de relation de l'être humain. Selon Schmid, le développement de la personnalité, le devenir humain, signifie toujours aussi « incarnation ». Ce processus incarné trouverait dans la relation sexuelle, en tant qu'expression corporelle de l'amour et rencontre personnelle, son apogée. Une attitude positive vis-à-vis de son corps est une condition importante à la liberté intérieure vis-à-vis de la sexualité.

Les troubles sexuels sont interprétés comme les différentes formes d'un état d'incongruence ou de désaccord interne. L'individu exprime à travers eux la relation qu'il entretient avec soi-même et avec les autres. La sexualité est dans ce cas là plus au service de l'exercice du pouvoir (fonction défensive, en langage sexoanalytique) qu'au besoin d'union et

de fusion avec l'autre (fonction complétive). La sexualité peut ainsi répondre à un certain nombre de besoins différents, aussi dans l'absence d'un « intérêt génitale ». La question centrale dans la thérapie est, selon Schmid (1996, p. 489): « In welcher Art drückt dieser Mensch in seiner Sexualität seine Beziehung zu sich und anderen aus? » En français : de quelle manière exprime cet individu dans sa sexualité sa relation avec soi-même et avec les autres ?

Voici quelques autres réflexions de P. Schmid autour de la notion de sexualité et de la santé sexuelle:

1. La sexualité englobe de façon unique les besoins et potentialités fondamentaux de la personne. Elle est l'expression du besoin de relation de l'être humain et joue un rôle central dans l'identité et/ou l'aliénation de la personne. Elle a affaire avec l'individualité d'un côté, la capacité à créer des liens de l'autre. La question de la sexualité d'un être humain, c'est toujours la question de son rapport à lui-même et aux autres. La sexualité entraîne l'identité personnelle dans son sillage et s'apparente à une dimension de rencontre. Elle ne renvoie pas simplement à une dimension individuelle. Elle englobe plus que « moi tout seul ».
2. La sexualité est quelque chose de violent, une force primitive. Elle a plusieurs fonctions et peut s'exprimer de façon multiple. Elle est vue comme un langage corporel de la personne ; les différentes formes de sexualité sont vues comme dialecte de cette langue. L'incongruence sexuelle provient de la défense face à la peur. La négation ou la déformation des penchants sexuels apparaissent par peur de leur aspect menaçant : afin de ne pas devoir être intégrés au concept du moi, ces penchants sont désavoués, reniés ou symbolisés de façon déformée.
3. La sexualité est une des portes d'accès à l'être humain et à l'exercice du pouvoir. La réglementation de la sexualité, la répression du plaisir d'autrui apparaît être un fort symbole du pouvoir. Lorsqu'elle ne sert pas le but de la rencontre, on court le risque de l'abus.
4. La sexualité est par définition créative. Une vie nouvelle peut en résulter.
5. Une sexualité congruente signifie la plus grande concordance possible entre les expériences sexuelles et une symbolisation correspondant au vécu (dans l'imaginaire).
6. Une sexualité épanouie est caractérisée par un mouvement dirigé, elle n'est pas figée. Elle est l'expression d'une liberté tant psychique que corporelle, une ouverture sans gêne à l'expérience. Cette liberté n'est pas à confondre avec le goût à faire telle ou telle chose, mais on peut la comprendre aussi comme le choix, à travers d'un lien choisi, d'un certain type de relation.

Enfin, Peter Schmid avance une définition de santé sexuelle qui est très proche de celle développée par Claude Crépault. Une sexualité congruente, épanouie et centrée sur la personne se caractérise par : un mouvement tant physique que psychique (à l'opposé de la rigidité, de l'endormissement, de la tranquillité), la créativité (à l'opposé de la répétition et de la technique) et la diversité (au contraire de l'uniformité). En tant qu'expression du dépassement de soi (transcendance), la potentialité sexuelle détiendrait une place particulière entre toutes les potentialités humaines.

En sexoanalyse, la sexualité n'est pas conçue comme une force pulsionnelle régie par des déterminismes biologiques. Crépault (2007) présume qu'elle est un construit psychique permettant la satisfaction de besoins affectifs fondamentaux et la résolution temporaire de certains conflits. Le sexuel serait porteur de significations affectives et défensives.

Dans ses réflexions, Denise Medico (2007) propose une épistémologie constructionniste en lien avec la pensée post-moderne et les théories narratives. C'est le « moi sexuel », produit des narrations de la personne sur les relations qu'elle entretient à travers sa corporalité avec les autres, qui retient toute son attention. Elle définit ce « moi sexuel » comme un construit psychique. Le thérapeute ne rencontrerait pas une « sexualité », mais un sujet qui parle de sa sexualité, un « moi sexuel » qui s'exprime. Medico suggère que :

« La sexoanalyse doit maintenant se questionner sur ses fondements philosophiques et épistémologiques, sur sa vision de la connaissance et du sujet, sur sa conception de la clinique. »

Ce discours se rapproche de l'ACP : la personne est écoutée d'une façon plus globale.

2.2. Discours sur la psychothérapie de couple

Anna Auckenthaler (1997) constate que trop souvent les psychothérapeutes formés dans l'ACP ne se sentent pas suffisamment outillés pour travailler avec les couples. Ceux-ci tendent alors à visiter d'autres approches qui s'expriment de façon claire et explicite sur le sujet « psychothérapie de couple ».

Il est vrai, que l'ACP fut développé tout au début dans la situation de la thérapie individuelle. Les travaux de recherche se poursuivirent dans ce cadre, ne pas donnant lieu à une réflexion théorique sur les applications sur le travail clinique avec les couples. Auckenthaler se

propose alors d'étudier la question en profondeur et développe dans les années 70-80 un modèle théorique provisoire sur la psychothérapie centrée sur la personne avec les couples : « eine theoretische Modellierung der klientenzentrierten Psychotherapie mit Paaren ». Il s'agit des hypothèses qu'elle ouvre à une discussion.

Le but principal de la psychothérapie centrée sur la personne est un changement de la relation que le client entretient avec soi-même, de l'amener vers plus d'empathie, d'acceptation de soi et de congruence. Ces nouvelles attitudes vont avoir un impact sur sa relation avec les autres. En conséquence, le concept de changement de la psychothérapie centrée sur la personne implique une amélioration des relations interpersonnelles. Les objectifs de la thérapie de couple restent les mêmes que ceux de la thérapie individuelle, sauf que le thérapeute est face à un processus de changement à deux. Il a deux clients au lieu d'un seul devant lui.

A. Auckenthaler adapte les conditions de base de l'ACP à la thérapie de couple. Ce sont les conditions nécessaires pour rendre un processus de changement possible (une modification positive de la personnalité) :

- a) Les deux partenaires (X et Y) doivent être en contact psychologique avec le thérapeute ; X et Y veulent rentrer en contact psychologique et communiquer entre eux;
- b) X et Y sont dans un état de discordance intérieure, de vulnérabilité ou d'anxiété : leur mode de communication est contradictoire, ambivalent, défensif ou superficiel ; leur fragilité les fait se sentir menacés par l'autre ; leur perception du partenaire est perturbée ; ils peuvent pas comprendre/accepter l'autre et ne se sentent pas compris/acceptés ; ils expriment surtout leurs émotions négatives ; leur perception de soi-même et de l'autre devient de plus en plus rigide, ...etc;
- c) Le thérapeute est dans sa relation avec X et Y dans un état de concordance intérieure (congruence) ; il manifeste une acceptation/considération positive inconditionnelle envers X et Y ; il expérimente une compréhension empathique des systèmes de référence propres à X et à Y et a la volonté de leur faire partager cette compréhension;
- d) X et Y sont capables de percevoir, au moins de façon embryonnaire, la compréhension empathique et la considération positive inconditionnelle que leur offre le thérapeute.

Aux conditions nécessaires et suffisantes que Carl Rogers avait prononcées, Auckenthaler ajoute deux à la thérapie de couple. Une amélioration de la relation a seulement du sens si a) les deux partenaires veulent encore communiquer entre eux et si , b) leur état de discordance intérieure (incongruence) se reflète vraiment sur leur relation interpersonnelle.

Le processus thérapeutique de changement parcourt les mêmes phases que cela soit en thérapie de couple ou en thérapie individuelle :

1. La rigidité de la perception diminue et l'expérience vécue peut être symbolisée de façon plus adéquate;
2. X et Y ressentent pleinement et consciemment des émotions qui étaient niées ou déformées dans le conscient ;
3. Les concepts du soi sont réorganisés pour permettre une intégration des expériences avant niées ou déformées ;
4. X et Y peuvent interpréter de façon correcte le système de référence de l'autre et le comprendre avec empathie ;
5. X et Y se sentent compris et leur besoin de reconnaissance est satisfait. Ils peuvent s'accepter réciproquement de façon plus inconditionnelle ;
6. X et Y se sentent vivre dans une relation moins discordante (plus congruente) ou conflictuelle.

En conclusion, Auckenthaler porte toute son attention sur le processus de changement de tous les deux partenaires vers plus de congruence, plus d'ouverture à l'expérience et un comportement moins défensif. Le changement dans la relation entre les partenaires passe par le changement dans la relation que chaque partenaire entretient avec soi-même. Le degré de changement constructif de la personnalité est pourtant moins grande de celui atteint en thérapie individuelle.

D'autres thérapeutes d'orientation rogéienne comme Christian Wolf (1999) pensent que la thérapie de couple doit contenir des interventions spécifiques et qu'elle doit être plus qu'une thérapie individuelle avec deux personnes en relation. Effectivement, une relation de couple satisfaisante implique que les deux partenaires soient dans un processus de développement et de croissance constante pour éviter la stagnation. Un mode relationnel capable de changement, de variation, d'intégration des nouveaux modes de fonctionnement et d'ouverture à des nouvelles possibilités, contribue à l'épanouissement du couple. Il faut faire avant tout confiance au couple et le comprendre comme un organisme en soi. Un organisme qui connaît la direction (de développement et croissance) qui lui est propre, même s'il ne peut pas la définir intellectuellement.

Judith Freitag et Nora Nemeskeri (1992) constatent qu'il faut une maturité psychologique et émotionnelle considérables pour faire le « bon » choix du partenaire, et que la plupart de gens font ce choix (et se marient) à un âge où cette maturité n'est pas encore donnée.

L'intimité et la confiance dans le partenaire se construisent à travers le respect de l'identité personnelle (être soi-même) et de l'identité de l'Autre. La communication est fondamentale. Dans l'ACP avec les couples (« personzentrierte Partnertherapie »), le thérapeute va centrer son attention sur la capacité de chaque partenaire d'entrer en relation avec l'Autre. Il peut intégrer des éléments d'autres approches, tout en évitant une démarche trop technique. L'objectif reste d'aider chaque partenaire à s'ouvrir à une plus grande maturité relationnelle.

En sexanalyse, la thérapie de couple reste un sujet d'interrogation. Dans son élaboration, la cure sexanalytique a été conçue pour l'intervention individuelle. Crépault (2007) lui-même reste ouvert à une intégration d'éléments des psychothérapies d'orientation systémique.

Roch Bouchard (1999, p. 87-94) soulève la problématique de l'exploration en thérapie de l'inconscient sexuel (fantasmes et rêves érotiques), lieu secret et intime de l'individu. Le processus de compréhension de la sexualité pourrait être entravé par la difficulté à se dévoiler en présence du partenaire (crainte de réprobation). Cet auteur suggère une bonne capacité de verbalisation sur la sexualité chez les deux conjoints comme condition préalable à la thérapie sexanalytique de couple. Il existe d'autres variables dans le traitement en sexanalyse (comme le processus de libre association, l'attention flottante et l'observation du transfert) qui privilégient l'intervention individuelle. Le thérapeute doit aussi rester impartial.

Bouchard donne une série de « recommandations » aux sexanalystes basées sur ses expériences cliniques :

- Dans les débuts de la thérapie, permettre au conjoint se sentant le plus à l'aise, d'expliquer les difficultés auxquelles le couple est confronté.
- Tenir compte des résistances, des interactions et des apports de chaque partenaire qui confirment ou rectifient certaines informations données.
- Amener le plus vite possible le couple à faire des insights rassurants en relation avec les difficultés à l'origine de la consultation.
- Se permettre d'être plus directif et d'interpréter le réel davantage, si l'imaginaire érotique n'est pas immédiatement accessible.
- Patienter pour obtenir le matériel clinique (sexuel) et faire de la place aux résistances et aux abréactions.
- Interpréter les mouvements transférentiels afin de mieux comprendre, non seulement la problématique sexuelle, mais aussi le mode relationnel des partenaires dans leur couple et la nature des liens qu'ils entretiennent avec le thérapeute.

En résumé, la démarche en couple doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs qui exigent du sexoanalyste un travail additionnel. Elle demande plus d'expérience clinique, plus d'effort personnel, plus d'attention et plus de sensibilité. Par contre, elle permet au sexoanalyste de mieux comprendre le mode de fonctionnement des partenaires dans le couple, ainsi que leurs convergences et divergences dans leur vision de la problématique sexuelle.

Pour finir, Bouchard nous dit:

« La sexoanalyse de couple reste une approche intéressante et efficace pour traiter les problèmes liés à l'expression de la sexualité relationnelle (1999, p. 88). »

2.3. Discours sur les identités sexuées

Carl Rogers n'a pas développé une théorie clinique spécifique concernant les minorités sexuelles. Il mentionne rarement l'homosexualité dans ses nombreux écrits. Il n'a pas exprimé des propos hétérosexistes⁴ et comptait avec des homosexuels parmi ses collaborateurs. C'était une époque bien avant que l'American Psychiatric Association déclassifie l'homosexualité du DSM en 1973.

Un des psychothérapeutes dans le courant « post-rogerien » qui s'est beaucoup engagé dans le travail avec les minorités sexuelles est Dominic Davies. Je vais me référer à ses travaux en collaboration avec Charles Neal (1996, 2000). Il développe des « guidelines for good practice », des recommandations pour une pratique « centrée sur la personne », dans le travail avec les clients homosexuels et bisexuels. La « gay affirmative therapy⁵ » guide ses réflexions. Davies propose un modèle de thérapie affirmative gay qui intègre les approches psychodynamiques et humanistes.

Dans l'opinion de Davies (2000, p. 91-105), l'ACP est très présente au Royaume Uni dans le domaine de la psychothérapie. Elle a été depuis longue date « adoptée » par des thérapeutes et clients gays, lesbiennes, bisexuels et transgenre. L'attitude de C. Rogers de respect et non-jugement de l'individu, en combinaison avec son approche absente de diagnostics et notions de pathologie, ont permis à ces personnes de se sentir accueillies dans leur différence. Davies adapte les conditions de Rogers - jugées comme nécessaires à l'amorce

⁴ L'hétérosexisme est défini comme la croyance que l'hétérosexualité est supérieure aux autres formes de sexualité, car elle serait plus naturelle ou plus saine.

⁵ Ce modèle de thérapie soutient les homosexuels dans leur processus d'acceptation de leur condition. Il les aide à s'affirmer dans leur mode d'expression de la sexualité avec les mêmes droits que les personnes à identité hétérosexuelle.

d'une modification positive de la personnalité dans le processus thérapeutique – au travail avec les minorités sexuées. Il rend le thérapeute attentif à sa façon d'entrer en relation avec ces clients, certains s'ayant sentis dans le passé « maltraités » et « persécutés » par les professionnels de la santé. Beaucoup d'entre eux ont développé une espèce de radar pour leur permettre de lire entre les lignes l'orientation sexuelle et les attitudes de leur thérapeute. Ils manifesteront des signes d'hypervigilance face à la possibilité d'être qualifiés des « malades » ou des « déviants ». Leur homophobie internalisée, les sentiments de honte et de peur face aux hétérosexuels, leur appréhension des croyances et des attitudes du clinicien, c'est sont des facteurs qui peuvent entraver l'alliance thérapeutique (Davies et Aykroyd 1996).

Claude Crépault n'a pas beaucoup développé le sujet des minorités sexuelles. Dans les premiers temps de la sexoanalyse, il a développé une approche normalisatrice et hétérocentrée, allant même jusqu'à présenter l'homosexualité et les identités de genre non-conformes comme des troubles du développement psychosexuel (Crépault, 1997). Dans un deuxième temps, il a défendu l'idée que l'homosexualité peut coexister avec la santé sexuelle, mais qu'elle est une rupture dans le développement psychosexuel (Crépault, 2005). L'homosexualité ne remplit pas les critères de maturité sexuelle. Dans sa révision de la classification sexoanalytique des troubles sexuels, une nouvelle typologie des homosexualités est proposée :

« L'objectif de la cure sexoanalytique n'est pas nécessairement de changer l'orientation sexuelle, mais d'amener à un mieux-être sexuel, de consolider au besoin la masculinité et de favoriser une concordance entre les désirs, les fantasmes, les rêves et la réalité (2005, p. 28). »

D'autres auteurs dans le courant sexoanalytique défendent une vision constructionniste de la sexualité et dépathologisent la question des homosexualités et des identités de genre non-conformes. Je veux mentionner les positions de Claude Esturgie et Denise Medico.

Claude Esturgie (2008) fait le point sur la construction de l'identité sexuelle et, en particulier, sur les questions des réalités du travestissement et de la transsexualité. Il se demande, si un jour « la tyrannie du genre » sera abolie et il n'existera plus qu'un seul genre, « un genre uniformément humain », un genre qui ne tient pas compte des différences de sexe, de race ou de classe social.

Denise Medico revoit les discours sexologiques et les pratiques cliniques auprès des personnes transgenres (2009). Elle approfondi aussi la question des bisexualités et constate que le concept de bisexualité se prête à confusion dans la littérature d'inspiration psychodynamique. Pour mieux le saisir, elle explore le vécu des personnes bisexuelles dans leurs différentes

quêtes érotiques et propose une typologie sexoanalytique de la bisexualité féminine et de la bisexualité masculine. Medico remet en question la dichotomie de l'orientation sexuelle basée sur le genre et souligne la complexité de ce phénomène pluridimensionnel. Elle suggère que la prise en charge des personnes bisexuelles devrait tenir davantage compte des discontinuités qu'apparaissent dans leur récit concernant les fantasmes, les rêves et les comportements sexuels.

Enfin, elle donne une place centrale au vécu de la personne et respecte la référence de la personne à soi-même comme source d'évaluation.

Il s'agit d'un point central de rencontre entre la sexoanalyse et l'ACP.

Partie II : La méthodologie clinique selon la Sexanalyse et l'ACP – vers une synthèse en sexologie clinique

Chapitre 1 : « Considérations générales »

« En séance, le patient et le sexanalyste co-construisent un espace commun de communication. (...) les phénomènes psychologiques ne sont pas des produits isolés du psychisme individuel mais se forment dans une interface relationnelle. En thérapie, c'est cette interface relationnelle qui permettra le changement. »

Denise Medico (1997)

Nous venons de voir que la sexanalyse se démarque des autres sexothérapies par l'accent qu'elle met sur les significations inconscientes des troubles sexuels et sur le travail sur l'imaginaire. Il est postulé que les troubles sexuels ont leur propre trajectoire, qu'ils ne sont pas nécessairement des symptômes de psychopathologie (des épiphénomènes) et qu'ils doivent être traités cliniquement d'une façon spécifique. Selon C. Crépault (2007), actuellement la sexanalyse est avant tout l'étude de l'inconscient sexuel et de ses manifestations. L'objectif central de cette approche spécifiquement sexologique est d'amener le patient à comprendre la genèse de son trouble sexuel et les facteurs inconscients qui contribuent à son maintien pour permettre l'acquisition d'une meilleure maturité et santé sexuelle.

L'ACP met l'accent sur la qualité de la relation entre le psychothérapeute et le client. Dans cette rencontre particulière, le facteur décisif de changement et de développement tient à trois conditions de base nécessaires et suffisantes dans la personne du thérapeute à l'égard de son client. C'est plus une philosophie, une approche phénoménologique, qu'une technique. Elle affirme que l'individu est socialement constructif ou créatif ; qu'il possède aptitude et tendance à la symbolisation consciente et adéquate de son expérience vécue ; qu'il possède aptitude et tendance à maintenir une congruence entre l'image qu'il a de lui-même et son expérience ; qu'il aspire à un regard positif sur soi. Carl R. Rogers et les cliniciens qui s'inscrivent dans cette approche font de la qualité de la rencontre entre le thérapeute et la personne en souffrance leur sujet principal d'intérêt. Il s'agit surtout d'un modèle relationnel.

Je vais essayer d'explicitier, au niveau de la méthodologie, comment cette approche peut apporter au travail sexanalytique une réflexion approfondie et riche sur la relation

thérapeutique. Certaines attitudes intérieures profondes du thérapeute en combinaison avec la technique sexoanalytique permettent au patient de dépasser les blocages qui entravent son épanouissement et de poursuivre son chemin vers un accomplissement personnel et sexuel plus harmonieux.

Autrement dit, l'expérience « corrective » dans (ou *via*) l'imaginaire du patient est considérablement facilitée par l'expérience « corrective » qu'il expérimente (« experiencing ») dans sa relation avec le thérapeute (et finalement à soi-même). Le rôle de l'intersubjectivité (« analyse du transfert » en langage psychodynamique ou « relation d'aide » dans la conception rogerienne) mérite d'être approfondi dans la pensée et dans la pratique sexoanalytiques.

Chapitre 2 : « Le travail thérapeutique : convergences et divergences »

« Le processus thérapeutique ne relève pas du jugement moral. On accepte les sentiments positifs parce qu'ils font partie de la personnalité, ni plus ni moins que les sentiments négatifs. En accueillant aussi bien les pulsions adultes que les pulsions infantiles, les attitudes agressives que les attitudes sociales, les sentiments de culpabilité que les manifestations de sérénité, le psychologue donne à la personne la possibilité, pour la première fois de sa vie, de se comprendre tel qu'elle est. »

Carl R. Rogers (1942, p. 35)

Dans le traitement sexoanalytique, le patient est amené à découvrir les causes et les significations de son désordre sexuel par la parole et l'insight affectif, le travail sur l'imaginaire érotique et la centralité de la relation thérapeutique. Le changement va s'opérer via l'imaginaire, et ensuite dans la réalité. Dans la thérapie inspirée de l'ACP, l'objectif est de favoriser chez le client un processus l'amenant vers un état de bien-être psychologique qui implique une attitude non rigide face au concept de soi et des autres, une plus grande capacité d'assumer ses responsabilités par rapport à lui-même et les autres, vivre et apprendre des nouvelles choses, enfin aller vers une diminution de ses blocages. La psychothérapie signifie l'actualisation du potentiel présent chez le client grâce à une rencontre interpersonnelle propice à l'épanouissement. Plus que la technique, le facteur décisif de changement thérapeutique est la

qualité de la relation. Dans les deux approches sont privilégiés la parole et l'insight affectif, le travail sur le vécu émotionnel et sur l'imaginaire, ainsi que la relation d'aide entre le thérapeute et le patient/client.

Je vais porter mes réflexions sur les convergences et les divergences dans 1) le cadre thérapeutique (ou « setting »), 2) le rôle du thérapeute, 3) la position du patient, 4) les indications et contre-indications de la thérapie, et 5) le processus thérapeutique.

C'est au niveau de la qualité de la relation thérapeutique et du processus de changement déclenché chez le patient que la sexoanalyse et l'ACP semblent converger.

2.1. Setting et durée du traitement

La sexoanalyse et l'ACP sont des thérapies à moyen terme dépendant de la nature du problème, de la force des résistances et de la motivation du client. Crépault mentionne même un nombre de 25 à 125 séances (Crépault, 1997) et plus tard de 50 à 75 (Crépault, 2007). Les deux approches privilégient les entretiens individuels en face à face (d'une durée de 50 minutes, une ou deux fois par semaine). L'entretien individuel permettrait en sexoanalyse d'accéder plus facilement à la dynamique érotique, au monde fantasmatique et à l'inconscient sexuel. Crépault (2007) écrit n'avoir jamais expérimenté la sexoanalyse avec les couples et suggère une combinaison du modèle systémique et du modèle sexoanalytique. Bouchard (1999) fait des expériences intéressantes avec les couples en sexoanalyse. C. Rogers (1972) écoute des couples parler de leur mariage, de leurs difficultés, mais n'entame pas un suivi thérapeutique avec eux. Il concentre son activité clinique sur la thérapie individuelle et sur les groupes de rencontre (Rogers, 1970). Suivant la tradition rogérienne, l'ACP se pratique dans les groupes de psychothérapie (Schmid, 1996). Auckenthaler (1997), parmi d'autres auteurs, propose dans les années septante un model théorique sur la psychothérapie avec les couples centrée sur la personne.

2.2. Rôle du thérapeute

Les deux approches s'entendent sur le rôle *initial* du thérapeute : faciliter le processus thérapeutique avec une attitude « centrée sur la personne ». Crépault (1997) conseille une attitude « centrée sur la technique » (dans mes mots), c'est-à-dire plus directive, dans les phases

plus avancées du traitement, et en particulier, dans le travail sur l'imaginaire érotique. Rogers (1957) insiste sur la centralité des attitudes intérieures fondamentales du thérapeute et d'une « atmosphère » de chaleur humaine tout au long du processus.

Le thérapeute est confronté à un défi majeur en thérapie : l'installation d'une bonne alliance de travail avec la personne en quête d'aide. Lorsqu'il s'agit de sexualité, sujet intime par excellence, les principes, les pratiques morales « acceptables et normales », les préjugés, les tabous et les dogmes représentent une difficulté non négligeable. Le poids des coutumes, de l'éducation ou de la religion peut renforcer la gêne et la résistance au changement. Souvent, tout se joue lors des séances initiales. La réciprocité de confiance entre patient et thérapeute sera la garantie de la réussite, une base très solide. Christian Bonaventure (2005, p.189) souligne :

« L'amener (le patient) à un espace de liberté, de fluidité verbale, contourner ce que les psychanalystes appellent un Surmoi tyrannique doit aider à augmenter la confiance de la relation patient-thérapeute et permettre d'avaliser plus facilement un projet thérapeutique. (...) L'aide que nous devons apporter au patient ne se résume pas exclusivement à une résolution de problème, mais enveloppe l'être humain dans une dimension plus globale, plus humaniste. »

Crépault insiste sur l'importance de créer un espace de confiance propice au dévoilement de l'intimité affective et sexuelle. C'est le rôle initial du thérapeute. Il doit établir une bonne alliance de travail par son écoute bienveillante, son empathie, son respect des résistances, son humilité, son enthousiasme, son aisance à parler des choses sexuelles, sa capacité de confrontation et sa maturité psychologique. Il se pose comme « soi auxiliaire » qui va accompagner quelqu'un d'autre dans son voyage intérieur et l'aider à voir plus claire. Le sexoanalyste questionne, écoute attentivement, suggère des hypothèses, suscite des interrogations. Il favorise la libre association concentrant son attention sur le désordre sexuel et il resitue le matériel historique par rapport à la problématique sexuelle. La sexoanalyse ne nie pas le rôle du transfert dans l'évolution thérapeutique, mais elle ne vise pas à des changements structuraux de la personnalité. Selon C. Crépault (2007, p. 139), l'analyse systématique des réactions de transfert risquerait de perdre de vue la problématique sexuelle et d'ouvrir la porte à la psychothérapie :

« Afin de restreindre les mouvements régressifs et de garder le plus possible l'attention sur la problématique sexuelle, le transfert n'est ni encouragé ni interprété sauf quand il constitue une résistance importante à l'évolution thérapeutique. »

Cette position est actuellement sujet de débat en sexoanalyse. Certains auteurs ont proposé une posture inspirée des théories de l'intersubjectivité. Medico (1997) parle de la

séance thérapeutique comme un espace intersubjectif. Cet espace serait une construction commune qui a lieu entre le patient et le thérapeute, un lieu privilégié de changement. Ce concept peut inclure des aspects transférentiels, mais il s'appuie sur une vision différente de la relation thérapeutique : « *C'est ici (dans le processus relationnel) plus l'expérience d'être compris et d'être en relation que le retour des modes relationnels du passé qui est important.* »

Ces réflexions rejoignent la pensée phénoménologique et humaniste de l'ACP. Pour C. Rogers (1951), un facteur décisif du changement thérapeutique et de développement est la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute. Le rôle de ce dernier est tout au long de la thérapie de favoriser chez lui et chez son client trois attitudes intérieures profondes. Elles permettront à la personne en quête d'aide de dépasser les blocages qui entravent son épanouissement et de poursuivre son chemin vers un accomplissement personnel plus harmonieux. Cette rencontre *est* en soi thérapeutique.

Ces attitudes fondamentales et indissociables que le thérapeute centrée sur la personne s'efforce de vivre dans la relation avec son client sont :

- « L'acceptation et la considération positive inconditionnelle » de la personne en quête d'aide, de qui et de ce qu'elle est ici et maintenant, de ses sentiments, de ses émotions, de son vécu immédiat, avec ses difficultés et ses caractéristiques particulières. La libre expression des sentiments est encouragée. Le thérapeute n'entrave pas le flot d'hostilité et d'anxiété, le sentiment d'inquiétude ou de culpabilité, l'ambivalence ou l'indécision. Il favorise ainsi l'insight : une façon de voir plus clair en soi-même et de s'accepter. Le thérapeute amène le client à une plus grande acceptation de certains ressentis et vécus, de la manière la moins jugeant possible. Il s'agit de renforcer son estime de soi et d'explorer sans peur sa propre histoire. La relation thérapeutique est un lieu de reconstruction.

- « L'empathie centrée sur la personne », c'est-à-dire la capacité d'entrer dans le monde de l'autre, de le comprendre avec justesse et dans toute sa complexité, ainsi que de pouvoir lui communiquer cette compréhension. L'empathie, c'est se laisser résonner au monde du client. Le thérapeute s'attache et répond à ce qui fait sens en son client, « ce » quelque chose de vital autour de quoi s'articule son expérience profonde (*experiencing*) : voilà le défi de la réponse empathique. Le client doit percevoir cette compréhension empathique que lui porte le thérapeute. L'empathie s'attache particulièrement au « reflet des sentiments ».

- « La congruence », c'est-à-dire une perception de son propre vécu en tant que thérapeute qui est en relation avec la personne en quête d'aide. Cette ouverture implique de l'authenticité de la part du thérapeute, c'est-à-dire la capacité à être soi-même, en tant que personne, en contact avec tout ce qui se passe en soi et capable de le communiquer, si cela est aidant pour la personne en consultation.

Dans le champ de la psychothérapie, tant sur le plan pratique que sur le plan théorique, ces conditions nécessaires et suffisantes au développement de la personne, posées en 1957 par Rogers comme postulat, constituent le fondement d'un changement de paradigme anthropologique et thérapeutique. Le thérapeute cherche à favoriser l'actualisation du potentiel présent, grâce à une rencontre interpersonnelle.

Comme le sexoanalyste, le thérapeute rogérien favorise la libre association, ne formule pas des interprétations, respecte chaque client comme un cas unique, peut susciter des interrogations qui pourront être propices à la prise d'insight, est empathique et authentique, a une conception positive et libérale des relations humaines, une maturité émotionnelle et une bonne compréhension de soi. Il adopte un langage simple et métaphorique, évoque le contenu affectif des verbalisations du client et vise les « insights affectifs ». Le sexoanalyste recadre le matériel historique par rapport à la problématique sexuelle, il reste dans le champ sexuel. Le psychothérapeute rogérien vise à des changements de la personnalité et porte son attention à la globalité de l'individu.

Merleau-Ponty (1945) rappelle que le corps visible est sous-tendu par un schéma sexuel strictement individuel avec des zones érogènes accentuées. Le thérapeute doit être à l'écoute de l'autre pour capter cette perception secrète du corps.

2.3. Position du client/patient

La sexoanalyse et l'ACP laissent une grande place à l'individuation. Les deux approches se centrent sur les ressources internes de la personne. Le thérapeute fait confiance au patient/client dans sa capacité de se comprendre. Il favorise chez son patient une référence croissante à soi-même comme source d'évaluation. Il adopte une position de facilitateur et pas d'autorité. Il doit éviter de s'enfermer à l'intérieur d'un modèle théorique trop rigide.

Chaque client ou patient porte en soi une théorie et le thérapeute est suffisamment intuitif pour comprendre les idiosyncrasies. Le thérapeute doit essayer de rentrer dans son cadre

de référence et de l'accompagner là où il est. Il le suit de très près, s'efforce de le comprendre comme le patient se comprend (capacité empathique). Le thérapeute va à son rythme et le soutient dans cette démarche. Le changement prend corps dans ce champ interactionnel thérapeute/client. Selon Lamboy (2003), la relation thérapeutique s'appuie sur le pouvoir de l'interaction.

En sexoanalyse et dans l'ACP, le patient définit lui-même le cadre de sa thérapie, évaluant ce qui est raisonnable et possible et respectant son économie psychique. L'association libre lui donne une grande liberté. Il peut se sentir acteur de sa propre vie et réalisateur de ses objectifs à travers ses productions (oniriques et fantasmatiques en sexoanalyse).

Merleau-Ponty (1945, p. 208) écrit :

« Dans le temps de la relation, le monde du thérapeute et celui du client sont étroitement liés. Ils existent dans un tissage relationnel complexe, fait d'une multitude d'échanges et par la résonance implicite à ces échanges. »

2.4. Indications et contre-indications

Les deux approches soulignent la présence d'un contact psychologique, l'aptitude à l'insight et à la pensée symbolique, une anxiété ou vulnérabilité renvoyant à un conflit intrapsychique et la motivation au changement, comme étant des conditions pour une indication de la thérapie.

La cure sexoanalytique vise à l'acquisition d'une meilleure santé sexuelle. Elle est indiquée quand ces conditions sont réunies (Crépault 2007) :

- Présence d'un trouble de la fonction érotique ou de la genitalité suffisamment sévère (« désordre sexuel malin »), c'est-à-dire qui résulte d'une perturbation dans le processus d'individuation sexuelle ou d'un conflit sexuel important.

- L'aptitude à l'insight : le patient doit être capable d'introspection, de réfléchir « de l'intérieur » sur le sens de ses affects, de ses attitudes, de ses conduites, de sa problématique sexuelle.

- L'aptitude à la fantasmatisation : la cure sexoanalytique repose en grande partie sur l'analyse des scénarios fantasmatiques et des contenus oniriques sexuels. Elle n'est pas à conseiller aux personnes avec une vie imaginaire très pauvre et qui sont incapables de mentaliser leurs affects et de se les représenter sous forme de fantasmes.

- La motivation au changement rend le pronostic plus favorable. Elle peut être renforcée par une bonne alliance de travail. Plus le désordre sexuel engendre une égodystonie et une souffrance intérieure, plus la motivation au changement est forte.

- Absence de psychopathologie sévère : troubles majeurs de la personnalité ou une incapacité de différencier le réel de l'imaginaire et réciproquement.

À ces critères, Bouchard (1999, p. 91) ajoute la condition suivante dans le traitement sexoanalytique de couples :

« (...) le problème sexuel est lié à des affects que la communication directe et profonde peut neutraliser, tels que ceux en cause dans les problèmes de désir (hostilité entre les partenaires) ou à des comportements sexuels que l'un ou l'autre des partenaires veut comprendre, comme la signification de l'infidélité sexuelle d'un des partenaires. »

Ainsi, toujours selon Bouchard, une démarche de couple serait contre-indiquée, s'il y a des résistances trop fortes (anxiétés de rejet, d'abandon) à l'investigation des scénarios fantasmatiques à forte valeur érogène.

Rogers (1957) définit aussi un ensemble de conditions qu'il juge nécessaires à l'amorce d'une modification positive de la personnalité et dont la combinaison semblerait suffire à l'ouverture d'un tel processus :

- Un contact psychologique entre le thérapeute et son client.
- Une discordance intérieure, une vulnérabilité ou une anxiété chez le client.
- Une concordance intérieure – congruence- ou une véritable intégrité relationnelle chez le thérapeute.
- Une considération – ou un regard- inconditionnellement positif chez le thérapeute.
- Une compréhension empathique du système de références propre au client et la volonté de lui faire partager cette compréhension chez le thérapeute.
- La perception, au moins embryonnaire, par le client de la compréhension empathique et de la considération positive inconditionnelle du thérapeute.

Biermann-Ratjen, Eckert et Schwartz (1997), auteurs très prolifiques et représentatifs de l'ACP en langue allemande, soulignent l'importance de la question de l'indication en thérapie.

Ils estiment que la thérapie centrée sur la personne est indiquée, quand il y a les conditions suivantes chez le client :

- Présence d'un trouble psychique qui résulte d'une « incongruence » (état de discordance entre l'évaluation d'une expérience vécue et le concept du Moi).

- Capacité d'apercevoir une partie de cette incongruence.
- Capacité d'entrer en relation au moins en partie avec soi même (introspection).
- Motivation au changement.
- Capacité d'apercevoir les attitudes d'aide du thérapeute (trois attitudes de base).

Par ailleurs, ils rejoignent d'autres chercheurs (Haas, 1988 ; Swildens, 1989) dans leurs observations cliniques sur l'efficacité de l'ACP, en particulier, dans le traitement des patients présentant des troubles sévères de la personnalité (ex. borderline). Binder et Binder (1979) ont étudié en profondeur l'évolution de patients dépressifs et psychotiques dans des thérapies d'inspiration rogérianne.

2.5. Processus thérapeutique

Les changements en thérapie en sexoanalyse et dans l'ACP se font graduellement. La personne en quête d'aide est invitée à rentrer dans un processus qui parcourt plusieurs étapes.

Crépault (1997) les a définies comme suit :

1) *Phase d'évaluation.* L'objectif est d'établir, s'il y a une indication à la cure sexoanalytique. Il faut évaluer la nature et la sévérité du désordre sexuel, l'aptitude à l'introspection, la capacité fantasmatique, la force du « Moi », la motivation au changement. Crépault (1997, p. 255) précise qu'une attitude empathique du thérapeute est particulièrement importante pendant cette phase : « *il doit explorer sans être intrusif, respecter les résistances, être à l'écoute du ressenti, du désarroi, de la souffrance intérieure.* » Et encore (p. 243): « *le thérapeute ne doit pas être trop directif en début du traitement. Il doit écouter de façon bienveillante ce que son patient lui raconte spontanément, quel que soit le contenu.* »

2) *Phase de clarification.* Le but est d'explorer à fond l'histoire sexuelle : le développement de la sexualité, de la genralité, des relations amoureuses, des perceptions de l'autre sexe.

3) *Phase de l'analyse de la signification du désordre sexuel.* Elle porte sur le décodage de la signification actuelle et du sens historique de la problématique sexuelle. Crépault (2007) souligne le souci de décrire les phénomènes sexuels avant de passer à leur interprétation. Le sexoanalyste explore le conscient, le contenu manifeste dans ses moindres détails avant d'accéder au registre non conscient. Le patient est amené à découvrir les anxiétés dont son

désordre sexuel est porteur, les fonctions qu'il assure dans son économie psychique et les facteurs qui ont contribué à sa formation.

4) *Phase de l'expérience corrective sur l'imaginaire.* La prise d'insight acquise dans la phase antérieure est rarement suffisante pour entraîner un changement significatif. D'ailleurs, il n'est pas rare que ces deux dernières phases de la thérapie « cohabitent ». Le terrain est maintenant propice à une expérience « corrective », à un travail de réintégration sur l'imaginaire et d'appropriation dans le réel. Le but est de contourner et de surmonter les anxiétés à la base du désordre sexuel : anxiété d'échec, anxiété de démasculinisation, anxiété de démadonisation, etc. Le sexoanalyste aide son patient à créer des ouvertures et trouver des nouveaux itinéraires fantasmatiques.

Carl R. Rogers n'a pas spécifié de phases ou d'étapes à parcourir en thérapie. En dehors d'une évaluation initiale de l'indication d'une thérapie selon les critères de l'ACP, la « tâche » du thérapeute est d'offrir à son client les attitudes psychologiques profondes qui caractérisent la relation d'aide. Par sa façon d'écouter et de répondre, il lui permet de développer des aptitudes, à percevoir de plus en plus finement son expérience immédiate. En l'aidant à repérer comment se forment et s'articulent les événements dans son champ de conscience, leur lien direct avec ce qu'elle vit, la personne avance à son rythme. Au cours de cette démarche, elle arrive à se repositionner de façon plus adéquate en fonction d'une évaluation personnelle facilitée par le thérapeute. Le processus de changement démarre dès que le client se sent vraiment entendu, qu'il sent que le thérapeute l'a rejoint dans son cadre de référence et qu'il est encouragé à se définir par rapport à son lieu d'évaluation interne. Rogers (1961) suggère qu'à partir de ce moment le changement se produit de son propre fait. Il s'agit davantage de le laisser s'opérer.

Sachse (1992) propose une nouvelle conception de la thérapie centrée sur la personne. Dans son modèle, le traitement thérapeutique repose en grande partie sur des interventions concrètes du thérapeute (« Zielorientierte Gesprächspsychotherapie»). Il décrit une série d'étapes que le client parcourt dans son processus de changement.

Merleau-Ponty (1945, p. 201) note :

« En tout cas la prise de conscience, dans les traitements psychiques, resterait purement cognitive, le malade n'assumerait pas le sens de ses troubles qu'on vient de lui révéler sans le rapport personnel qu'il a noué avec le médecin, sans la confiance et l'amitié qu'il lui porte et le changement d'existence qui résulte de cette amitié. Le symptôme comme la guérison ne s'élaborent pas au niveau de la conscience objective ou thétique, mais au-dessous. »

J'ai repéré dans les processus thérapeutiques certains concepts-clé partagés par la sexoanalyse et l'ACP :

a) *Le regard positif « maternel » : vers l'acceptation inconditionnelle :*

La sexoanalyse et l'ACP évoquent le besoin psychologique fondamental de l'être humain de se sentir suffisamment aimable. La mère initialement va apporter à l'enfant cet amour et cette valorisation. Elle doit être suffisamment aimante et devenir source de valorisation narcissique. Je vais parler de « regard positif maternel ». Carl R. Rogers (1961) précise que cet amour devrait être un amour inconditionnel. Ne pas être aimé pour ce qu'on est équivaut à une non-existence ou une existence à travers les autres. Le « soi montré » sera une falsification du « vrai moi » (Crépault, 1997). Le thérapeute amène le client à une plus grande acceptation de certains ressentis et vécus, de la manière la moins jugeante possible. Le client arrive à renforcer son estime de soi et à explorer plus librement sa propre histoire.

b) *Le regard positif « paternel » : vers le processus d'individuation :*

La sexoanalyse parle d'une pulsion d'individuation. Crépault (1997) se réfère à Mahler pour définir ce « flux de l'énergie du développement⁶ ». L'individuation est nécessaire à la maturation et elle doit être activée par cette force « maturationnelle » interne. La crainte d'être abandonné peut entraver ce mouvement d'individuation. Si cette anxiété d'abandon est prédominante, l'individu ira jusqu'à sacrifier son identité personnelle pour conserver ses liens privilégiés et fusionnels avec les parents réels ou symboliques. Le sexoanalyste évite de créer un lien de dépendance avec son patient. Comme indiqué ci-dessus, il évite à ce titre d'interpréter le transfert de façon systématique.

L'ACP s'inscrit indéniablement dans une démarche d'autonomisation : le client est invité à trouver sa propre définition et à se relier à son « autorité interne ». Au cours de la thérapie, il peut se réapproprier sa vie partant de ses propres repères et se détachant peu à peu de références externes.

Le sexoanalyste et le psychothérapeute rogérien peuvent aider avec leur regard respectueux le patient/le client dans son processus d'individuation. Ils éviteront de (re)créer le lien de dépendance que le patient/client a l'habitude de vivre avec les autres. La personne est amenée à vivre une sorte d'intimité psychologique en thérapie, à tisser un lien profond avec le thérapeute. Elle fera l'expérience de se sentir respectée dans son individualité sans avoir à craindre d'être envahie et attaquée dans son identité personnelle (« anxiété de

⁶ Margaret Mahler, *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*, Paris, 1973

réengloutissement » dans le langage sexoanalytique). Une référence croissante à lui-même comme source d'évaluation est très favorisée.

Comme Crépault (1997, p. 25) l'indique :

« S'individualiser, c'est se prouver qu'on peut en partie se suffire à soi-même, qu'on peut s'aimer à partir de ses réalisations personnelles, qu'on peut être son propre public. »

Et dans la même lignée Carl Rogers (1961, p. 34):

« L'individu en vient à ressentir que son lieu d'évaluation réside en lui-même. Il se tourne de moins en moins vers les autres en quête d'une approbation ou d'une désapprobation. »

Cette fonction d'encouragement à l'individuation et l'autonomie chez l'enfant, comme chez l'adulte, peut être qualifiée de regard de type paternel.

c) *Sens historique du symptôme :*

En sexoanalyse, le trouble sexuel est mis en relation avec l'histoire sexuelle et les conflits qui ont pu en résulter. Le retour sur le passé est encouragé dans la mesure où il situe la souffrance dans l'histoire personnelle et dans le cadre de référence du client. Ceci permet de mieux cerner les facteurs ou situations qui ont contribué à la formation des anxiétés inhérentes au désordre sexuel et aux conflits intrapsychiques. Le patient risque de revivre ce qui fut jadis invivable ou insupportable dans un cadre sécurisant. Si la sexoanalyse situe le facteur décisif de changement dans le « remodelage » de l'imaginaire, l'ACP attribue le moteur d'évolution à la relation d'aide telle que C. Rogers l'a définie. Je pense que dans la cure sexoanalytique le changement est aussi activé en grande partie par la rencontre entre le thérapeute et le patient. Cette rencontre privilégiée permet à la personne une symbolisation adéquate du vécu et du ressenti dans l'ici et maintenant : elle se sent profondément comprise.

Pour le sexoanalyste, la prise d'insight concernant les causes probables du désordre sexuel a surtout pour effet d'atténuer les résistances au changement. Dans la thérapie centrée sur la personne, le contexte dans lequel cet insight est « expérimenté ⁷ » permet en soi l'ouverture au changement.

⁷ Il revient à Gendlin, ancien collaborateur de Rogers et fondateur du Focusing, d'avoir conceptualisé la notion d'experiencing. Elle est la réceptivité intérieure d'un corps vivant, une appréhension de soi première, sensitive, expérientielle, inédite.

d) L'intégration de pulsions contradictoires : vers une plus grande congruence

L'intégration ou non-intégration de pulsions (ou de parties du Moi) contradictoires pour arriver à une plus grande congruence interne est un critère recherché de maturité sexuelle et de bien être psychologique dans les deux approches. Crépault (1991) qualifié la non-intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel comme un désordre sexuel...souvent négligé. Il écrit :

« Dans l'approche sexoanalytique, la maturité sexuelle est vue comme l'aboutissement d'une série d'intégrations : intégration des bons et des mauvais objets internes, intégration des besoins de fusion et d'individuation, intégration des bonnes et des mauvaises imagos maternelles et paternelles, intégration des composantes masculines et féminines de la personnalité, intégration des érotismes fusionnel et anti-fusionnel dans le lien hétérosexuel (1991, p. 185). »

La sexoanalyse et l'ACP parlent du besoin de l'enfant (et de l'adulte) de se sentir aimé et accepté par les personnes significatives. Les parties (émotions, sensations, pensées, pulsions) « niées » de sa personne par l'entourage vont être refoulées ou déformées par le sujet. Il s'opère alors une sorte de « clivage », d'incongruence interne, qui protège, mais qui, au même temps, est source de grande souffrance. Selon Crépault (1997, p.25), « *le soi montré sera une falsification du vrai soi.* » Cet éloignement progressif de l'enfant de son noyau central d'identité est un concept central dans la théorie du développement de la personnalité de C. Rogers.

Une partie importante du travail thérapeutique consiste en l'intégration des pulsions (émotions, sensations, etc.) contradictoires dans l'expérience que le patient/client fait de lui-même. La sexoanalyse passe par un travail de compréhension de la genèse des clivages. Les attitudes de base du thérapeute, telles que Rogers les a décrites, facilitent ce travail d'intégration.

e) Le travail sur l'imaginaire et analyse des rêves:

Une certaine similarité dans la méthode de travail peut être dégagée entre l'exploration des rêves telle que la pratique Crépault en sexoanalyse et Gendlin dans le focusing. Le thérapeute reste à l'écoute de la signification que le patient, de façon très personnelle et intime, donne à son rêve. Les fantasmes et les rêves sexuels occupent une place centrale dans le traitement sexoanalytique. Ils sont porteurs de contenus latents et de significations inconscientes. Le sexoanalyste cherche systématiquement à les explorer d'une façon minutieuse. Le thérapeute n'interprète pas ; il accompagne le client dans ses associations libres en lui proposant des questions.

Crépault (1997) s'appuie sur Stoller (1976, p.62) pour signaler que sans une approche directive, le risque est de ne pas avoir accès à l'imaginaire érotique des patients :

« (...) *les patients ne rapportent jamais le scénario de leurs rêveries (sexuelles ou autres), et cela jusqu'à un stade avancé de l'analyse et ne le font que si un profond sentiment de confiance à l'égard de l'analyste a pu s'instaurer*⁸. »

Dans l'ACP, le patient est accueilli dans le moment présent. Le thérapeute ne cherche pas de façon active à chercher ses productions oniriques, mais il reste ouvert à tout ce que le client lui apporte. Gendlin (1986) propose une méthode d'exploration et de compréhension des rêves. Comme les sexoanalystes, il pose les questions nécessaires pour ouvrir la porte à la libre association. Il s'agit de questions qui partent des sensations et des émotions qui émergent spontanément chez le client, pour ensuite aller dans la description du rêve : l'endroit, l'histoire (ou scénario), les acteurs et leur signification (être à leur place), la symbolique et les liens avec l'enfance, le processus de croissance et *la sexualité*.

De façon systématique, Gendlin (1986, p.232) essaie d'explorer les significations sexuelles des rêves avec cette question :

« Essayez d'imaginer le rêve comme s'il racontait une histoire sur votre vie sexuelle. Qu'est-ce qu'il pourrait nous dire ? »

Nous sommes proches de l'extrapolation en sexoanalyse.

⁸ R. J. Stoller, *L'excitation sexuelle et les secrets*, 1976

Conclusion

« En particulier, quand on dit que la sexualité a une signification existentielle ou qu'elle exprime l'existence, on ne doit pas l'entendre comme si le drame sexuel n'était en dernière analyse qu'une manifestation ou un symptôme (...) la pudeur, le désir, l'amour en général ont une signification métaphysique, c'est-à-dire (...) qu'ils concernent l'homme comme conscience et comme liberté. »

Merleau-Ponty (1945, p.204)

L'objectif central en sexoanalyse est d'amener le patient à comprendre la genèse de son trouble sexuel et les facteurs inconscients qui contribuent à son maintien pour ensuite faire une expérience adaptative (« corrective ») sur l'imaginaire et le réel, afin de rétablir la fonctionnalité sexuelle et de permettre l'acquisition d'une meilleure maturité et santé sexuelle.

L'ACP met l'accent sur le processus de réorganisation susceptible de se produire chez le client, si les conditions sont « facilitatrices ». En l'écouter au plus proche de ce qu'il vit et en l'aidant à rejoindre en lui ce qui va dans le sens de sa transformation, l'ACP vise à mobiliser les ressources inhérentes à la personne. L'expérience « corrective » a lieu dans la rencontre thérapeutique telle qu'elle est définie par Rogers (Schmid, 1996). La dimension interpersonnelle retrouve ainsi toute son importance dans le processus de changement.

Les deux approches se retrouvent dans une conceptualisation expérientielle du sexuel. Ils centrent leur attention sur une compréhension de la sexualité telle qu'elle est vécue intérieurement par la personne. Prendre en compte la personne dans sa subjectivité, la respecter dans son individualité et idiosyncrasie, l'encourager dans une démarche d'autonomisation, voilà ce qui les caractérise. Je pense que la sexoanalyse met en priorité les valeurs de la philosophie humaniste : les attitudes d'écoute, de non-jugement, de compréhension empathique, de respect de la personne, d'authenticité, de non-pouvoir sur l'autre, du droit à exister sur la base de ses propres aspirations, etc. En dehors d'un modèle médical pathologisant où le thérapeute se situe comme « autorité », elle s'efforce d'encourager le patient dans sa démarche d'autonomisation. Le sexoanalyste aide le patient à trouver une solution qui pourra harmoniser son inconscient et son conscient, son imaginaire et sa réalité, ses fantasmes et ses rêves. Il lui permet de prendre des décisions en fonction de ses capacités et de ses ressources et

de trouver tout simplement un mieux-être sexuel, et non une perfection sexuelle. C. Crépault (2005, p. 18) propose de:

« Soulager progressivement la personne de ses souffrances sexuelles en la libérant de ses conflits, lui donner la possibilité qu'Éros puisse circuler librement en elle sans l'aliéner pour autant, l'aider à être suffisamment à l'aise avec sa genralité et son rapport à l'autre sexe. »

L'«aide», selon l'approche centrée sur la personne, est le fait de favoriser la croissance personnelle. Cette croissance se fait d'«elle-même», lorsque deux personnes parviennent à se rencontrer dans l'esprit de l'empathie, du non-jugement et de l'authenticité. Aider le client à se vivre d'une manière qui le satisfait profondément et à s'exprimer pleinement équivaut à l'aider à devenir soi-même. En langage sexoanalytique cela signifie sortir de la rigidité des réponses, de l'image de soi et de l'image de l'Autre, pour arriver à une plus grande souplesse dans l'imaginaire et dans le réel. C'est l'objectif thérapeutique principal. La polyvalence est favorisée : sortir des scénarios rigides. L'espace particulier à la relation thérapeutique se manifeste comme l'ouverture d'un espace créateur dans lequel le processus de changement prend place.

Je souhaite finir ma réflexion avec les mots suivants de Peter Schmid (1996, p. 508) qui sont tellement proches du langage sexoanalytique :

« Une sexualité humaine réussie tend vers une sexualité qui libère véritablement, qui respecte et estime la personne du partenaire et la sienne propre, qui vise à la transcendance de soi. La sexualité est franchissement des limites. L'image adéquate n'en est pas le cercle fermé, mais la spirale ouverte qui s'élève. »

Bibliographie

1. Auckenthaler, A. (1983). *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren*. Stuttgart: Kohlhammer.
2. Biermann-Ratjen E.-M., Eckert J. et Schwartz H.-J. (1997). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
3. Binder et Binder (1979). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Therapiekonzepte zur Veränderung*. Frankfurt: Fachbuchhanlung für Psychologie.
4. Bonaventure, C. (2005). « La sexoanalyse : un cheval de Troie dans la sexologie moderne ». In C. Crépault et J. Lévy *Nouvelles perspectives en sexoanalyse*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
5. Bouchard, R. (1999). « Sexoanalyse individuelle et sexoanalyse de couple ». In C. Crépault et H. Côté *Imaginaire et sexoanalyse. Explorations de l'inconscient sexuel*. Montréal: I.R.I.S., pp. 87-94.
6. Crépault, C. (1991). « La non-intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel : un désordre sexuel négligé ». In *Contraception, fertilité et sexualité*. Vol. 19, No 2, pp. 181-187.
7. Crépault, C. (1997). *La Sexoanalyse*. Paris : Payot.
8. Crépault, C. (2004). « Nouvelles hypothèses en sexoanalyse ». In *Revue Européenne de Sexologie; Sexologies*. Vol. XIII, No 48, pp. 2-9.
9. Crépault, C., et Lévy (2005). *Nouvelles perspectives en sexoanalyse*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
10. Crépault, C. (2007). *Les fantasmes. L'érotisme et la sexualité*. Paris : Odile Jacob.
11. Davies, D., and Neal, C. (2000). *Therapeutic perspectives on working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press.
12. Davies, D., and Aykroud, M. (1996), « Sexual orientation and psychological contact ». In D. Davies, and C. Neal *Pink therapy: A guide for counsellors and therapists working with Lesbian, Gay and Bisexual clients*. Buckingham: Open University Press, pp. 221-233.
13. Davies, D., and Neal, C. (1996). *Pink therapy: A guide for counsellors and therapists working with Lesbian, Gay and Bisexual clients*. Buckingham: Open University Press.

14. El Feki, M. (2007). *La sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* Bruxelles: De Boeck Université.
15. Esturgie C. (2008). *Le genre en question ou questions de genre*. De Pierre Molinier à Pedro Almodovar. Paris : Léo Scheer.
16. Freitag, J., & Nemeskeri, N. (1992). « Die Freiheit zu lieben: Die Sehnsucht nach gelungenen Beziehungen als Thema der Psychotherapie ». In P. Frenzel, P. F. Schmid et M. Winkler *Handbuck der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln: Humanistische Psychologie, pp. 193-206.
17. Gendlin, E. T. (1987). *Dein Körper – Dein Traumdeuter*. Salzburg : Otto Müller, Psychologie.
18. Mahler, M. S. (1973). *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*. Paris : Payot, coll. Petite Bibliothèque.
19. Medico, D. (2005). « Considérations sexoanalytiques sur les bisexualités et l'orientation sexuelle ». In C. Crépault et J. J. Lévy *Nouvelles perspectives en sexoanalyse*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, pp. 57-73.
20. Medico, D. (2007). « Réflexions sur la sexoanalyse, quelle épistémologie pour notre pratique ? » In *Revue Internationale de Sexoanalyse*, No 1. En ligne. (revue.sexoanalyse.com)
21. Medico, D. (2008). « Recherches et cliniques auprès des personnes transgenres, quelles implications éthiques et politiques pour quelles épistémologies ». Colloque sur l'étude des minorités sexuelles : enjeux éthiques et méthodologiques. Congrès de l'ACFAS, Ottawa.
22. Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard.
23. Lamboy, B. (2003). *Devenir qui je suis : une autre approche de la personne*. Paris : Desclée de Brouwer.
24. Rogers, C. R. et Sanford Ruth. (1942) « Client-centered psychotherapy ». In H. Kaplan et B. Sadock *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, pp. 1482-1501.
25. Rogers, C. R. (1942). *Counselling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
26. Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy : Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
27. Rogers, C. R. (1957) « Les conditions nécessaires et suffisantes d'une modification thérapeutique de la personnalité ». In *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, No 2, pp. 95-103.
28. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*, Boston: Houghton Mifflin Company.
29. Rogers, C. R. (1970). *On Encounter Groups*.. New York: Harper and Row.

30. Rogers, C. R. (1971). *Autobiographie*. Paris : Epi Editeurs.
31. Rogers, C. R. et Kinget G. M. (1971). *Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive*. Louvain: Presses Universitaires de Louvain.
32. Rogers, C. R. (1972). *Becoming partners : Marriage and its Alternatives* ». New York : Delacorte Press.
33. Rogers, C. R. (1986). *A way of Being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
34. Sachse R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
35. Schmid, P. F. (1996). „Intimität, Zärtlichkeit und Lust. Sexualität: Transzendenz der Person“. In P. F. Schmid *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis*. Paderborn: Junfermann, pp. 487-508.
36. Stoller, R.J. (1976). « L'excitation sexuelle et les secrets ». In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, No 14.
37. Stoller, R. J. (1978). *Recherches sur l'identité sexuelle*. Paris : Gallimard.
38. Stoller, R. J. (1989). *Masculin ou féminin?* Paris : Presses universitaires de France
39. Swildens, H. (1993). « Die Gesprächspsychotherapeutische Behandlung des Borderline-Syndroms». In *GwG Zeitschrift*, No 75, pp. 205-210.
40. Teichmann-Wirth, B. (1992). «Man darf das nicht vor keuschen Ohren nennen, was keusche Herzen nicht entbehren können. Personzentrierte Therapie: Jenseits der Sexualität? ». In P. Frenzel, P. F. Schmid et M. Winkler *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln: Humanistische Psychologie, pp. 293-302.
41. Thorne B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage Publications.
42. Winkler, M. (1992). «Du Tarzan- ich Jane: Geschlechterdifferenz in der therapeutischen Interaktion». In P. Frenzel, P. F. Schmid et M. Winkler *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln: Humanistische Psychologie, pp. 193-206.
43. Wolf, C. (1999). «Ausgleich und Entwicklung: Überlegungen zu einer klientenzentrierten Paartherapie». In *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* (pp. 96-106).

Annexe 1 : Elements biographiques en lien avec le processus de sexualisation de Carl R. Rogers

Les expériences de vie de Carl Rogers, le jeune homme, le mari, l'homme plus âgé et mûr, ont certainement marqué sa pensée. Il a porté plus d'intérêt sur l'étude des « associations homme-femme » et sur les difficultés de la vie de couple, que sur les troubles de la sexualité ou de la « genralité » (l'orientation et l'identité genrales, la genralité déficiente et la genralité hypertrophiée), si je peux m'exprimer dans un langage sexoanalytique.

Dans ses écrits il a utilisé une forme d'expression personnelle jusqu'alors très rare dans la littérature professionnelle et scientifique. Il ressentait la nécessité de donner à ses écrits une coloration aussi personnelle et authentique que possible. Dès le début de sa carrière, dans les années 1930, il s'appuyait sur des études de cas cliniques pour illustrer ses idées. Par la suite, il se mit à considérer aussi sa propre vie comme source d'inspiration. C'est pour cette raison que je parlerai ici des éléments biographiques de ses écrits concernant le sujet de la sexualité. Je m'appuie principalement sur ses ouvrages « On Becoming a Person » (1961) et « Becoming Partners : Marriage and Its Alternatives » (1972). Dans ce dernier, il évoque librement les échanges, les relations sexuelles, les moments difficiles partagés pendant les quarante-sept premières années d'un mariage qui devait en compter au total cinquante-cinq.

De son enfance il dit :

« J'ai été élevé dans une famille très unie, dans une atmosphère d'exigence et de rigueur religieuses et morales, où l'on vénérât le travail à l'instar d'une vertu (1961, p. 17). »

Il se décrit comme « un garçon plutôt solitaire, un lecteur boulimique qui, durant toutes ses années de collège et de lycée n'est sorti que deux fois avec une fille. » Ses parents vont même déménager dans une ferme pour éloigner, entre autre, leurs enfants adolescents des « tentations de la ville ». Le jeune Carl plonge dans ses intérêts et ses études.

Sur les bancs de l'université il rencontre sa femme Helen : « c'est la première fille avec qui je sois sorti ; j'étais trop timide pour sortir avec des inconnues (1972, p. 40). » Ils se marient à vingt-deux ans, encore étudiants, très amoureux et contre la volonté de leurs parents. Il écrit encore :

« Sur le plan sexuel, nous étions, l'un comme l'autre, à la fois novices et extrêmement naïfs ; cela ne nous a pas empêchés de nager, des mois durant, dans un bonheur romantique (1972, p. 41). »

Avec le temps, Carl finit par avoir conscience du fait que leurs relations sexuelles, dont il était assez satisfait, ne rendaient pas sa femme satisfaite. Elle commence à l'éviter et Rogers nous dit que cela aurait pu déboucher sur une crise importante. Seulement que à cette époque là il rencontre un psychiatre, le Dr. Hamilton, qui cherchait des hommes mariés pour finir une recherche qu'il avait entreprise. Cette étude annonçait le rapport Kinsey. Alors, il se porte volontaire et est interrogé en détail sur son histoire et sa vie sexuelles :

« Une des choses que je compris, c'est que je ne savais même pas si ma femme avait ou non connu l'orgasme. Elle semblait souvent prendre plaisir à nos ébats, ce qui me faisait supposer que je connaissais la vérité (1972, p. 42). »

Il apprend aussi que toutes ces choses de la vie dont il est « impossible » de parler pouvaient en réalité être abordées librement et naturellement. Il se lance dans l'aventure de parler vraiment avec son épouse de leurs relations sexuelles...et ils apprennent à mieux comprendre les désirs, les tabous, les plaisirs, les frustrations sexuelles de l'autre. Rogers ajoute que cela fût terriblement important pour eux et qu'ils ont pu éviter de s'éloigner l'un de l'autre au point, de se séparer définitivement.

Il paraît que sur le seul point sur lequel ils n'ont jamais pu se mettre d'accord était la question de savoir, si un mariage réussi implique un minimum de possessivité. Carl Rogers nous parle d'un fort attachement qu'il éprouva pour une autre femme : *« dans mon esprit, cette inclination n'excluait pas Helen : elle s'ajoutait à mon amour pour elle (1972, p. 45). »* Grâce à une intervention de leur fille, le dialogue et renoué.

Pendant toute une année, Carl, dans sa quarantaine, cesse d'éprouver le moindre désir sexuel « pour qui que ce soit » et aucune explication médicale n'est trouvée :

« L'amour que Helen me manifesta, avec calme, avec constance, fut à mes yeux déterminant : sans doute le meilleur remède possible. En tout cas, je redevins progressivement normal, sur le plan sexuel (1972, p. 46). »

Beaucoup plus tard, à soixante-dix ans, il constatera que leur vie sexuelle n'est plus tout à fait la même qu'à trente ans, mais que leur proximité physique, leurs câlins, leurs relations sexuelles « résonnent comme un accord ». L'observation plus profonde que son mariage lui a inspiré, a été la suivante :

« Nous avons tous deux voulu, vraiment voulu, que l'autre s'épanouisse. Nous nous sommes épanouis individuellement et, du même mouvement, nous nous sommes épanouis ensemble (1972, p. 47). »

En 1980, proche de ses quatre-vingt ans, il intitule un des chapitres de ses derniers écrits⁹ « Je m'ouvre à une plus grande intimité. » Carl s'ouvre progressivement à la dimension sensuelle de sa vie, aux contacts psychologiques intimes avec les hommes et les femmes. On a l'impression qu'il choisit de parler de formes d'intimité plutôt intellectuelles et affectives. Il fini ce chapitre par la réflexion suivante :

« L'expérience m'a appris qu'une des choses les plus difficiles pour moi, c'était d'aimer une personne pour ce qu'elle est, ici et maintenant, dans notre relation (p. 33). »

Brian Thorne (1992, 41) explique ce mouvement vers une plus grande ouverture d'esprit:

“Once again, and for the final time, Rogers the therapist had discovered the truth of which Rogers the man had greatest need. He viewed the prospect of death with equanimity while celebrating life by entering into love relationships with women which gave him intense pleasure and enrichment. For him the spiritual dimension of these final years was linked to an increasing capacity for intimacy and mutuality.”

⁹ Carl R. Rogers, *A Way of Being*, Boston, 1980