

EVALUATION EN THERAPIE COMPORTEMENTALE INTEGRATIVE DE COUPLE (IBCT)

ANALYSE FONCTIONNELLE ET CONTEXTES DE CHANGEMENT.

François ALLARD * 119 rue des Pyrénées 75020 Paris - Mob 06 08 05 49 74 - <http://www.francois-allard-tcc-psy.fr/> - f.allard-psy@wanadoo.fr
Président de l'ADTCCF, <http://www.adtccf.org/> - Membre de l'AFTCC. <http://www.francois-allard-tcc-psy.fr/>

LES ORIGINES DE LA TROISIEME VAGUE EN THERAPIE COMPORTEMENTALE DE COUPLE:

LA CONCEPTION DE L'IBCT PROVIENT D'UNE APPROCHE SCIENTIFIQUE EVALUATIVE

* **L'IBCT a inventé ses propres critères, méthodologies et outils**, (ESTs, APA ; DH Baucom 1998, Christensen,1983), **Comme elle ne se valide pas sur les diagnostics nosographiques elle n'est pas toujours reconnue à part entière.**

* **Parce la thérapie de couple n'utilise pas des techniques extrapolées hors-contexte, elle a défini les ingrédients actifs spécifiques, découvert et analysé les processus interactifs particuliers de la détresse des couples, sélectionné ses principes thérapeutiques, langagiers, ou comportementaux, elle a su conceptualiser/renforcer ses composants efficaces** (Jacobson, Addis 1993).

* **Christensen (1996, 2005) distingue le *contexte de la recherche* du *contexte de la validation* et de *validité interne* - le *contexte des études d'efficacité* du *contexte des études d'efficacités* et de *validité externe* :**

L'interaction entre pratique clinique et recherche scientifique est fondatrice de l'Approche Contextuelle Fonctionnelle

* **Application : on étudiera les résultats sous différents angles, et la progression du traitement, pour repérer les pratiques et processus intéressants. En consultation, on doit évaluer l'état du couple en détresse et l'étiopathogénèse sous-jacente. On resserrera sur les circonstances d'apparition des contextes des patterns d'interactions dyadiques.**

Aucun couple n'est identique : l'approche est idiosyncrasique. Christensen (2000)

* **La recherche a établi des constantes d'interactions destructrices, conceptualisé des processus thérapeutiques, parfois provenant de la psychologie sociale. On peut prédire selon certaines variables les facteurs autoproduits de destruction des couples (Gottman 2000), la probabilité d'un divorce, (Bodenmann 2002) ou synthétiser des équivalences entre les divers modèles thérapeutiques (Wright 2008), unifier les Protocoles (Christensen 2010)**

* **Les outils d'évaluation seront diversifiés, selon les stades et étapes de ce continuum -1) une base de donnée des questionnaires nécessairement classique en recherche afin de reproductibilité - 2) l'analyse de contenu sur enregistrements (Cordova 1998) - 3) l'étude des processus et des modèles statistiques (Christensen 2004) - 4) la création clinique d'outils dimensionnels adaptés au processus ciblés -5) un Guideline « *d'évaluation comportementale et d'intervention*» - 7) l'AF en IBCT (Christensen 2011).**

* **En 1984, Jacobson qui avait repris toutes les études tous modèles confondus, montre des taux de rechutes décevants, y compris dans son propre modèle TBCT, a posé cette question à la communauté des chercheurs: « *Pourquoi des thérapies réputées efficaces, obtenaient-elles de tels taux de rechute ?* »**

I - INTRODUIRE DES MESURES DE RESULTATS JUSTES ET FIABLES

* Jacobson explique l'échec des techniques exigeant des époux qu'ils réagissent par compliance de façon positive aux besoins de l'autre ou voulant supprimer des comportements négatifs. La thérapie « traditionnelle » comportementale manque le coche à stimuler la collaboration, les compromis, l'adaptation. Il réexamine sa pratique et découvre qu' « *elle dévie d'une véritable application des principes comportementaux* ».

Les stratégies et cibles ne dérivait pas d'une analyse fonctionnelle véritable, car mises en place à partir d'une technologie comportementale disponible et déterminée en fonction de comportements statistiques, qui semblent distinguer les couples en détresse des couples sains, les renforcements utilisés tenaient plus de l'arbitraire que du naturel. Or ce sont les **renforcements naturels qui façonnent le couple dans son milieu**, hors du cabinet. En cherchant à obtenir des changements au travers de règles, on ne se sert pas des événements actifs de l'environnement pour favoriser des interactions saines.

1 - INADEQUATION DES CRITERES STATISTIQUES & SIGNIFICATIVITE CLINIQUE REELLE - UTILITE DE LA RECHERCHE.

Sur le modèle de Thérapie Comportementale Traditionnelle de Couple (1979, Jacobson 1984, 1991,1996): *on peut dire que la TBCT est ce qui est de plus proche de ce que la recherche en thérapie de couple tient pour un traitement établi. Ça peut aussi dire que la démonstration de son effet, qui a pu être répliqué autant de fois, est sans équivoque ; mais ça ne veut pas dire que les résultats ne soient pas décevants à l'image des autres thérapies de couple.*

Malgré son succès immédiat la TBCT, la détérioration évidente avec le temps est désappointante !

Une méta-analyse (Smith 1989) ou les tailles d'effet sont faibles mais significatives par rapport à des traitements minimaux ou pas de traitement, a fait conclure à *l'efficacité de la thérapie prouvé massivement comme étant bénéfique.* Or dit Christensen *ce n'est pas parce qu'on a un effet statistiquement significatif, traitement / contrôle, que les participants aux traitements vont bien. Certains vont bien, mais même avec des scores amélioré des couples peuvent être sérieusement en difficulté, insatisfaits quant au groupe contrôle, un couple peut s'être détérioré sans que cela apparaisse.*

La taille d'effet est une mesure comparative d'effets pas une mesure d'effet absolue.

La substitution de la significativité clinique à la significativité statistique est en marche (Jacobson, Truax 1991).

Jacobson a révisé 4 études de TBCT sur 148 couples, l'amélioration sûre de 54.7% en 1984 est passé à une moyenne de taux de succès de 35.3 % en 1985. En fait 1/3 à peu près des couples passent de détresse à non détresse en post-traitement. En 1987, il avise alors de l'importance des études de suivi ! Jacobson a ainsi créé l'événement. Il est le premier chercheur à remettre son propre modèle en cause. Il avait trouvé que, si à 6 mois les tests du post traitement s'améliorent, à 1-2 ans les couples rechutent. Le maintien des gains à 3-6 mois, se mitige à 1 an (Jacobson, Schmalin, Holtzworth-Munroe,1987) 25% des couples améliorés se détériorent, 9% se séparent, les changements induits ne sont pas maintenus. La TBCT n'est donc pas efficace pour tous, 1/3 ne s'améliorent pas. En moyenne les effets se maintiendraient à 6 mois mais on a peu d'étude qui vont au-delà d'un an. L'Evaluation de 1984, aura servi à réorienter la révision du modèle de la TBCT de 1979, jugé insuffisamment efficace, et en se basant sur l'expérience clinique, intuitive et expérimentale.

La nouveauté de l'IBCT est d'intégrer les facteurs thérapeutiques émotionnels que l'on va expérimenter à leur tour.

2 - ECART ENTRE POUVOIR STATISTIQUE ET POUVOIR THERAPEUTIQUE. (Jacobson, Truax 1991)

Pourquoi quantifier le pouvoir d'un traitement en utilisant la taille d'effet statistique ? Christensen (1999) commente Shaddis, *la taille d'effet moyenne de sa méta-analyse (1993) calculée par le d Cohen (1988) corrigé pour le biais des petits échantillons (Hedges et Olkins 1985) était $d_c = .60$ Erreur Standard SE = 0.09* . Le niveau d'impact dit que la moyenne des couples traités était meilleure que celle de plus de 70% des sujets contrôle (.70)- La probabilité que la taille d'effet d'un traitement de couple soit meilleure qu'un groupe contrôle est de 65% (.65) ; cette taille d'effet convertie en coefficient de corrélation est de 0.28. Cqvd : le traitement rend compte d'à peu près 8% de la variance du résultat.- Basé sur le critère de succès de Posenthal et Rubin (1982) , $0.50 + r/2$, approximativement 65% des couples de thérapie de couple s'améliorent contre 35% en condition contrôle. Soit 30% lié au traitement. *Si la taille d'effet est une mesure répandue de la puissance thérapeutique d'un traitement, c'est une mesure comparative d'effet plutôt qu'une mesure d'effet absolu.*

Un traitement peut donc avoir une large taille d'effet mais échouer à restituer un état normal chez une personne et en cas de détresse.

CHANGEMENT CLINIQUE SIGNIFICATIF EN TERMES DE STANDARD ABSOLU PLUTOT QUE STANDARD COMPARATIF.

a) conditions spécifiées les couples restent ensemble ou se séparent

b) 2 critères statistique + index de changement fiable + significativité clinique de l'index de changement fiable : Cut Off

- Reliable Change Index RC 'index de changement fiable basé sur l'erreur standard de mesure : un changement du score d'un couple, ou un score d'amélioration est plus important que ce qui serait dû à la chance ! $RC = (X_2 - X_1) / S_{diff}$ - X_1 = Score pré test du sujet moyen - X_2 = Score post test du sujet moyen - S_{diff} = Calculé à partir de l'erreur standard de mesure $SE \sqrt{2(SE)^2}$.En post-tests ce cut off a une moins bonne fiabilité statistique que la significativité clinique. Pour savoir si le sujet termine la thérapie avec un statut reflétant la significativité statistique du changement clinique : Inchangés - Améliorés - Détériorés - Guéris - Non-Guéris

La Taille d'effet calculée pour chaque échelle compare de la magnitude du changement de l'effet Pré-Post traitement $ES = (X_{pré traitement} - X_{post traitement}) / (S_1^2 + S_2^2 - 2r_{12} S_1 S_2)$ [Avec S_1 ; déviation standard du score pré traitement S_2 ; déviation standard du score post-traitement r_{12} ; corrélation entre le score pré-traitement et post-traitement] - L'unité d'analyse appropriée de l'évaluation de l'efficacité pour les couples sera : Moyenne des scores du couple (Score Mari + Score Femme) / 2 , et Score individuel indépendant Mari -&- Score indépendant Femme- Les Scores post-traitement pour les mesures centrales des variables indépendantes d'intérêt, doivent être au-dessus du cut-off indépendant du RC (Index de changement fiable).

- La Significativité clinique apparaît lorsque les scores de changement changent et deviennent meilleurs au delà de 2 déviations standard de la moyenne de la population dysfonctionnelle jusqu'à être à moins de 2 déviations standards de la moyenne de la population fonctionnelle après traitement. On utilise un Cut off à partir de 3 points a b c

Point (a) Le niveau de fonctionnement à la suite de la thérapie va tomber en dehors de la classe de la population dysfonctionnelle dans l'espace défini au delà de 2 déviations standards de la moyenne de cette population, dans la direction de la population fonctionnelle.... « a » = $M_1 + 2S$

Point (b) Le niveau de fonctionnement à la suite de la thérapie va tomber à l'intérieur de la population normale ou fonctionnelle dont l'étendue se définit comme à l'intérieur de deux déviations standards autour de la moyenne normale... Il indique 2 déviations standards de chaque coté de la moyenne $b = M_0 - 2S_1$ lorsque les normes sont disponibles.

Point (c) Le niveau de fonctionnement à la suite de la thérapie place le client plus près de la moyenne de la population fonctionnelle qu'il ne le place à proximité de la moyenne de la population dysfonctionnelle. C'est passer de la moyenne de la population malade à la moyenne de la population normale

Avec le point « c » $C = (S_0 M_1 + S_1 M_0) / (S_0 + S_1)$; $(C - M_1) S_1 = (M_0 - C) S_0$

M_1 Moyenne pré test groupe expérimental et contrôle - M_2 Moyenne post test groupe expérimental - M_0 Moyenne de la population normale

S_1 S_0 Déviation standard du groupe contrôle, de la population normale, pré traitement groupe expérimental

S_2 Déviation standard du groupe expérimental un post test r_{xx} Fiabilité test-retest de la mesure X_1 score pré test du sujet hypothétique X_2 Score post test du sujet hypothétique

3- QUELS SONT LES VÉRITABLES VARIABLES A ETUDIER DANS LES RESULTATS?

C'est la capacité à remplir les standards mis en place par les consommateurs, chercheurs, cliniciens : leurs buts particuliers.

Le succès de leur accomplissement par la thérapie détermine si elle est bénéfique ou pas.

- Un grand pourcentage de patients améliorés - Un niveau de changement reconnaissable par les pairs et autre significatifs (Kazdin 1977, Wolf 1978)
- L'élimination des problèmes actuels (Kazdin, Wif 1978) - Des changements réduisant tout risque de problèmes variés de santé mentale.
- Un niveau normal ou un haut niveau atteint de fonctionnement à la fin de la thérapie (Kendall et Norton. Ford 1982 ; Wietzel et Trull 1988 , Navissahou 1986)

INSTRUMENTS UTILISES PAR *Phd ANDREW CHRISTENSEN* POUR L'ETUDE DE VALIDATION DE L'IBCT (2004)

- MESURE DE LA DETRESSE OU SATISFACTION CONJUGALE

GDS - Global Distress Scale, sous-échelle du MSI-R (K Snyder 1997) Si le $T_{score} = 66$ on a 45% de chance de divorcer

MAT.- Marital Adjustment Test - Locke Wallace (1959) Auto-administration d'une mesure (bien validée) de la satisfaction marital ; *Cut off* <100 = détresse

DAS -Dyadic Adjustment Scale - Spanier (1976)- Mesure autoadministrée très répandue pour l'étude des couples .Moyenne de la population 98- les plus hauts scores indiquent la détresse T_{score} . 62.7 détresse modérée T_{score} 70.6 détresse sévère

MSI- R Marital Satisfaction Inventory - Revisited Snyder 1997, 10 échelles d'évaluation domaines spécifiques 1 échelle GDS : *Global Distress Scale* > $T_{score}=59$

- DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE.

SCID , DSMIV - Structured Clinical Interview Diagnostic for DSMIV Spitzer et Coll 1994. Axe I et Axe II

- ALLIANCE ET RELATION THERAPEUTIQUE

CSQ-S - Client Satisfaction Questionnaire - Scale N'guyen, Atkinson, Stenger (1983) Echelle de 4 points.

Le client note l'efficacité et la satisfaction sur le service rendu (on l'informe que le thérapeute ne sera pas informé de la réponse)

STB-S - Short Therapeutic Bond – Scale Lien thérapeutique (Score T) -6 items évaluent, l'alliance de travail -2 items : résonance empathique et affirmation mutuelle

- VIOLENCE DOMESTIQUE.

CTS-R - Conflict Tactics Scale –Revised , Straus, Hamby, Barney, Mc Coy et Sugarman (1996) Rapport des agressions verbales, sexuelles, physiques ou blessures physiques infligées ou reçues et selon Gottman & Jacobson 1996 exclusion des couples ou la violence

- COMMUNICATION.

AFC - Affective Communication , Echelle de Communication issue du MSI-R 19 items vrais/faux 2 dimensions : Manque de support et d'affection, Dévoilement limité des sentiments ou manque de compréhension

PSC - Problem Solving Communication Echelle de Communication issue du MSI-R ; 3 domaines

- Difficulté à résoudre les différences mineures- Manque dans la résolution de problème - Difficulté à discuter les questions sensibles

- FONCTIONNEMENT INDIVIDUEL.

* **Compass Out Patient Treatment Assesment System (Sperry, Brill, Hozard et Grissom 1996)** système d'observation de l'orientation du traitement pour patients externes . il inclut 3 échelles auto-administrées évaluant

- le bien être subjectif du patient - ses symptômes actuels - son fonctionnement dans la vie actuelle

MHI -Mental Health Index est une version combinée de ces 3 échelles converties en notes T (consistance interne .87 fidélité. 82) les plus hauts scores sont les niveaux les plus adaptatifs $S < T_{score} = 60$ indique

Current Symptoms - Sous échelle des symptômes actuels (CS) (consistance interne .94 et fidélité : .85) les plus hauts scores indiquent le plus de symptômes $S > T_{score} = 40$: appartenance à une communauté clinique (Données normatives de Kenneth Howard ; 1998)

II – CREER DES CONTEXTES DE CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX

* **Paradigme du renforcement social** : A.Christensen et NS.Jacobson intègrent deux composants : développement du *changement* et stimulation de l'*acceptation émotionnelle* là où il est impossible de produire un changement de comportement (ou insuffisant pour le plaignant). *Le travail d'acceptation amène le demandeur à percevoir différemment le comportement négatif, plutôt qu'intolérable, choquant, blâmable il est amené à être vécu comme compréhensible, acceptable sinon souhaitable, voire précieux pour le couple même si pas toujours agréable. Le changement exige d'accepter des compromis, de s'adapter à l'autre, de relâcher la lutte pour le changement, voire adopter les aspects de l'autre qui étaient sources du conflit. Pour Christensen et Jacobson cela explique une partie de l'échec de la TBCT, modèle normatif classique, et par le fait qu'on avait extrapolé aux contextes de couple des techniques issues de l'éducation parentale, ou des techniques individuelles non contextualisées.*

1 -IDENTIFICATION DES FACTEURS DE DETRESSE.

Effets négatifs sur la capacité à faire des compromis et à collaborer de certains couples ? (- plus sévèrement et plus chroniquement en détresse (Baucom ,Hoffman 1986)- plus vieux, plus désengagés émotionnellement (Hahlweg et coll 1984) - plus polarisés sur les questions fondamentales (Jacobson, Follette et Pagel 1986)). Engagés émotionnellement dans des patterns destructeurs, ces couples sont au cœur de la faillite de la TBCT et de ses stratégies de changement. Les limites détectées dès 1984, amènent le programme de recherche alternatif construit à partir de la TBCT. On reconnaît que, tous les couples ne sont pas ouverts au changement, il y a des *incompatibilités véritables*, les *réactions émotionnelles* aux comportements de l'autre aussi problématiques que le comportement lui-même. La *focalisation sur le changement* (de l'autre) conduit à plus de résistance et les efforts antagonistes par focalisation sur les incompatibilités supposées provoquant une *polarisation du conflit*. Le couple utilise des stratégies de *coercition* et de *blâmes* envers l'autre à qui est *attribuée la responsabilité* des problèmes. L'IBCT naît de l'utilité de promouvoir l'acceptation. (Christensen,Jacobson,1991,et Badcock 1995 Christensen et Coll 1998).

Les *études de démantèlement* et de *comparaison intra-modèle* des 3 *composants techniques* (avec lignes de bases différentes) de la TBCT (Traditionnelle) qui répondent à la théorie du **changements gouvernés par des règles**, comparent et combinent - (1) *l'Echange de comportement positif* - (2) *la résolution de problème* et - (3), le *module de communication* désigné par Jacobson comme étant le moins spécifique du behaviorisme. Jacobson comprend que c'est l'entraînement à la communication et à la résolution de problème qui assure plus que l'échange de comportement (étude de démantèlement de la BMT 1985) l'efficacité de la modification des interactions conflictuelles (prédit en laboratoire 1985). De là est conçue *l'expression émotionnelle* qui annonce l'IBCT et les **changements façonnés par les contingences**. *L'Acceptation authentique de l'Autre et de ses différences* propre au modèle IBCT est ce *chainon manquant*, au modèle TBCT, et aux couples en détresse. L'acceptation émotionnelle est d'abord définie comme un manque dans les couples en détresse, et comme but et moyen d'intervention du nouveau traitement. L'IBCT ne se pratiquera plus sur un *modèle manualisé selon un protocole rigide*, elle s'accommodera en temps réel de la *création de contextes émotionnels de changement* (Contextual Shift).

2 - IDENTIFICATION DES *PATTERNS COMPORTEMENTAUX & INTERACTIONS CRUCIALES* RESPONSABLES D'ECHECS

Il y a des *situations à risques* dans la vie des couples (Haford , Gottman ,Etudes de base longitudinale) En utilisant le MICS (*Marital Interacton Coding System* ; Weiss, Summer 1983) le CISS (*Couple Interaction Scoring System* Gottman) et le SPAFF (*SPecific AFFect Coding System* ; Gottman) pour catégoriser des unités de discours, Gottman et Krokof ont montré (1989) que les couples qui *s'engagent dans le conflit*, le paient immédiatement *en terme d'affect négatif* mais qu'à long terme ; si ça n'invoque pas la défensivité, l'éloignement, l'entêtement, ça peut développer un *sens de l'efficacité relationnelle*.

Coercition. Petersen, Christensen, Layne et Heavy (1993) en interviewant 29 couples, ont exploré en laboratoire (Vidéo de 7 min x 2 avec le CRS *Conflict Rating Scale*,Christensen Heavy (1990) le *pattern d'interaction* ou un époux essaie de *s'engager dans le problème*, fait une *pression-demande* alors que *l'autre se retire ou se met à distance*. On examine les *relations de pouvoir* dans les couples en échec thérapeutique (Badcock, Woltz, Jacobson, Gottman, 1993).

Interaction Distance/Proximité, (Christensen, Jacobson 1988). Le demandeur, généralement la femme, fait pression sur le partenaire par des *requêtes émotionnelles, critiques et plaintes*, le mari se replie, bat en retraite: *mur de pierre* (silence/froideur) inaction passive ou défensivité (Gottman, Krokof 1989, Chistensen Heavy 1990). Burman et Margolin (1993) observant les contingences comportementales naturelles au domicile avec le SPAFF (Bonny Burman) et l'AFC (du MSI *Affective Communication Scale*) ont noté qu'un facteur de qualité du mariage est le ***style du conflit*** (Peterson 1983), soit la *capacité d'utiliser le conflit de manière constructive* et la *manière d'argumenter sans cycle statique ni escalade*. Bodenmann, (2002) insiste sur *l'influence circulaire, transactionnelle* du comportement de l'un sur l'autre. Ce *pattern d'engagement dans l'interaction* est invariant dans les *conflits*,

La révision du modèle TBCT apporte une nouvelle conceptualisation de la détresse du couple. On prend en compte les interactions et processus réels des couples, la normalité des conflits qui sont des Véhicules de Proximité pour D. Wile (1981), la nature vraie des incompatibilités (inévitables) et des différences. On considère que le couple s'est piégé mutuellement, aucun n'est crédible et les disputes peuvent exploser à tout instant dans un Champ de Mines fait d'une sur-réactivité et d'une hypersensibilité à la critique, les échanges verbaux sont guidés par une réciprocité négative immédiate.

A l'issue du processus destructeur, la focalisation sur la différence de l'autre explique l'attribution causale de la responsabilité à l'autre de la survenue du problème de couple, avec vécu de préjudice personnel, s'exprimant par des blâmes et des tentatives de pression au changement par coercition ; ce qui rend impossible de résoudre les conflits, chacun s'est polarisé sur son interprétation ; le couple s'est aliéné !

III – PRISE EN COMPTE DE L'EXPRESSION EMOTIONNELLE INDIVIDUELLE EN INTERACTION

1 - A CONTRE-COURANT DE LA VAGUE COGNITIVISTE, IDENTIFICATION DU ROLE DES EMOTIONS ET DES COGNITIONS.

l'EBMT (*Enhanced Behavioral Marital Therapy*), TBCT améliorée, avec *restructuration cognitive* (Baucom, Epstein, Lester 1986), *exploration des affects* (Jacobson) *entraînement à la généralisation* (Halford), comparée à la BMT, (Halford et Sanders 1993), étend le focus de la BMT aux *stratégies de changement affectifs et cognitifs* (Baucom, Epstein 1996, Beach Sanders, O'Leary, 1990, Jacobson 1991) en améliorant la généralisation des *prises en action en interaction cruciale*. Les biais de validité des autorapports sur les interactions naturelles et l'évaluation des changements cognitifs (RBI *Relationships Beliefs Inventory*, *Irrational Beliefs Tests* .Baucom 1990) prouvent que les cognitions rapportées des diverses interactions conjugales, diffèrent significativement selon les situations (contextes), prédisant la négativité comportementale. La consistance des cognitions au travers des situations n'est pas fondée. D'autres études (Halford, Sanders, Behrens 1993) échouent à montrer des effets supérieurs avec l'ajout d'une intervention cognitive à la BMT. Pour Jacobson (1993) au début de ces études de suivi, *Affect Focused* semble correspondre à l'abord des situations naturelles hautement chargées en émotions avec interactions approche/retrait (thème proximité/distance). On identifie en *contexte* la signification des situations, les forces et faiblesses des émotions communiquées, leur *étiquetage*. Le *dévoilement de soi*, qui éclaire chez chacun ces patterns destructeurs récurrents, influence la généralisation et le maintien des stratégies alternatives. A l'*Affect exploration* (Jacobson, Holtzworth-Munroe 1986), Baucom et Epstein 1990 essaient d'adjoindre l'*EET* (*Emotional Expressiveness Training*).

2 - FOCALISATION SUR LES EMOTIONS - APPORT RELATIF DES TRAITEMENTS FOCALISES SUR LES COGNITIONS.

Le cognitivisme est naissant (Emmelkamp 1988, Baucom, Lester 1986), Jacobson prend une position béhavioriste expérimentale et rigoureuse, dans le sens de l'expression et de l'exploration des émotions comme processus plutôt que des cognitions dites *fonctionnelles* pour faire disparaître des émotions *négatives nuisibles*, apport « impossible ». La TBCT était suppressive des émotions négatives, moins qu'une approche cognitive, Baucom (EMBT) et de Jacobson, Christensen (IBCT) envisagent d'autres directions à partir de la TBCT (ex-BMT 1979). Les investigations expérimentales sur la suppression de la pensée (D M Clark, S Ball, D Pape 1991 et S Hayes 1993) ou la psychologie des émotions (O.Luminet 1992) penchent pour l'acceptation des émotions.

Le *processus d'acceptation* et *l'assouplissement des émotions dures* (Greenberg, Ford 1993) pour *tout changement résistant à la restructuration cognitive*, s'opèrent par un *travail expérientiel* sur le présent, selon la nature émotionnelle centrale des patterns d'engagement et requête/repli (en contingence naturelle) communs à tous les couples. Le focus et les stratégies en IBCT sont différents de la TBCT. On altère *le contexte en séance thérapeutique* pour passer de la *confrontation à l'adversaire* à *l'engagement à la collaboration*, il y a bien deux processus thérapeutiques différents : *changement et acceptation*.

IV VALIDATION DE LA THERAPIE COMPORTEMENTALE INTEGRATIVE DE COUPLE

METHODOLOGIE EN RECHERCHE D'EFFICACITE DES THERAPIES DE COUPLE.

EN 1993 JACOBSON FIXENT DES OBJECTIFS DE RECHERCHE. Il estime la comparaison à l'intérieur des modèles plus productive que les comparaisons entre-modèle (*intra modèle > inter modèles*). Ses recommandations pour des recherches futures incluent le développement d'une technologie qui pourra rendre possible les études focalisant sur les *interactions, aptitudes x traitement* . :

Quel traitement marche, comment il marche, quels sont les facteurs qui en prédisent les conséquences? – *Qui bénéficie de la thérapie de couple ? Quels sont les ingrédients actifs dans le succès des thérapies de couple ? Quel est le processus de changement pertinent ?*

Quand et pourquoi ces traitements ont du succès? - Quels types de couples sont répondeurs à la thérapie ? L'approche est-elle efficace? - Les effets sont-ils cliniquement importants? - le traitement a-t'il un impact sur la probabilité du divorce? - Résultats et conséquences à long terme ?

COMPARAISON INTRA-MODELES. Au contraire des essais comparatifs qui se demandent généralement quelle approche est la meilleure, les comparaisons intra modèles contrastent des traitements tous dérivés du même modèle théorique. Même si ces études ont aussi des comparaisons de résultats, elles peuvent et doivent répondre à des questions additionnelles comme quelles sont les conditions sous lesquels l'effet d'un traitement est maximisé ?

Quels sont les ingrédients actifs d'un traitement complexe à multiples facettes ?

Dans quelle mesure la théorie implicite du changement dans le traitement est elle confirmée ou non confirmée par les résultats ?

LES ETUDES DE DEMANTELEMENT. Le processus étant présumé être affecté par chaque composant, elles ont le potentiel pour éclairer les aspects multiples du problème clinique en plus de mettre en lumière l'efficacité différentielle des apports de nouvelles dimensions thérapeutiques. Plus de comparaisons de designs expérimentaux et corrélationnels, où les composants spécifiques des traitements sont placés sous contrôle expérimental. les choix de Jacobson (1993 p 7) sont de mesurer le processus présumé être affecté par ces composants séparément des résultats.

1 - APERCU BREF DES COMPOSANTS TECHNIQUES DE L'IBCT (FACTEURS SPECIFIQUES)

Utilisation du *langage de l'acceptation avec dévoilement (doux) de Soi* étayé sur la *compassion*. Le changement est obtenu indirectement en reconstruisant l'intimité corrélée à la satisfaction conjugale. (Phd Andrew Christensen et Niels S Jacobson – 1996-2011)

- *A) Définition du thème de conflit du couple.* 5 thèmes principaux
- *B) Utilisation du langage d'acceptation pour focaliser sur l'intimité.*
- *C) Reformulation verbale face au processus de coercition et diffamation (Blâmes et plaintes sur les différences de l'autre),*
- *D) Rechercher en séance de l'expérimentation « douce » des impacts émotionnels, (Contextual Shifts liés aux émotions et valeurs réciproques)*
- *E) Acceptation du comportement « négatif » de l'autre plutôt que des demandes de changement:*

2 TECHNIQUES D'ACCEPTATION DES DIFFERENCES DE L'AUTRE :

Réunion Empathique (Empathic Joining) Développement de la compassion - *Détachement Unifié* (Unified Detachment) face au problème

2 TECHNIQUES DE TOLERANCE AUX COMPORTEMENTS NEGATIFS :

Tolerance Building (Construction de la Tolérance face aux incompatibilités) - *Self Care* (Protection de Soi face aux comportements destructeurs)

2- ANALYSE COMPARATIVE INTRAMODELE ENTRE LA TBCT ET L'IBCT, 2004 –

THERAPIE COMPORTEMENTALE TRADITIONNELLE DE COUPLE VERSUS THERAPIE COMPORTEMENTALE INTEGRATIVE DE COUPLE

A - ETUDE SUR 2 SITES 1994 – 2004.: Seattle (63 Couples) et Los Angeles (71) avec une échantillon stratifié de 134 couples en détresse sévère ou modérée pour démontrer la stabilité du pouvoir thérapeutique sur des résultats fiables (Halford 2001, Snyder, Mangrow et Wills 1993)

*C'est l'étude la plus large (A. Christensen, D.C. Atkins, S. Berns, D.H. Baucom 2004 Hahlweg, Revenstorf et Schindler 1987), proche des conditions naturelles et multiculturelles de la population (2% de drop out au final) afin de *trouver des différences par mise à l'épreuve* des 2 traitements comparés, et d'étudier *l'impact individuel* relatif sur l'homme et la femme selon la *détresse initiale* par une *analyse intra-sujet* sur les variables classiques, *stabilité et satisfaction conjugale* (DAS MSI-R.) *communication affective* (AFC), *résolution de problème* (PSC), *fonctionnement individuel* (*Compass Out Patient Treatment Assesment*) -*bien être subjectif – fonctionnement courant- symptômes actuels* (MHI).

*Les patients sont sélectionnés avec le MAT (Locke Wallace) le SCID-DSMIV. On a vérifié la stabilité de la détresse sur 6 semaines lors de la sélection-prétraitement, on a *éliminé et adressé les couples à violence domestique* (CTS-2) ou à diagnostic psychiatrique.

*Exploration du *lien thérapeutique* à la 4^{ème} séances (TBS) *Evaluation par le client des services rendus* (CSQ.8) en fin de thérapie.

*Premier essai clinique utilisant les stratégies de calcul statistique HLM (Raudensbush 2002) qui donnent au chercheur les capacités de séparer, (a) l'état initial, l'Intercept (b), le taux de changement (pente), (c) le changement dans le taux de changement (quadratique) soit le profil de la progression thérapeutique en « temps réel »

*5 cohortes de couples recrutés sur les 2 sites, Los Angeles (UCLA) et Seattle (UW) (entre novembre 1997 et février 2001, première cohorte a constitué l'étude pilote, manuels et supervision IBCT et TBCT, (26 séances maximum, nombre moyen de séances hebdomadaires a été de 22.9 (SD=5.35), durée moyenne pour achever, 36 semaines)

B - RESULTATS ENCOURAGEANTS POUR L'IBCT SUR TOUTES LES VARIABLES.

**Satisfaction maritale* : les couples sont améliorés à la fin au taux de 0.37 pt par semaine (DAS,GDS), la taille d'effet sur les trajectoires individuels du changement globale pré-post traitement est significative (d=.86), effet significatif de la thérapie sur la pente et le quadratique. Les couples TBCT s'améliorent plus rapidement que les couples IBCT mais atteignent un plateau alors que les couples IBCT, plus lents au départ, montrent une amélioration plus stable vers la fin sans aplanissement ni détérioration.

*La significativité clinique du changement utilise un *cut off* de type **c** avec la DAS (point milieu entre moyenne normative et moyenne pré thérapie, cut off = 96.8).

Sur le composite DAS-GDS, 71% des couples IBCT s'améliorent ou guérissent contre 59% en TBCT (DAS IBCT 73%, et TBCT 54% .Sur la GDS 67% des couples en détresse modérée s'améliorent ou récupèrent contre 53% de ceux en détresse sévère).

C - UNE BONNE COMPARAISON EST UNE COMPARAISON EQUITABLE ! (Christensen)

Le développement de l'IBCT est étayé par des résultats sur toutes les variables envisagées (les résultats TBCT dépassaient ceux d'études antérieures ou Jacobson 1984 avait des taux fiables d'amélioration de 55% et 35% de guéris ici on est à 59% et 44%). Le fonctionnement individuel et les symptômes actuels s'améliorent globalement en étant hautement associés avec l'amélioration des scores à la DAS. Une différence entre les époux apparaît dans la communication affective, les femmes commencent en thérapie avec une plus grande détresse et donnent de meilleures cotations du *lien thérapeutique* (Les maris plus insatisfaits au départ avaient tendance à s'améliorer plus rapidement que les femmes, plus tôt au cours du traitement). En général les patients de l'étude apprécient plus le *lien thérapeutique* que d'autres conditions et un plus en IBCT, les femmes ont des taux égaux aux hommes sur *le service rendu*. La taille d'effet de l'étude pour la DAS est de .86 et .85 pour la GDS, alors que taille d'effet globale de la méta-analyse la plus large en thérapie de couple (Shadish 1993) était $d=.60$ ($SE=.09$) pour 27 études. L'IBCT est au moins aussi efficace que le TBCT c'est ce qu'il fallait prouver à minima. Le pattern d'amélioration plus rapide et plus tôt de la TBCT s'explique par l'accent sur l'échange de comportement en début de traitement afin d'entraîner le couple à la résolution de problème. Ce *boostage* immédiat de la satisfaction n'empêche pas les couples de focaliser sur leurs problèmes par la suite et de stagner, les couples en IBCT focalisent immédiatement sur leurs problèmes principaux, l'amélioration est plus régulière. Ces différences de trajectoire suscitent espoir de maintien des résultats. (La détresse conjugale sévère est commune, selon les estimations actuelles, la moitié des premiers mariages se terminent par un divorce et le second mariage va encore plus mal. La prévention dans un couple avec enfant prévient un cortège d'évènements dramatiques.) Des études de suivi constants à 6-12-18-24 mois seront l'objet d'autres communications en 2006, 2008, 2010 pour vérifier la stabilité des résultats, ce qui est la volonté de la mise en place de l'IBCT.

TRAITEMENT A EFFICACITE BIEN ETABLIE SELON LES CRITERES APA (Chambless & Hollon 1998)

(Cf: Validation de l'IBCT par comparaison de l'efficacité des deux modèles IBCT / TBCT, l'efficacité de la TBCT ayant déjà été établie)

I - Au moins 2 bons designs expérimentaux inter-Groupe qui ont pu démontrer l'efficacité dans une ou plus des manières suivante

- A : Supérieur à une « pilule » ou psychothérapie – Placebo ou autre traitement
- B : Equivalent à un traitement déjà établi avec taille d'échantillon suffisante.

II- Une large série de designs expérimentaux à cas uniques a démontré l'efficacité avec

- A : Utilisation d'un bon design expérimental.
- B : Comparaison de l'intervention avec un autre traitement.

* **Baucom 1999** *Traitement efficace* : supérieur à une condition contrôle par liste d'attente.+ Réplicabilité, +Grands Echantillons, + 2 études par 2 équipes différentes et des résultats certains

Pour la détresse conjugale. : L'ajustement marital global et la satisfaction de la relation conjugale sont les 2 critères cibles déterminent de l'efficacité.

3- UTILISATION DE LANGAGE DE L'ACCEPTATION (Analyse des comportements verbaux au cours de l'Etude Pilote de 1994, Cordova 1999)

A - DEUX TECHNIQUES PRINCIPALES DE TRAVAIL DU PROCESSUS D'ACCEPTATION

1- *L'Empathic Joining*, **Réunion Empathique, proximité émotionnelle SE** (*Soft Expression* d'émotions douces, compassion, compréhension, intimité, sentiments d'insécurité de vulnérabilité, désir-amour-peur) génèrent un environnement non-hostile et l'intimité, **versus Expression d'Emotions Dures HE** (*Hard Expression*, colères, hostilité, mépris, intolérance) qui génèrent défensivité et représailles . 2-Le **Détachement Unifié DT** (*Unified DeTachment* apprendre à se parler du problème plutôt que s'engager dedans directement, diminuer les patterns destructeurs) change la communication active, encourage à *se joindre ensemble face aux problèmes insolubles*, ce détachement émotionnel est conducteur par hypothèse d'un moindre **Engagement dans le Problème EP**.

Au cours de l'étude pilote d'exploration différentielle des 2 processus TBCT /IBCT (par la satisfaction) on cote SE, DT, EP et HE.

Chaque variable dérivée dispose d'échelles spécifiques- cotation sur vidéo, manuel descripteur des interactions verbales et non verbales.

SE : *Expression Souple* : des *Emotions Douces* en séance de thérapie exprimant des sentiments révélant la vulnérabilité de la personne à l'intérieure de la relation. .

DT : échelle de *Détachement Unifié* mesure le degré d'engagement dans des discussions non-blâmantes sur le problème actuel sans pression au changement.

EP : patterns d'interaction destructeurs dans *L'Engagement dur dans le Problème* : disputes revendication/repli, blâmes et contre-blâmes croisés.

HE: *Expressions Hostiles* dures mépris, intolérance, visant la personne.

Les 2 techniques de l'acceptation de l'ICT testées par James Cordova sont :

1- La **promotion** de la **Réunion Empathique** qui pose que le dévoilement d'expressions émotionnelles souples est reliée à l'hypothèse que les émotions durés (colère etc...) masquent souvent des sentiments de blessure, solitude, peur...

2- Le **détachement unifié** à la différence de la résolution de problème compte plutôt sur l'auto-efficacité de l'observation de soi pour affecter sa propre perspective du problème plutôt que de se centrer sur le partenaire, *son problème devient notre problème* ; l'auto observation est un moyen de changer le contexte en séance facilitant l'acceptation. (On cote 6 séances, 2 au début, 2 au milieu, 2 à la fin de la thérapie pour les 2 conditions de traitement).

DT : les couples **IBCT** ont significativement des meilleurs scores en milieu et fin de thérapie mais pas avant, avec une *large taille d'effet* (aucun changement significatif en TBCT du début à la fin). - **SE** : Différence au milieu de la thérapie en faveur de l' **IBCT**, (tendance à la décroissance de **SE** en **TBCT** du milieu à la fin de la thérapie) - **EP** : les couples **IBCT** s'engagent plus au début de la thérapie mais il y a une tendance modérée significative de décroissance début-milieu- fin à **EP** (l'**EP** croit du début au milieu de la thérapie **TBCT** avec ensuite une tendance à décroître modérément).- **HE** : plus de **HE** au début dans les couples **IBCT** puis décroissance début-milieu, plus modérée en milieu-fin avec une large taille d'effet $d=1.75$. (TBCT : Aucune décroissance du début a la fin). Les couples finissent la thérapie avec plus de SE diminuant les HE. **L'impact du processus d'acceptation** sur la communication montre un changement corrélé à *l'amélioration de la satisfaction conjugale*, et des corrélations entre *décroissance des discussions non-blâmantes* et **SE** *décru de la détresse conjugale* et *l'accroissement de HE* et de *l'EP* et *la détresse conjugale*.

B - L'IBCT A UN IMPACT DIFFERENT SUR LA COMMUNICATION DES COUPLES.

En séance il y a une plus grande fréquence d'échanges autour des problèmes insolubles sans se blâmer ni pousser au changement.

*Ces données suggèrent que la TBCT par ses techniques et des règles, pourrait supprimer normativement l'expression émotionnelle des couples ; l'IBCT laisse place à des expressions authentiques d'affects négatifs et à la démonstration en séance de comportements problématiques. (Le manque de différence à diminuer les comportements problématiques IBCT ou TBCT peut ainsi être du à la suppression générale de la négativité en TBCT plutôt qu'elle ne promeut une amélioration verbale en séance. Ceci implique pour les thérapeutes de juger ce dont ont besoin les couples qui s'engagent en thérapie : faire décroître simplement un comportement négatif ou le supprimer ?)

*Pour Cordova et Christensen il y a bien des différences structurales entre les 2 thérapies qui affectent l'expression émotionnelle en séance (ce qui peut modifier durablement le contexte environnemental du couple) Ces résultats préliminaires étaient à confirmer par une étude de suivi au long court; il faut aussi mener des évaluations dans le contexte de la communication au domicile. *Ipsa facto* selon les théories de Hayes *le processus d'acceptation se traduit par des modifications du langage*, on pourrait focaliser sur des marqueurs langagiers dans les discours des partenaires en interaction en contextes naturels et thérapeutique liés au processus d'acceptation (Cordova Christensen Jacobson).

*Dispositif utilisé et décrit par Christensen Layne et Heavy (1993) : décodage de Vidéos d'interactions des couples de 7 min x 2,

* **L'hypothèse de l'IBCT d'une relation entre croissance des émotions souples et la décroissance d'EP, avec augmentation des discussions non-blâmantes + satisfaction conjugale, est confirmée et validée : il y a bien deux processus de changement, IBCT / TBCT.**

L'EFFICIENCE : APPLICATION DE LA RECHERCHE AUX CONTEXTES DE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Pour Pratiquer une Psychothérapie de Couple on a besoin d'avoir des techniques fiables allouées à des stratégies élaborées et valides comme l'Acceptation et la Tolérance. Pour cela, il est nécessaire d'évaluer initialement le fonctionnement du couple pour sa progression thérapeutique possible. On doit aussi disposer d'outils, d'une conceptualisation ferme et flexible, d'une Analyse Fonctionnelle et d'une méthode qui corresponde aux retombées de la recherche! Ces outils ne seront pas forcément les mêmes qu'en amont, sauf peut être si on mène une recherche d'efficacité (Christensen 2005). On peut valider sur une population française comme l'a fait Pascal Antoine une version courte de la DAS ou le Questionnaire d'Acceptation de Christensen & Jacobson *FAPB* (traduit par Allard 2008) en cours de validation à Lille 3. Christensen (2011) au vu de ses recherches, a opérationnalisé une Guideline IBCT ciblant les facteurs actifs et les variables et composant d'Intérêt, des questionnaires *ad hoc* pour évaluer les processus au début et au cours du traitement. Il s'agit de finaliser l'impact de l'analyse fonctionnelle à partir d'une lecture réflexive des configurations interactives et relationnelles ayant une forte probabilité d'occurrence et d'activation

V - EVALUATION ET ANALYSE FONCTIONNELLE, FORMULATION AU COUPLE D'UNE CONCEPTUALISATION DYADIQUE RELATIONNELLE V/S INDIVIDUELLE

CLARIFIER LES EVITEMENTS COMPORTEMENTAUX FONDES SUR LES EMOTIONS INTIMES OU COUVERTES.

L'évitement des souffrances, du conflit, de l'expression émotionnelle, pronostique: *aliénation, distance, Pb divers vulnérabilité réactionnelle !*

Détection précoce des comportements destructeurs : *Erreur fondamentale d'Attribution, Blâme de l'autre; minimisation de sa propre contribution*

Analyse systémique la plus objective - Incorporation des théories préférées des couples - Maintenir l'engagement et valider les deux partenaires

CREER DES CONTEXTES EMOTIONNELS DE CHANGEMENT POUR MODIFIER LES COMPORTEMENTS INADAPTES.

Principe prévenir/altérer les comportements inadaptés- Modifier le comportement en séance quand les émotions négatives fortes sont évoquées –

Modifier le comportement hors séance lorsque les émotions sont provoquées. Détection précoce/intervention sur les comportements destructeurs.

EVALUATION DU COMPORTEMENT AU TRAVERS DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE

*ANALYSE CAUSALE (ABC) : *Antécédents et Conséquents Distaux et historiques aussi importants que les Antécédents et Conséquents proximaux.*

* PARTAGE DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE AVEC LE COUPLE (Problèmes de **contexte** v/s **contenu** - & –**thème du conflit**)

- *Implémentation des principes IBCT, à partir de l'AF et de l'Evaluation - dans un contexte émotionnel pertinent et "provocateur".*

DEUX MANIERES DE DEFINIR LES PROBLEMES (TOUJOURS FORMULES DANS UN CONTEXTE)

Moléculaire Définir exactement les comportements spécifiques et les cognitions - **Molaire** Définir les classes de réponses et les modèles plus larges

PROBLEMES RELATIONNELS MONTRES PAR LES COUPLES EN THERAPIE (TOUJOURS FORMULES DANS UN CONTEXTE)

Le Verdict : *le Partenaire est coupable* **Le Diagnostic :** *Le Partenaire est un malade mental,* **Evaluation de ses Performances :** *"Partenaire inadéquate"*

QU'EST-CE QUI REND LES COMPORTEMENTS PROBLEMATIQUES (TOUJOURS FORMULES DANS UN CONTEXTE)

Contexte, Adversaire v/s Supporter (*ne pas décrocher*), Contexte Adversaire/Adversaire Contexte, Etranger/Etrangers / *distance v/s indépendance*

Désespoir, sans ressource - Escalade, polarisation, vilification, Infâmisiation -Piège émotionnel, non-communication, Fuite...

REFORMULATION DES PATTERNS D'INTERACTIONS PROBLEMATIQUES AU COUPLE (TOUJOURS FORMULES DANS UN CONTEXTE)

*PATTERNS ASYMETRIQUES - **Attaquer** v/s **se Retirer** (*Discuter/éviter -- Requête/Fuite*) - **S'accrocher** v/s **S'éloigner**

Patterns - *Poursuite* v/s *Distance* -- *Envahir* v/s *s'évader*

*PATTERNS SYMETRIQUES - **Attaque Mutuelle l'un contre l'autre** : *se Disputer, se chamailler...*

- **S'éloigner mutuellement l'un de l'autre** : *Evitement mutuel " Mur du Silence"...*

Comportements Interactifs: *Escalade, Polarisation, Coercition, Vilification, Infâmisiation, Harcèlement, Manipulation...*

ANALYSE DEEP

Analyse Dyadiques des Zones et des Contenus de Conflit pour la Formulation IBCT des Problèmes Relationnels

D DIFFÉRENCES ou Incompatibilités .

Personality Differences (Big 5) - Differences in libido- Differences in link to family of origin - in desire for closeness - in coping with stress - in interests

E EMOTIONS - Sensitivités, Vulnérabilités, Sensibilités.

Ne me quitte pas reste auprès de moi- Tu n es pas ma mère ! Rends moi libre- Ne me critiques pas- Acceptes moi comme je suis !

N'essaie pas de me contrôler, je me débrouille toute seule - Je suis normal, arrêtes de me traiter de fou ! Valides moi!

Arrêtes de m'ignorer, écoutes moi ! - Ne me traite pas d'enfant - Dis moi que je suis compétent(e)- Montre moi que je suis attractive(f), Désires moi !

E EXTERNALITE, Circonstances/ Stresseurs / Environnement extérieur

Facteurs en dehors de la relation de couple : Stresseurs Communs Famille, Carrière, finances – Maladie, Amis, Voisins, Coping commun ou individuel.

P PATTERNS d'interactions problématiques/ communication

Efforts de couple - L'Interaction aggrave le problème - Pattern problématique : cycle de communication dysfonctionnelle répétitif.

TYPES MAJEURS D'INTERACTIONS PROBLEMATIQUES

1 - Moving against the other. S'en Prendre à l'autre, Attaquer l'autre

BLAMER, chercher la faute - **Quereller** Requêtes pression - **Pouvoir** compétition- **S'allier avec d'autres** contre le partenaire - **Escalader**, Exagérer.

2 - Moving away from the other. S'éloigner de l'Autre

FUITE: Evitement, distance, Fermeture- **Mentir**. Garder des secrets, -**Dénier**, **Bannir**, **Résister** aux efforts - **Se Justifier**, **Se Défendre**,

3 - Hanging on to the other. Se Cramponner à l'autre (moving toward the other anxiously)

POURSUIVRE, ne pas laisser l'autre vaquer ! **Faire Intrusion**, ne pas permettre une vie privée - **Investiguer**, questionner - **Contrôler**, surveiller, étiqueter.

4 - Moving against the other with the help of others: Attaquer l'autre avec l'aide des autres

COALITIONS et Alliances - **Se liguier contre** le partenaire - **Désigner** votre partenaire aux autres - **Partager les Secrets**, Garder des informations

FORMULATION AU COUPLE DE L'ANALYSE DEEP DES TROUBLES DYADIQUES ET DES DIAGNOSTICS INDIVIDUELS

Problèmes spécifiques, authenticité argent, dépression - **Problèmes plus larges**: Responsabilités – Proximité (Closeness) –Dévoilement et Intimité - (Emotionalité)

GUIDE D'EVALUATION ET GRANDES LIGNES DU TRAITEMENT EN IBCT

Andrew Christensen, Ph.D. 2010 (Traduction François Allard 2011) University Of California, Los Angeles: [Http://Ibct.Psych.Ucla.Edu](http://Ibct.Psych.Ucla.Edu)

PROTOCOLE D'EVALUATION DETAILLE POUR THERAPIE DE COUPLE CONTEXTUELLE (350 ITEMS)

Utilisé par IBCT-France [http:// ibct-france.fr/](http://ibct-france.fr/) voir également les questionnaires de James CORDOVA.

I - PHASE D'EVALUATION ET DE FEED-BACK

- Profil du Premier Interview
- Guide et Grandes Lignes pour les Entretiens Individuels
- Séance de Feedback

II - PHASE D'INTERVENTION

III - PHASE TERMINALE

- + Bibliographie ad hoc

MESURES ET EVALUATION SPECIFIQUES POUR LA THERAPIE COMPORTEMENTALE DE COUPLE INTEGRATIVE

Demographic Questionnaire for Couples *Statut du Couple* - Age, Temps passé ensemble, enfants, médicaments.... Andrew Christensen 2009

Couple Satisfaction Index (CSI-16) *Index de Satisfaction du Couple* - Funk & Rogge, 2007 (Traduit à valider) - Mesure de la qualité de la relation

Questionnaire des Zones de Problèmes - *Zone de contenu des Problèmes* - Andrew Christensen 2009 (Traduit à valider) – Question/thèmes conflits

Questionnaire de Couple CSI-4 (Baseline), *Violence, Engagement* ; Andrew Christensen 2009 (Traduit à valider)

Questionnaire sur la Communication durant le Conflit, *Pattern d'interactions et communication* - Andrew Christensen 2009 (Traduit à valider) -

AUTRES QUESTIONNAIRES UTILISABLES TRADUITS PAR J.M.BOISVERT & M.BEAUDRY 2004

Echelles Cliniques : ESG.- Echelle de satisfaction générale Walter W. Hudson *Général Contentment Scale* --- trad 1982

EES -Evaluation de l'estime de soi. W.W. Hudson *Index of Self Esteem* trad. 1983 --- ESL- Evaluation de la satisfaction maritale W.W. Hudson *Index of Marital Satisfaction*

ESG- Echelle de satisfaction générale W.H. Hudson ----ESS -Evaluation de la satisfaction sexuelle W.W. Hudson ; *Index of Sexual Satisfaction*

EAP -Evaluation des attitudes parentales W.W. Hudson *Index of Parental Attitude* --- ERF- Evaluation des relations familiales *Index of Family Relations* --

Changement : - Questionnaire sur les Changements Désirés --- ACQ Areas of Change Questionnaire R L Weiss, H. Hops, G.R. Patterson - *Inventaire des Activités Préférées*

Communication : - ICSI - *Interpersonal Communication Skills Inventory* L.F. Boyd, A.J. Roach MSI - *Marital Status Inventory* R.L. Weiss. MC Ceretto 1980

Difficultés du couple : - Liste d'observation du conjoint *Spouse Observatin Check List* R.L. Weiss

INVENTAIRE FAPB-I FREQUENCY AND ACCEPTIBILTY OF PARTNER BEHAVIOR INVENTORY

Andrew Christensen, Ph. D, and Neil S. Jacobson, Ph. D. 2002

Fréquence et Acceptabilité des Comportements du Partenaire (20 items)

Traduction François Allard*, 2008 en cours de Validation par Pr Pascal Antoine* 2012 , Université de Lille3.

Postscriptum

*On reproche avec raison que des recherches sur les psychothérapies portent sur les résultats de manière identique aux études des traitements médicamenteux des symptômes ou maladies, troubles découpés après coup par les laboratoires pharmaceutiques selon les réponses du patient et sur quoi agirait le « médicament ». Une **méthode aveugle** sur laquelle seraient aussi basées les TCC : application globale d'un traitement sans spécification de son véritable contexte et mode d'action, comme une molécule, et comparaison des résultats avec un placebo. (Critique ignorant les lignes de base et les principes ABA) Certes cette procédure qui permet à peine de savoir si une psychothérapie a un intérêt, est hyper-contestable quand aux niveaux des résultats qu'on étudie. Comme on l'a vu, les statistiques peuvent être trompeuses, et **en fait, nous n'utilisons pas ce type de protocole**.*

L'Approche Comportementale Intégrative n'est pas fondée sur cette démarche qui n'apprend rien sur le « comment ça marche », au contraire sa réflexion critique porte sur les erreurs qu'apportent ces types d'études seulement statisticiennes.

L'intérêt de ce que nous avons développé ici, est justement à l'opposé de ce que vise ces critiques, l'étude des résultats sur des critères déjà utiles, doit correspondre à ce qu'on cible : l'étude pertinente scientifique par l'analyse des processus pathologiques en jeu et l'acquisition comparative des processus thérapeutiques véritables, soit reconnaître, savoir et définir ce qui marche, comment ça marche, et sur quoi ça marche... et vérifier ce qui ne marche pas.

Découvrir les composants et leurs ingrédients actifs en les reliant aux lois établies du fonctionnement psychologique est une démarche scientifique de recherche, qui permet d'avancer en efficacité et de ne pas répéter des traitements inutiles, autoproclamés nécessaires, mais sans preuves...

Ces recherches en interaction permanente avec nos pratiques sont scientifiques et validées par les faits, non l'inverse. D'autres attitudes dites « des profondeurs », « métapsychologiques » n'ont cure de cela. Notre approche empirique et nos théories ne peuvent être un amas incohérent à prétention « philosophiques », de troubles « vérités » immuables et d'impératifs catégoriques, un psychoverbiage confus de spéculations diverses qui expliquent les faits après coup comme cela est toujours le cas en France.

Cette qualité et ces exigences ont été introduites en psychologie par le behaviorisme, ce dont on lui tient souvent rigueur en l'accusant de formaliser la nature humaine, de nier l'intuition, l'herméneutique, l'interprétation analogique, que sais-je encore ?- Voilà la frontière conquise par les thérapies behavioristes dites de la troisième vague... On lira avec intérêt les apports de l'IBCT.

Allard,F., (2011) **La Thérapie Comportementale Intégrative de Couple, in Kotsou.,I & Heeren.,A (Eds) Pleine Conscience et Acceptation, les thérapies de la troisième vague. Edition Deboeck.*

Christensen,A., & Jacobson, N., (2012) **Couple en difficulté, accepter l'autre et se réconcilier. Une psychothérapie de couple par l'acceptation des différences, Edition Deboeck. [Christensen, A., & Jacobson N.,(2000) *Reconciliable Differences* Guilford Press **Traduction Allard,F**]*