

Andrew Christensen, Jennifer G. Wheeler, & Neil S. Jacobson
Couples in distress, in D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*,
5th Ed (662-689). 2014 New York: Guilford.

Limité à l'usage des sites ACT, AFSCC, ADTCCF et IBCT-France
Traduction Paris 2018 par François ALLARD f.allard-psy@wanadoo.fr

COUPLES EN DÉTRESSE

ANDREW CHRISTENSEN, JENNIFER G. WHEELER,
BRIAN D. DOSS & NEIL S. JACOBSON
H. Barlow éditeur

Traduit en français avec la permission de Guilford Press"; tout droit réservés à Guilford Press.

COPYRIGHT GUILFORD PRESS NEW YORK 2014-04-11

Guilford Press 72 Spring Street New York, NY 10012 <http://www.guilford.com>

Ce chapitre sur l'IBCT a été traduit par François Allard psychologue clinicien, psychothérapeute TCC de couple, auteur et traducteur d'ouvrages dans le cadre de la promotion des thérapies comportementales de couple en France, afin de le mettre à disposition des psychothérapeutes à partir des sites se référant au courant des Sciences Comportementales et Contextuelles avec l'accord des auteurs et de l'éditeur.

(<https://ibct-france.fr/> <https://adtccf.org/> <http://www.francois-allard-tcc-psy.fr/>)

Allard, F., & Antoine, P., (2018). *Le couple en thérapie comportementale cognitive et émotionnelle*. Elsevier Masson.

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*. Deboeck (pp 283-314)

Christensen, A., & Jacobson, N. (2012) *Couples en Difficultés, accepter les différences* De Boeck : traduction par François Allard de ; *Réconciliables Différences* A.Christensen PhD & N.Jacobson S PhD (2000) Guildford Press.

Allard, F. (2018) : *Dépasser une infidélité, guide du thérapeute*, PUS, Traduction du manuel thérapeute D, H, Baucom, D, K Snyder K, C Gordon (2009) : *Helping Couple Get Past an Affair*. Guilford Press.

Allard, F., Kempeneers P, Cuddy M (2018) *Dépasser une infidélité, guide du couple*. PUS. Traduction du guide Patient D, K, Snyder D, H, Baucom, KC Gordon (2007) *Getting past an Affair, a Program to help you Cope, Heal, and Move On – Together or Apart*. Guilford Press.

INTRODUCTION

La deuxième édition de ce livre présentait, pour la première fois, une approche substantiellement et considérablement différente de la thérapie de couple, tant dans la conceptualisation que dans des stratégies de traitement. Il a été noté que ces changements de technique et de conceptualisation étaient assez profonds pour justifier une nouvelle appellation de l'approche : "*thérapie de couple comportementale intégrative*" (IBCT). Comme décrit dans cette cinquième édition, l'IBCT a mûri vers un ensemble de stratégies sophistiquées et également intuitivement compréhensibles, appréhendables, attractives. Ces stratégies sont très joliment illustrées dans le chapitre présent dans le contexte d'un traitement compréhensif de la détresse substantielle d'un couple. Parce que ces stratégies exigent des compétences cliniques considérables et du talent, les thérapeutes, en particulier les débutants, devraient beaucoup apprendre des descriptions de cas de ce chapitre très lisible destiné à s'engager plus avant en IBCT.

Contrairement à d'autres chapitres dans ce Manuel, le terme "*détresse de couple*" ne se réfère pas à un clinique spécifique ou à des troubles de la personnalité. Dans le DSM-5, la détresse de couple est traitée parmi les "*troubles psychiques*" non pris en considération et relégués dans la catégorie "*autres conditions qui peuvent être un centre d'attention clinique*" et sont assignés avec un moindre "code V" : "*détresse dans la relation avec le conjoint ou le partenaire intime.*" On peut pourtant certainement arguer que ce type de détresse crée autant de douleurs psychologique et physique et sinon plus que d'autres troubles du DSM (par exemple, Beach et coll., 2006). En outre, la détresse de couple peut amorcer, renforcer et compliquer des troubles du DSM comme la dépression, ou enclencher des rechutes (Whisman, 2007; Whisman et Bruce, 1999). En outre, la détresse de couple peut avoir un impact majeur dévastateur sur les enfants et peut déclencher ou renforcer des troubles externalisés et internalisés (Buehler et d'autres., 1997). En effet, s'il y a eu un courant pour porter une attention plus grande dans le DSM-5, aux processus relationnelles comme ceux des couples en difficultés et inclure peut-être certains problèmes relationnelles à répertorier comme troubles, cependant, ces efforts semblent avoir été hésitants (Beach et coll., 2006; DSM-5, Association Psychiatrique Américaine, 2013). Indépendamment des mérites et du résultat de ces efforts, il n'y a aucun doute que la détresse de couple a des conséquences psychologiques sérieuses et qu'elle mérite une attention thérapeutique. Dans ce chapitre nous décrivons une nouvelle approche prometteuse de la détresse de couple, appelée *Thérapie Comportementale Intégrative de Couple* (Intégrative Behavioral Couple Therapy IBCT ; Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995; Christensen & Jacobson, 2000; Jacobson & Christensen, 1998). Nous allons brièvement passer en revue le développement de cette approche depuis ses origines dans la *Thérapie Comportementale Traditionnelle de Couple* (TBCT, Traditional Behavioral Couple Therapy), cela sera suivi par une description des théories et des techniques de l'IBCT. Nous décrivons alors l'application de l'IBCT, incluant les étapes de la Thérapie et l'usage des interventions spécifiques. Finalement, nous discuterons la mise en évidence empirique qui soutient l'IBCT et nous apporterons une démonstration par un cas servant d'exemple de l'application de l'IBCT à un couple en détresse.

THERAPIE COMPORTEMENTALE TRADITIONNELLE DE COUPLE

Le terme thérapie de couple (comme opposé à thérapie “individuelle” ou de “groupe”) se réfère à des approches cliniques qui améliorent le fonctionnement de deux individus dans le contexte de leur relation l’un avec l’autre (Thérapie de couple est plus inclusif et moins limité que thérapie maritale et parce que ça peut se référer à des couples non mariés, gays, lesbiens). Bien que la thérapie de couple soit unique par l’accent porté sur une dyade spécifique, sa véritable définition est *une approche contextuelle du traitement de deux individus*. Il y a un accord sur le fait que les traitements qui ont du succès auprès des couples en détresse ont mis l’accent sur l’évaluation et la modification de chacune des contributions individuelles et des réponses comportementales au cours des interactions spécifiques à leur relation. (e.g. Baucom & Hoffman, 1986; Gurman, Knickerson, & Pinsoff, 1986; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1991; Jacobson, 1978a; Jacobson, 1984; Jacobson & Holtzworth-Munroe, 1986; Jacobson & Margolin, 1979; Stuart, 1980; Weiss, Hops, & Patterson, 1973).

Depuis deux décades, le “gold standard” du traitement des couples en détresse a été la *Thérapie Comportementale de Couple* (pour une revue des thérapies de couple, voir Baucom, Shoham, Kim, Daiuto et Stickle, 1998; Christensen & Heavey, 1999; Baucom, Shoham, Kim, Daiuto, & Stickle, 1998; Snyder, Castellani, & Whisman, 2006; et Jacobson & Addis, 1993). Appliquée au départ par Stuart (1969) et Weiss, Hops, & Patterson (1973). La *thérapie behavioriste traditionnelle de couple* (TBCT) utilise les principes de base du *renforcement*, du *modeling*, (modélisation) et du *renversement des comportements*, et de la *répétition comportementale* pour faciliter la collaboration et les compromis entre les partenaires. Avec un regard porté sur la facilitation des changements dans les comportements du couple, la TBCT enseigne aux couples *comment accroître ou décroître des comportements cibles* (*Behavior Exchange*, Echange de Comportement), *comment communiquer* plus efficacement l’un avec l’autre (*Communication Training*, Entraînement à la communication), et comment *améliorer leur habileté à la Résolution de Problème*, a les définir et les solutionner (*Problem Solving*,) afin d’augmenter leur satisfaction d’être en couple. La monographie de Jacobson et Margolin (1979) est communément utilisée comme manuel de traitement de la TBCT.

Lors de précédentes études empiriques, la TBCT a démontré des succès empiriques significatifs (Jacobson 1977, 1978b), et elle est rapidement devenue le pivot central de nombreux manuels de traitement de couple, de programmes et de publications supportant l’application des techniques comportementales au traitement des couples en détresse (e.g. Floyd & Markman, 1983; Gottman, Notarius, Gonso, & Markman, 1976; Jacobson & Margolin, 1979; Knox, 1971; Liberman, 1971; Liberman, Wheeler, de Visser, Kuehnel, & Kuehnel, 1981; Stuart, 1980). La recherche et les résultats ultérieurs ont systématiquement confirmé l’efficacité des approches comportementales du traitement de la détresse de couple. Subséquemment, les résultats des recherches ont apporté un soutien consistant à leur efficacité (Baucom & Hoffman, 1986; Gurman, Knickerson, & Pinsoff, 1986; Jacobson, 1984; Jacobson, Schmaling, & Holtzworth-Munroe, 1987). La recherche a même montré l’impact positif de la TBCT pour des couples dans lesquels le partenaire souffre d’un trouble individuel, comme la dépression (Gupta, Coyne et la Plage, 2003), l’alcoolisme (O’Farrell et Fals-Stewart, 2000), ou l’anxiété (Baucom et d’autres., 1998).

Cependant, malgré le succès apparent de la TBCT, le résultat des recherches a aussi révélé un certain nombre de limitation dans l’efficacité et la généralisation de la TBCT. Par exemple, approximativement un tiers des couples échouent à montrer des améliorations mesurables dans la qualité de leur relation à la suite du traitement TBCT (Jacobson, Schmaling, & Holtzworth-Munroe, 1987). Plus encore beaucoup de couples qui répondent bien initialement au traitement, rechutent dans les un à deux ans

après la thérapie (Jacobson, Follette, Revenstorf, Baucom, Hahlweg, & Margolin, 1984; Jacobson, Schmalings, & Holtzworth-Munroe, 1987). Sur les suivis de quatre ans en post-thérapie, Snyder, Wills, et Grady-Fletcher (1991) ont trouvé un taux de divorce de 37% chez les couples traités par la TBCT.

Ces découvertes sur les limites de la TBCT ont encouragé le développement d'approches thérapeutiques additionnelles. Une variété de modifications et d'avancements a été pratiquée quant à la TBCT, dans un effort d'amélioration de son efficacité (e.g. Baucom & Epstein, 1990; Baucom, Epstein, & Rankin, 1995; Epstein & Baucom, 2002; Floyd, Markman, Kelly, Blumberg, & Stanley, 1995, Halford, 2001). Hélas les études existantes de comparaison de traitements ont échoué à démontrer une quelconque incrémentation d'efficacité selon les divers renforcements de la TBCT, comme l'adjonction des stratégies cognitives. L'adjonction de stratégies cognitives a créé un traitement aussi bon mais pas supérieur à la TBCT (ex Baucom et al., 1998).

En plus de l'examen des résultats de traitement, la recherche en thérapie de couple vise à la compréhension du « *comment le traitement marche* » ce qui diffère plutôt de l'étude des « *échecs du traitement* ». Les recherches récentes sur la réponse au traitement ont identifié plusieurs facteurs qui apparaissent comme susceptibles d'affecter le succès de la TBCT. Comparés aux couples qui répondent positivement à leur thérapie, les couples non-répondant ou regardés comme des « *échecs du traitement* » ou « *difficiles à traiter* » étaient généralement plus vieux, plus désengagés sur le plan émotionnel, plus polarisés sur des questions basiques, et plus sévèrement en détresse (Baucom & Hoffman, 1986; Hahlweg, Schindler, Revenstorf, & Brengelmann, 1984; Jacobson, Follette, & Pagel, 1986; Jacobson & Christensen, 1998, pour revue). En dépit du fait que ces couples ont le plus grand besoin d'un traitement efficace, chacun des facteurs ci-dessus a un effet opposé délétère sur les habiletés à collaborer, à faire des compromis, et à faciliter les changements comportementaux. Les *vieux couples* par exemple, ont eu plus de temps que les jeunes couples pour en arriver à « *se bloquer* » dans leurs patterns de comportements destructeurs. Les couples qui sont plus polarisés sur les questions « *fondamentales* » (questions de fond, comme par exemple rester dans leur *conception traditionnelle des rôles* selon les genres), peuvent ne jamais être capables d'atteindre un *compromis mutuellement satisfaisant*. Et les couples qui sont extrêmement désengagés l'un par rapport à l'autre peuvent être *incapables de communiquer*, et ne peuvent collaborer. Chacun de ces facteurs est vraisemblablement associé dans le long cours, profondément enraciné, ce sont même des patterns comportementaux apparemment immuables. Ainsi, il n'est pas surprenant que les techniques de la Thérapie Behavioriste Traditionnelle de Couple orientées sur le changement soient inefficaces pour ces couples.

UNE THÉRAPIE INTEGRATIVE DE COUPLE

Ces découvertes ont servi d'impulsion au développement de l'IBCT. Les limites au succès de la TBCT mises en évidence, particulièrement au cours du suivi, ont généré un effort pour trouver un traitement dont les effets soient plus résistants. L'évidence des manques de la TBCT a aiguillonné les efforts pour trouver un traitement qui s'appliquerait mieux à ces cas difficiles.

Il y a ainsi trois développements dans l'IBCT qui sont dirigés vers la mise en œuvre d'un traitement plus résistant et plus largement applicable :

- (1) Porter le focus sur les « *thèmes* » *relationnels* du couple plutôt que sur des comportements cibles spécifiques.
- (2) Mettre l'accent sur les « *contingences de renforcement* » (façonnement) plutôt que sur les « *comportements gouvernés par les règles* »
- (3) Porter un focus sur « *l'acceptation émotionnelle* ».

1- Le premier aspect de l'IBCT dont l'intention porte sur une efficacité plus largement applicable (efficience) et plus résistante est *le focus de l'IBCT sur les « thèmes » relationnels des couples, soit leurs patterns au long cours de comportements disparates et dès lors fonctionnellement similaires*. Alors que ce focus paraît semblable à la TBCT du fait qu'il requiert une *évaluation compréhensive des patterns comportementaux*, il diffère de la TBCT en cela que de multiples et complexes interactions – et pas seulement les cibles comportementales spécifiques – sont prises en considération afin d'intervention thérapeutique.

Un temps fort qu'on retrouve dans toutes les approches behavioristes, et dans la TBCT, est un processus d'évaluation qui transforme les plaintes larges et globales en comportements spécifiques pertinemment « *désignables* », ciblés avec précision. Par exemple, une femme peut venir en thérapie en se plaignant que son mari ne l'aime pas, alors que la plainte du mari est que sa femme ne croit pas en lui. Le thérapeute TBCT voudra assister la femme dans la redéfinition de sa plainte générale en assignant des cibles comportementales spécifiques au mari, comme l'embrasser et la serrer tendrement dans ses bras plus souvent. Le thérapeute portera aussi assistance au mari pour qu'il définisse sa plainte en cibles thérapeutiques comportementales spécifiques, comme se faire complimenter plus souvent pour ses réussites.

Cependant, l'IBCT suggère que *des informations de valeur puissent être perdues dans la transformation d'une plainte globale en cibles comportementales spécifiques*. Par une *réduction rapide* de la plainte globale en plainte sur des cibles comportementales spécifiques, la TBCT limite par inadvertance l'étude des divers moyens par lesquels les partenaires pourraient s'apporter de la satisfaction l'un à l'autre. Par exemple, si « *le sentiment d'être aimé* » est défini seulement en termes d'affection physique et que le mari a des difficultés à accroître ou/et à soutenir un haut niveau d'affection physique, alors sa femme trouvera que son besoin d'amour est insatisfait. Pourtant, il peut y avoir en plus de l'affection physique une variété d'autres comportements que le mari pourrait avoir qui auraient la fonction de faire que sa femme se sente aimée, comme l'appeler pendant le travail pour savoir ce qu'elle fait, écouter ses problèmes de famille, ou lui notifier que les pneus de sa voiture sont dangereusement dégonflés. Il peut y avoir aussi beaucoup de comportements qui ont ou peuvent avoir comme fonction de conduire à ce qu'elle se sente aimée, et qu'elle n'est pas capable elle-même d'explicitement, peut-être parce qu'elle n'est pas consciente que ces comportements lui apparaissent désirables, ou peut-être parce qu'elle se sent trop vulnérable pour exprimer ses besoins. Sans exploration plus élaborée, l'*Analyse Fonctionnelle* des pensées, sentiments et comportements de la femme et de l'homme, qui sont des opportunités tellement importantes pour faciliter le changement thérapeutique, peuvent être perdues.

Si on veut aller plus loin, les définitions comportementales trop spécifiques peuvent avoir un effet iatrogène. En utilisant l'exemple précédent, la femme peut commencer par définir de plus en plus restrictivement l'amour de son mari en termes de ses faibles capacités à être tendre, de ses habiletés limitées à lui marquer son affection ; c'est comme cela qu'on opérationnalisait « *l'amour* » dans le contexte

d'intervention de la TBCT. Si le mari est incapable de faire en sorte qu'elle se « *sente aimée* » par la seule affection physique, alors sa colère et sa sensation de manque d'amour pouvaient être intensifiées plutôt qu'améliorées par le traitement, le traitement pouvait même augmenter son sentiment de perte et de colère plutôt que l'améliorer.

Ainsi, au contraire de l'accent porté en TBCT sur les cibles comportementales spécifiques, *l'IBCT porte le focus dans l'histoire conjugale sur des thèmes plus larges*. Ce qui veut dire, développer une *compréhension fine et partagée des nombreuses circonstances* ou la femme s'est sentie aimée ou non-aimée, aussi bien que les nombreuses circonstances où le mari a senti qu'elle croyait en lui ou ne croyait pas en lui. *Cette compréhension partagée inclura certainement quelques exemples comportementaux spécifiques* qui font que la femme ne se sent pas aimée et ceux qui feraient qu'elle se sente aimée et d'autres qui font que le mari ne sent pas que sa femme croit en lui et ceux qu'elle aurait qui feraient qu'il sente qu'elle croit en lui.

Cependant, l'IBCT essaie de garder ouvertes toutes les possibilités de comportements dont la fonction serait d'apporter à chaque époux *la base émotionnelle désirée*. Ainsi, si un des partenaires a des difficultés pour avoir des performances dans un comportement particulier (ex affection physique), *lui ou elle sera toujours capable d'en avoir d'autres, peut être des comportements moins évidents mais desservant la même fonction* (ex, appeler depuis le travail). En focalisant sur un *thème émotionnel comportemental* plus large retraçant l'historique de son sentiment de ne pas être aimée, d'être impopulaire, ou le sentiment qu'on ne croit pas en lui, plutôt que d'attendre la réalisation de l'opérationnalisation de ce thème dans un comportement spécifique unique, l'IBCT, tout en accroissant les chances que chaque partenaire soit capable de rencontrer les besoins de l'autre, favorise le maintien par son enracinement *fonctionnel*.

2- Un second développement de l'IBCT qui est destiné à la rendre applicable à un plus grand nombre de couples et à rendre le changement plus résistant, plus durable, est basé sur la distinction entre comportements « *gouvernés par les règles* » et comportements renforcés ou « *façonnés par les contingences* » (B.F Skinner, 1966). Dans le premier cas, on donne une règle à un individu pour guider son comportement et il/elle est alors renforcé(e) quand il/elle suit la règle. En utilisant l'exemple précédent, un(e) thérapeute peut développer une liste de comportements affectueux possibles, comme donner un baiser à sa femme quand il part au travail et lorsqu'il en revient, et il/elle encourage alors le mari à implémenter ces types de comportements. Après les avoir pratiqué, le mari serait renforcé et par sa femme et par le/la thérapeute. La TBCT est largement basé sur l'emploi des stratégies *gouvernées par les règles*, mais aussi les plus importantes stratégies de la TBCT même, *l'entraînement à la communication* et à la *résolution de problème*, sont aussi dominées par des stratégies *gouvernées par des règles*. Dans les deux cas le thérapeute TBCT enseigne au couple certaines règles de bonne communication ou de bonne résolution de problèmes à utiliser durant leurs discussions des problèmes. Les indications pour user du « *JE formule que...* » ou pour « *Définir le Problème clairement avant de proposer des solutions...* » en sont des formes exemplaires.

Pour les comportements *façonnés par les contingences*, les événements qui se produisent naturellement en situation servent à discriminer et à renforcer le comportement désiré. Par exemple, le mari serait affectueux avec sa femme lorsque quelque chose dans leurs interactions déclencherait chez lui un désir de la serrer dans ses bras et de l'embrasser ; l'expérience de proximité ou de contact physique dans la gestuelle même, ou dans la réponse de sa femme à sa gestuelle, serviraient à renforcer son comportement affectueux. En contraste avec la TBCT, l'IBCT engage à des changements comportementaux *façonnés par les contingences*. Les thérapeutes IBCT essaient de découvrir les événements qui ont cette fonction de

déclencher les expériences désirées chez chaque partenaire et ils essaient alors d'orchestrer ces événements. Par exemple, les thérapeutes IBCT peuvent faire l'hypothèse que les critiques d'une femme éloignent son mari, mais cependant telle ou telle expression... de sa solitude peuvent le ramener vers elle. Le thérapeutes IBCT va être attentif à ses critiques (ex, son mari l'ignore), va suggérer que peut être elle est seule (avec comme résultat de se sentir « ignorée »), et si elle prend connaissance d'un tel sentiment de solitude, l'encourager à en parler. Le but thérapeutique est que ce changement ou « glissement » (“shift”) dans son discours conversationnel (*de la critique au dévoilement de soi*) peut aussi « changer » (shift) la posture typiquement défensive de son mari lorsqu'il va écouter (ou ignorer) sa femme. Même si une telle stratégie mettant l'accent sur les comportements *façonnés par les contingences* rend les interventions plus compliquées, moins simples et moins directes qu'une approche purement *gouvernée par les règles*, l'IBCT nous suggère que l'approche *façonnée par les contingences* conduit à des changements plus profonds et plus résistants des patterns comportementaux du couple.

3- Un troisième développement dans l'IBCT qui est destiné à la rendre plus applicable à plus de couples et à générer des changements plus durables et résistants est sa focalisation sur ***l'Acceptation Emotionnelle***. Dans la TBCT, l'approche pour résoudre les problèmes de couple est faite pour créer du changement positif. Si le mari dans le couple cité pouvait faire ces changements, pouvait être physiquement plus attentionné et la femme verbalement plus complémentaire, alors les problèmes du couple seraient vraisemblablement résolus. Cependant, si le mari est incapable ou non volontaire pour être plus attentionné physiquement et si la femme est incapable ou non volontaire pour plus le complimenter, alors le traitement du cas sera un échec. Si le mari et la femme sont capables de faire initialement ces efforts, mais s'ils sont incapables de les maintenir sur le long terme, alors le cas sera un succès temporaire suivi d'une rechute.

Au contraire de la TBCT, le focus de l'IBCT porte sur l'acceptation émotionnelle aussi bien que le changement. A la différence des changements orientés vers des buts de la TBCT, *le but principal de l'IBCT est de promouvoir chez l'un et l'autre l'acceptation de l'autre et de ses différences*. Plutôt que d'essayer d'éliminer des conflits de couple permanents, installés depuis longtemps, un but de l'IBCT est d'aider les couples à développer une nouvelle compréhension de leurs différences apparemment irréconciliables, et d'utiliser ces différences pour promouvoir intimité, empathie, et compassion l'un envers l'autre. Avec ce focus sur l'acceptation plutôt que sur le changement, l'IBCT crée un environnement pour les couples afin de comprendre les comportements de l'un et de l'autre avant de décider si et comment ils peuvent le modifier. Dans l'exemple ci-dessus, l'IBCT explorerait les difficultés du mari à exprimer de l'affection et les difficultés de la femme à se montrer complémentaire – difficultés qui peuvent avoir peu de chose à voir avec leur fort sentiment amoureux l'un envers l'autre.

A travers cette exploration des individualités, les partenaires peuvent en venir à une compréhension plus grande l'un de l'autre et éprouver plus de proximité émotionnelle, chaque partenaire peut en arriver à une meilleure expérience et une meilleure compréhension de cette proximité émotionnelle entre eux, et ainsi éprouver le sentiments d'être aimé(e) qu'il/elle poursuivait précédemment en requérant des changements dans le comportement de l'autre (ex accroissement de la complémentarité verbale et du sentiment d'amour, augmentation de l'affection physique et des compliments verbaux).

Même *si il y a toujours une espérance, une attente de changement*, dans l'IBCT, cette attente diffère significativement de celle de la TBCT en regard du choix de *quel* partenaire et de *quel* comportement il est attendu que ça change. En TBCT, le *changement* implique seulement le partenaire A à accroître ou à décroître la fréquence ou l'intensité d'un comportement spécifique en réponse à la plainte du partenaire B.

Mais en IBCT, il est espéré que le *changement* thérapeutique soit aussi d'impliquer le partenaire B dans la modification de sa réaction émotionnelle au *comportement problème* du partenaire A.

Quand une différence est *irréconciliable*, la stratégie thérapeutique de l'IBCT est de changer la réponse du partenaire qui se « *plaint* » du comportement « *offensant* » de l'autre partenaire, plutôt que de diriger tous les efforts thérapeutiques vers l'essai de changer ce qui a été historiquement un comportement essentiellement immuable et *inchangeable*. Idéalement, au travers de l'exploration des pensées et feelings sous-jacents aux comportements du partenaire A, le partenaire B développera une nouvelle compréhension du comportement de son/sa partenaire, et la « *plainte* » se transformera en une réponse moins destructive. En retour, ce changement dans les réactions du partenaire B a alors souvent un impact salutaire sur la fréquence ou l'intensité du comportement du partenaire B. Utilisant cette approche, comme opposée à une approche focalisant exclusivement sur le changement (*exclusively change-focused approach*) mêmes les couples les plus polarisés, désengagés et « *inchangeables* » ont une opportunité d'accroître leur satisfaction maritale globale.

Il est important de noter dans ce contexte, que l'acceptation ne peut être confondue avec la *résignation*. Parce que la résignation implique que le partenaire donne à l'autre à contrecœur, *perdant espoir en une relation meilleure* – on peut être non-volontairement « *tolérant* » ce qui est vécu comme un statut quo improductif - l'acceptation implique le partenaire à *lâcher-prise* dans le *combat pour le changement de l'autre*. A la place d'encourager un partenaire à *donner* à l'autre, le travail d'acceptation focalise sur la transformation des différences *inconciliables* du couple en un véhicule pour promouvoir la proximité et l'intimité. Idéalement, les partenaires laissent tomber le combat sans regret (non à contrecœur) mais c'est plutôt le résultat d'une sorte d'appréciation nouvelle de l'expérience de leurs partenaires. En comprenant leur détresse de couple en termes de leurs différences individuelles on espère que cette détresse qui historiquement a été générée chez l'un et chez l'autre, par le combat pour le changement de l'autre, va être réduite. Donc, pour que l'IBCT soit efficace pour traiter la détresse de couple, il est important pour un couple de comprendre les facteurs qui ont contribué au développement et au maintien de leur détresse.

ETIOLOGIE DE LA DETRESSE DE COUPLE.

Les interventions de l'IBCT promeuvent chez le couple, la compréhension de l'étiologie et du maintien de leur détresse. On s'accorde dans l'IBCT, pour soutenir que la détresse relationnelle se développe à la base comme étant le résultat d'une double influence – *érosion des renforcements*, et développement d'*échanges punitifs* lors des conflits dus à l'émergence des *incompatibilités*. Il y a diminution des renforcements lors des échanges, *affaiblissement des renforçateurs*, et *développement des conflits par les punitions et sanctions*. L'*érosion des renforcements* se réfère au phénomène par lequel des comportements qui étaient anciennement renforçateurs à une époque deviennent moins renforçateurs de par la répétition des expositions. Par exemple, les démonstrations d'affection physique peuvent générer des sentiments puissants de plaisir pour chacun des partenaires au cours des premiers temps de la relation. Mais après qu'ils aient passé beaucoup d'années côte à côte, les propriétés renforçatrices des comportements d'affection peuvent disparaître. Pour quelques couples, des comportements autrefois renforçateurs peuvent désormais « *faire partie des meubles* » alors que pour d'autres, des comportements autrefois renforçateurs peut devenir aversifs. Dans certains cas, les comportements qui au début étaient considérés comme

attractifs, qui déclenchaient de l'amour ou plaisaient, deviennent les mêmes véritables comportements qui génèrent ou exacerbent la détresse du couple.

Avec l'érosion des comportements renforçateurs, les incompatibilités, les conflits peuvent émerger à mesure que les couples passent de plus de plus de temps ensemble. Au premier temps de la relation, les différences dans le « *background* » des partenaires, dans leurs buts, et dans leurs intérêts peuvent être initialement ignorées ou minimisées. Par exemple, si le partenaire **A** préfère économiser alors que le partenaire **B** préfère dépenser de l'argent, cette différence peut ne pas apparaître pendant la cours (amoureuse) lorsque dépenser de l'argent est une attente tacite des deux partenaires.

Si cette différence est détectée tôt, peut-être sera-t-elle regardée comme une différence « *positive* », en ce cas chaque partenaire est encouragé à être un peu plus comme l'autre au sujet des habitudes de dépense. Or peut être que chaque partenaire espère de l'autre un éventuelle compromis ou un changement dans sa manière de faire. Mais avec le temps, ils sont inévitablement exposés à ces incompatibilités et leur résonance dans la relation. Les différences qui autrefois étaient regardées comme neuves, intéressantes ou comme un challenge, peuvent à l'extrême être perçues ultérieurement comme des obstacles vis-à-vis des buts et intérêts propres. En plus des incompatibilités existantes, d'autres incompatibilités non anticipées peuvent émerger plus tard à la suite de nouvelles expériences de la vie (ex avoir des enfants, changer de carrière). Ainsi, même les couples qui ont fait initialement une évaluation réaliste de leurs différences peuvent découvrir avec le temps des incompatibilités inattendues.

Ces incompatibilités, tout en représentant des challenges propres, peuvent être exacerbées par les sensibilités ou les vulnérabilités émotionnelles de chaque partenaire. En revenant à notre exemple ci-dessus, si notre « *épargnant* » est issu par ses origines d'un contexte de privation économique et qu'il a développé une crainte justifiable de l'indigence, des émotions puissantes peuvent motiver le surgissement des problèmes liés à l'épargne, ce qui peut nuire à la capacité de comprendre le désir du partenaire de passer du temps agréable ou de profiter de ce qu'ils ont. Les incompatibilités peuvent également être exacerbées par des facteurs de stress externes. Par exemple, si un membre de notre couple "*dépensier/prévoyant*" perd son travail, cela pourrait amener un soulagement encore plus net des différences. Les efforts du couple pour faire face à leur lutte pour l'argent pourraient paradoxalement aggraver le problème. Si l'épargnant, par exemple, s'engage dans des comportements tels que des enquêtes financières, ou des interrogatoires suspicieux du dépensier, alors que l'autre évite et masque ses achats, leur problème pourrait s'intensifier. Un objectif de l'IBCT est d'aider les couples à identifier et à remanier leurs incompatibilités d'une manière qui minimise la nature destructrice de ces incompatibilités, en encourageant un moyen plus efficace de communiquer à leur sujet tout en maximisant le niveau d'intimité et de satisfaction des couples. Un but de l'IBCT est d'identifier et de reformuler les incompatibilités d'une manière qui minimise leur nature destructrice, tout en maximisant le niveau d'intimité et la satisfaction relationnelle du couple.

APPLICATION DE L'IBCT

LA THERAPIE COMPORTEMENTALE INTEGRATIVE DE COUPLE.

LA FORMULATION

Le principe organisateur le plus important de l'IBCT est la *formulation*. La formulation est le chemin par lequel les thérapeutes conçoivent et décrivent le problème du couple en termes de différences, d'incompatibilités, et cela est associé à la discorde. La formulation est basée sur une Analyse Fonctionnelle du problème du couple et elle est comprise selon trois composants ou modules de base :

- 1- *THEME*,
- 2- *DEEP Analyse (processus de polarisation)*
- 3- *PIEGE MUTUEL (theme of conflict, polarization process, mutual trap)*.

Le thérapeute rendra compte de la formulation avec ses composants au cours du processus de traitement, (et) chaque fois que les couples auront des conflits pendant ou entre les séances de thérapie. Un des buts le plus basique en IBCT est que les couples adoptent la formulation (du thérapeute) comme étant une partie de l'histoire de leur relation. Le couple peut utiliser la formulation comme un contexte pour comprendre leur relation et leurs conflits. Cela fournit aux couples une base de langage pour discuter de leurs problèmes, ce qui les autorisent à se distancier eux-mêmes de leurs conflits. Il importe de se rappeler, en tout état de cause, que la formulation est un concept dynamique, elle peut requérir d'être altérée ou modifiée au cours du traitement (reformulation).

LE THEME.

Le thème est la description du conflit primaire ou principal du couple, habituellement décrit en utilisant une phrase, un terme (un mot) qui capture les différences du couple et leur combat. Le thème est un *chemin abrégé (shorthand'way)* pour la description de la fonction du comportement de chaque partenaire durant leurs conflits typiques. Un *thème* pour un couple, sous-tend et leur *processus de polarisation* et leur *piège mutuel*. Par exemple, un thème commun de nombreux couples en détresse est celui de *Proximité / Indépendance (Closeness-Independence)* dans lequel un partenaire recherche une grande intimité alors que l'autre partenaire recherche la plus grande indépendance. D'autres thèmes communs se rapportent à *la confiance, la sexualité, l'argent et la parentalité*. Un couple peut se battre sur un sujet particulier et peut certainement lutter contre de nombreux problèmes, mais souvent, leurs luttes se concentrent autour d'un ou deux grands thèmes.

Symétriquement, si le partenaire B veut une plus grande indépendance et s'il est émotionnellement vulnérable, se sentant trop facilement contrôlé et restreint, alors les négociations sur la proximité pourront également être menaçantes pour le partenaire B.

DEEP ANALYSE

Dans l'IBCT, les thérapeutes effectuent une ANALYSE EN PROFONDEUR DU THÈME ou du problème du couple, DEEP devient un acronyme qui décrit les quatre principaux facteurs qui contribuent aux problèmes d'un couple :

DIFFÉRENCES,

EMOTIONS (*sensibilités émotionnelles*),

ENVIRONNEMENT, *circonstances externes*

PATTERNS D'INTERACTION.

L'IBCT suggère que les partenaires ont un conflit principal, (ou thème), en raison des différences entre eux et en raison des sensibilités émotionnelles ou des vulnérabilités de chaque partenaire qui sont liées à ces différences, qui peuvent être exacerbées par les circonstances extérieures. Par exemple, dans le thème de la "Proximité", le partenaire A peut vouloir plus de proximité et de connexion, et le partenaire B peut vouloir plus d'indépendance simplement parce qu'il s'agit de personnes différentes avec des gènes différents et des antécédents d'apprentissage social différents. Peut-être cette différence n'était-elle pas évidente dès le début, car les deux partenaires étaient enchantés par leur relation en développement ; ou peut-être il y avait vraiment peu de différence dans leurs désirs de proximité et d'indépendance, jusqu'à ce qu'ils aient eu des enfants ou jusqu'à ce que la carrière d'un partenaire ait décollé. Quelle que soit la base de la différence, cela crée des problèmes pour les couples car les différences peuvent être perçues comme des déficiences. Par exemple, le *chercheur de la proximité* peut voir l'autre comme « *ayant peur de l'intimité* »; le *chercheur d'indépendance* peut considérer l'autre comme étant « *dépendant d'un point de vue névrotique* ». Les partenaires trouvent qu'ils ne peuvent pas satisfaire pleinement leurs besoins.

Le compromis peut être relativement facile à trouver, à moins que des sensibilités ou des vulnérabilités émotionnelles ne soient également présentes, ce qui ajoute un supplément émotif aux différences, cela apportera du combustible à leur conflit sur les différences... Si le partenaire **A** veut une plus grande proximité que le partenaire **B**, émotionnellement vulnérable, est prêt à se sentir facilement abandonné, les négociations sur la proximité peuvent menacer le partenaire **A**. De même, si le partenaire **B** veut une plus grande indépendance et s'il est émotionnellement vulnérable, il va se sentir facilement contrôlé et sous contrainte, la proximité peut également menacer le partenaire **B**. Les circonstances extérieures peuvent concourir à rendre le problème encore plus vaste. Si le couple vit dans une zone où le partenaire **A**, qui veut plus de proximité, est loin d'autres sources de soutien social, et si le partenaire **B**, qui veut plus d'indépendance, est proche des activités de loisirs vers lesquelles il veut s'engager de manière indépendante, la lutte entre eux sera encore plus grande.

[Si les deux partenaires A et B sont émotionnellement vulnérables sur leurs différences, ils vont probablement s'engager dans la communication destructive que l'IBCT appelle le *processus de polarisation* (*The Polarization Process*) qui se réfère au processus d'interaction destructrice qui s'ensuit lorsqu'un couple en détresse entre en conflit selon les thèmes qui lui sont reliés.].

La combinaison de leurs DIFFÉRENCES (D), leurs SENSIBILITÉS ÉMOTIONNELLES (E) et les CIRCONSTANCES EXTERNES (E) peuvent conduire les deux à s'engager dans un PATTERN D'INTERACTIONS (P) destructrices qui peut les *polariser* encore plus.

PATTERN D'INTERACTION Le *Pattern d'interaction* désigne la communication souvent frustrante et destructrice qui s'ensuit lorsqu'un couple se radicalise, ou s'aliène, et entre dans un conflit lié à un thème. Une réponse naturelle pour les partenaires confrontés à leurs différences est que chaque partenaire tente de changer l'autre. Dans de nombreux cas, ces efforts de changement mutuel peuvent être couronnés de succès. Cependant, de nombreuses fois le résultat peut être que les différences sont exacerbées et que les 2 partenaires se polarisent sur leurs positions conflictuelles. Quand un couple en arrive à se polariser sur une question, par focalisation de chacun sur son propre point de vue, les essais suivant pour se changer mutuellement l'un l'autre, accroissent simplement le conflit et perpétuent leur prise de position polarisée.

Par exemple, dans un couple dont le thème est Proximité / Indépendance, le processus de polarisation est susceptible de se produire lorsque l'indépendant se retranche et cherche à « *se retirer* » des tentatives du *demandeur de proximité* qui cherche un gain d'intimité, ce qui alors crée plus d'*efforts intrusifs* de la part du chercheur de proximité. Plus un partenaire se « *retire* », plus l'autre partenaire « *approche* ». Une partie de ce pattern est que les partenaires peuvent en venir à voir leurs différences comme des déficiences chez l'autre. Par exemple, le chercheur de proximité peut voir l'autre comme étant « *effrayé par l'intimité* » ; le chercheur d'indépendance peut voir l'autre comme étant « *névrotiquement dépendant* ». Pour aller plus loin, être privé du but désiré peut faire que ce but semble plus important : les partenaires peuvent désespérer, ils mènent une escalade d'efforts futiles, inutiles, et leurs différences « *grossissent* » (et deviennent magnifies/maximisées). Ça peut commencer à ressembler à une situation où le chercheur de proximité n'a plus aucun besoin d'indépendance et où le chercheur d'indépendance n'a plus besoin de proximité. A cause de ce Pattern, au fil de leurs interactions ils en viennent à être plus différents qu'ils ne l'étaient à l'origine.

PIEGE MUTUEL

Le *Piège Mutuel (Mutual trap)* décrit le résultat du processus de polarisation, et il est appelé « *piège* » parce qu'il laisse typiquement le couple se sentir « *coincé* » ou « *piégé* » dans le conflit. Les partenaires dans un piège mutuel sentent qu'ils ont tout fait pour essayer de changer l'autre et rien ne semble marcher. Mais ils envisagent d'augmenter leurs efforts pour se changer l'un l'autre puisque sinon ça voudrait dire se résigner à ce que la relation soit insatisfaisante. Il en résulte qu'ils se retranchent encore plus sur leurs positions.

L'expérience des partenaires qui se sont ainsi polarisés est celle d'un manque d'aide et de futilité, et cette expérience est rarement discutée entre eux. Il en résulte que chaque partenaire peut être inattentif au fait que l'autre partenaire se sent aussi piégé. Rendre chaque partenaire attentif à l'autre et à son sentiment d'être piégé est une partie importante du travail d'acceptation. Encourager chaque partenaire à faire l'expérience du sentiment de « *blocage* » de l'autre pourra parfois être la première étape vers la promotion de l'empathie et de l'intimité entre les partenaires.

ETAPES DE LA THERAPIE IBCT

En IBCT il y a une claire distinction entre la phase d'évaluation et la phase de traitement elle-même. La phase d'évaluation consiste en au moins une *session conjointe* avec le couple, suivie par deux *séances individuelles* (une avec chaque partenaire). La phase d'évaluation est suivie d'une *séance de feedback*, durant laquelle le thérapeute décrit au couple sa formulation de leurs problèmes. La phase d'évaluation est suivie par la phase de traitement, le nombre exact sera déterminé au cas par cas, dépendant des besoins du traitement et du couple. Quoiqu'il en soit le protocole utilisé lors d'un récent essai clinique de l'IBCT (discuté plus loin) était au maximum de 26 séances incluant la phase d'évaluation et de traitement.

L'Utilisation de Mesures Objectives

Les instruments de mesure peuvent être utilisés lors de la phase initiale du traitement et pour contrôler les progrès du couple à différents points du traitement. Même si de telles mesures objectives ne sont pas nécessaires pour conduire l'IBCT, elles peuvent apporter des informations additionnelles sur les zones de désaccords qui n'ont pas été débusquées en séance, ou elles peuvent objectiver des données sur le niveau de détresse et de satisfaction. Par exemple, la satisfaction dans la relation de couple peut être évaluée à l'aide de l'Inventaire de Satisfaction des Couples (Funk & Rogge, 2007) ou en utilisant l'*Echelle d'Ajustement Dyadique* (*Dyadic Adjustment Scale*, Spanier, DAS 1976).

L'engagement des partenaires du partenaire dans la relation et le stade d'évolution vers la séparation ou le divorce peut être évalué par l'*Inventaire de l'Etat du Mariage*, ou statut matrimonial (*Marital Status Inventory* .Crane & Mead, 1980; Weiss & Cerrato, 1980); les domaines de conflit et les comportements problèmes du partenaire peuvent être évalués avec le *Questionnaire sur les Zones de Problèmes* (Heavey, Christensen et Malamuth, 1995) et en utilisant l'*Inventaire de la Fréquence et de l'Acceptabilité des Comportements du Partenaire* (*Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory* ; Christensen & Jacobson, 1997; Doss & Christensen, trad. F.Allard 2008) et le niveau de *violence physique du couple* peut être mesuré par l'*Echelle des Tactiques de Conflit Révisée* (*the Conflict Tactics Scale – Revised* ; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Nous recommandons que les cliniciens administrent au minimum des mesures qui évaluent la satisfaction dans la relation, la violence conjugale, l'engagement et les domaines problématiques. La mesure de la satisfaction dans la relations sert aussi de mesure des résultats et devrait être répétée périodiquement. Des mesures de la violence conjugale, de l'engagement et des zones de problèmes sont nécessaires car les partenaires peuvent indiquer leurs inquiétudes sur un

questionnaire individuel, alors qu'ils ne les font pas valoir verbalement spontanément. Par exemple, les couples ne mentionnent souvent pas de sujets comme la violence ou les problèmes sexuels pendant la thérapie, même si ceux-ci existent et sont présents. Christensen a développé un *Bref Questionnaire de Couple* (Christensen, 2010) que les cliniciens peuvent utiliser pour évaluer la satisfaction, la violence et l'engagement de base dans le couple

Idéalement le couple a rempli tous ces questionnaires avant de venir pour leur première séance, ainsi le thérapeute a une idée préliminaire des problèmes présentés par le couple et du niveau global de leur détresse. Cependant les couples peuvent aussi remplir les questionnaires après leur première séance conjointe, avant leurs séances individuelles. En plus d'être administrés comme une partie de la phase d'évaluation, les questionnaires pourront être administrés plus tard au cours du traitement, à la fin d'un traitement, et au suivi pour évaluer le changement à partir des niveaux de base initiaux de détresse et de satisfaction.

Evaluation de la Violence Domestique

Les mesures objectives sont particulièrement utiles dans l'évaluation de l'histoire de la violence physique dans un couple. L'évaluation de la violence domestique est une partie critique de toutes les contingences de couple - pas seulement pour déterminer si la sécurité personnelle d'un(e) partenaire est en danger imminent, mais aussi parce que la thérapie de couple peut être présentement contre-indiquée pour certains couples violents. (Jacobson & Gottman, 1998 ; Simpson, Doss, Wheeler, & Christensen, sous presse). La thérapie de couple requiert que chaque partenaire accepte un certain degré de responsabilité pour ces problèmes – mais une telle perspective est inappropriée lorsque les problèmes d'un couple incluent la violence domestique, parce que ceux/celles qui perpétuent la violence doivent assumer seul(e)s la responsabilité de leur comportement. De plus, parce que les séances de thérapie peuvent susciter des émotions fortes, la thérapie de couple elle-même peut provoquer de la violence en après-séance chez certains couples. Dans de tels cas, il est indiqué de proposer un traitement focalisé sur le comportement violent de celui qui le perpétue – et non sur la détresse interactionnelle du couple. L'*Echelle des Tactiques de Conflit (Conflict Tactics Scale, Straus et al., 1996)* et le *Questionnaire de Couple* (Christensen, 2010) sont des outils sélectifs et pratiques d'évaluation de la fréquence et de la sévérité de l'agression physique dans le couple, et pour déterminer si la thérapie de couple est contre-indiquée. Finalement, l'histoire de la violence chez un couple peut être dressée directement lors de la phase d'évaluation, principalement lors des séances individuelles lorsque chaque partenaire peut parler librement et sans peur des conséquences vis-à-vis de l'autre.

EVALUATION

La phase d'évaluation comprend typiquement une séance conjointe avec le couple (Session 1) suivie par des séances individuelles avec chaque partenaire (Session 1 et 2). Le but premier de la phase d'évaluation est pour le thérapeute d'évaluer si la thérapie est appropriée pour le couple et si le couple est approprié à la thérapie et, si c'est le cas, de développer la *formulation*. Quoiqu'il en soit, le thérapeute devra utiliser aussi la période d'évaluation pour orienter le couple dans le processus thérapeutique. En plus, même si le thérapeute IBCT n'est pas activement intervenant durant la phase d'évaluation, il est possible pour le thérapeute d'avoir un impact thérapeutique lors de ces quelques premières séances.

Orientation (Séance 1)

Après accueil, salutations et introduction, les couples doivent être orientés sur la suite du processus thérapeutique. Cette orientation va probablement inclure un examen et la signature d'une forme de consentement informé, qui explique les procédures, informe des tarifs et définit la confidentialité et ses exclusions, et qui souligne les risques possibles et les bénéfices de participer à l'IBCT. Les thérapeutes devraient être préparés à la déception des couples lorsque ceux-ci apprennent que la thérapie ne commencera pas immédiatement.

En plus de l'apport de cette information générale lors du consentement éclairé (formel), les couples doivent aussi être orientés dans le processus spécifique à l'IBCT. Les thérapeutes peuvent avoir besoin d'expliquer au couple pourquoi une période d'évaluation est requise. Les thérapeutes doivent expliquer le besoin et la différence entre la période initiale d'évaluation et la phase de traitement de la thérapie durant laquelle ils apporteront leur aide, et demander au couple si cela est différent des attentes et espérances qu'ils avaient en venant en thérapie. Les thérapeutes doivent être préparés à ce désappointement des couples lorsqu'ils apprennent que la thérapie ne va pas immédiatement commencer. Ainsi durant la première séance, on introduit auprès des couples le manuel « *Reconciliable Differences* » (manuel pour patient de Christensen & Jacobson, 2000, traduit par François Allard : *Couples en Difficultés accepter les Différences* (2012) de boeck). On demande aux couples de lire la partie 1 du livre avant la séance de feedback. Idéalement cette lecture aidera les couples à commencer à conceptualiser leurs problèmes dans une voie similaire à la manière dont le thérapeute les présentera lors de la séance de feedback.

Les thérapeutes doivent être attentifs au fait qu'au moins un des partenaires sinon les deux, est vraisemblablement ambivalent sur sa participation à la thérapie. Une telle ambivalence doit être normalisée et validée ; la/le thérapeute doit expliquer au couple que la période d'évaluation est aussi une opportunité pour eux, de mieux connaître leur thérapeute et de déterminer si le traitement est appelé à devenir pour eux, une « *belle rencontre* ».

Zones de Problèmes. Séances 1,2 & 3

Après que le couple ait reçu une orientation sur le processus thérapeutique, le thérapeute commence l'évaluation par un examen des problèmes que le couple présente. Beaucoup de ces informations peut être rassemblée à partir des mesures objectives et aussi durant chacune des séances individuelles des partenaires, mais on doit savoir aussi que la durée de cette discussion durant leurs premières séances, ne consommera par chaque séance entière. Cependant, il est important lors de la première séance, que le couple se sente entendu et validé et que leurs problèmes et leur détresse soient clairement compris par le thérapeute. A partir de l'information recueillie par les mesures objectives et durant les séances d'évaluation, les thérapeutes pourront être capables de décrire les zones de problèmes du couple, et être capables de développer leur formulation. Les 6 questions suivantes fournissent un guide pour l'évaluation, et chaque question doit être complétée à la fin de la période d'évaluation.

- (1) En quoi et comment le couple est-il en *détresse* ?
- (2) En quoi et comment le couple est *engagé* dans la relation ?
- (3) Quelles sont *les questions qui divisent* le couple ?

- (4) Pourquoi ces questions sont des *problèmes* pour eux ?
- (5) Quelles sont *les forces* qui gardent ce couple ensemble ? (Contenu dans l'analyse DEEP).
- (6) En quoi le traitement peut les *aider* ?

Les trois premières questions peuvent être posées avec des questionnaires objectifs. Cependant, toute question qui peut être posée par le biais d'un questionnaire pourra être explorée ultérieurement lors des entretiens.

- (1) Par exemple, les séances individuelles peuvent être particulièrement utiles pour mesurer si la détresse est assez grande pour justifier une séparation imminente.
- (2) De même pour évaluer le niveau d'engagement de chaque partenaire dans la relation, la possible présence de liaison(s) extraconjugale(s), et pour analyser l'histoire de la violence physique dans le couple.
- (3) L'évaluation des zones de problèmes du couple peut aussi inclure les dispositions du couple à collaborer (Jacobson & Margolin, 1979). Ce terme renvoie à une perspective commune du couple, ou ils partagent la responsabilité des problèmes dans leur relation, et s'ils admettent tous les deux avoir à changer afin qu'il y ait du changement dans la relation. La force de cette disposition détermine si ce sont des interventions orientées vers le changement ou des interventions orientées vers l'acceptation qui sont indiquées. Plus il y a de force dans les dispositions d'un couple à collaborer, plus il est probable que les interventions centrées sur le changement réussissent. Mais les partenaires qui manquent de cette intention ou de cette disposition à collaborer – ceux qui entrent en thérapie en croyant qu'ils sont l'innocente victime du comportement de l'autre – auront besoin qu'on focalise sur le travail d'acceptation d'abord.
- (4) La quatrième question, c'est pourquoi les questions du couple qui représentent tellement un problème pour eux – requièrent-elles une *Analyse Fonctionnelle* dans le sens de la compréhension "DEEP" décrite précédemment ? Cette Analyse Fonctionnelle est normalement basée sur l'information obtenue lors des 4 premiers entretiens individuels et conjoints. Il est généralement possible d'obtenir des informations initiales sur les quatre aspects de la compréhension DEEP dans l'entrevue conjointe, mais la compréhension plus nuancée sur ces facteurs, en particuliers : E Sensibilités Emotionnelles et P Patterns d'Interaction, est généralement meilleure lors des entretiens individuels.

Parce que les adultes sont souvent inconscients parce qu'inattentifs aux contingences contrôlant leurs comportements, ou peuvent être embarrassés pour admettre ces contingences mêmes s'ils les connaissent, une Analyse Fonctionnelle des Emotions et des Patterns implique beaucoup plus qu'une simple enquête. Le thérapeute peut être particulièrement sensible aux réactions émotionnelles des partenaires, qui peuvent se révéler être des renforçateurs ou des punitions importantes. Par exemple, supposons que notre couple avec son thème indépendance/proximité a de nombreuses disputes sur la somme de temps à passer ensemble cette question spécifique peut ne pas être l'endroit où on trouvera les contingences les plus puissantes.

Peut-être l'histoire de la femme inclut qu'elle a été abandonnée par les membres de sa famille à un moment où elle aurait eu particulièrement besoin de leur soutien et de leur réconfort. Dans leur relation conjugale, sa peur est que son mari puisse faire la même chose. Pour elle, le temps passé ensemble est simplement une pauvre petite part de proximité en ce qui la concerne, elle apprécierait qu'il soit là tout le temps et à chaque fois qu'elle a besoin de lui. Si elle se sentait en confiance, elle pourrait alors tolérer qu'ils passent moins de temps ensemble. Pour le mari, assumons que son apprentissage social l'a conduit à être spécialement sensible au fait de se sentir contrôlé ou restreint par une autre personne. C'est pourquoi, il se

bat tout le temps avec sa femme non pas tellement parce qu'il ne veut pas passer du temps avec elle mais parce qu'il se sent contrôlé par elle et que naturellement il résiste. Dans une telle situation, le thérapeute IBCT voudra déplacer la discussion loin des formes répétitives d'accrochage sur le temps qu'ils passent ensemble, vers des contingences plus importantes qui affectent les comportements de chaque époux : par exemple, *les sensibilités émotionnelles que chaque partenaire apporte dans la relation et le Pattern d'interaction que déclenche chacune de ses réponses émotionnelles.*

(5) Ressources. Les informations pour répondre à la cinquième question, sur les forces du couple, proviendront aussi des entretiens individuels et conjoints. C'est aidant pour les couples de garder ces forces à l'esprit même lorsqu'ils focalisent sur leurs difficultés. Parfois il y a une relation intéressante entre les forces du couple et les problèmes, en cela ces derniers peuvent impliquer certaines variations des premières. Par exemple supposons que nos deux partenaires sont ensemble en partie parce qu'ils ont des approches différentes de la vie. Il est beaucoup plus spontané, elle est beaucoup plus délibérative et planificatrice. Ces différences peuvent être attractives et aidantes par moment, mais peuvent aussi être une source d'irritation et de conflit.

(6) En répondant à la dernière question, quel traitement peut aussi aider, le thérapeute doit en premier lieu être sûr que la thérapie de couple est indiquée pour ce couple. Si le couple est dans une violence sérieuse ou des problèmes de dépendance aux substances, par exemple, la thérapie de couple n'est pas d'un usage recommandé. Il est nécessaire de diriger « *la situation* » vers le traitement indiqué pour ces problèmes particuliers. Si la thérapie de couple est indiquée pour le couple, le thérapeute aura besoin de noter sur quelle mode thérapeutique focaliser et à quoi doit ressembler la thérapie.

L'Histoire du Couple (Séance 1)

Après que le couple ait été orienté vers la thérapie et que leurs zones de problèmes aient été évaluées, le thérapeute s'occupe alors de l'histoire de la relation du couple. L'objectif évident de s'occuper de cette histoire est pour le thérapeute d'acquiescer une bonne compréhension de l'attachement de couple pour l'un et l'autre. Souvent le couple en détresse a été tellement loin dans l'escalade que ça a éclipsé les raisons qu'ils ont eu de se mettre en couple en premier lieu. En plus, cet historique peut apporter certains bénéfices thérapeutiques immédiats au couple. Généralement, lorsque les couples discutent des premiers moments (généralement agréables) de leur relation, leurs affects ont des chances de devenir positifs. Ils ont focalisé si longtemps sur des aspects négatifs de leur relation qu'ils ne repensent probablement plus depuis un temps très long, au début de leur romance, à l'attraction l'un pour l'autre et à la période de cour. Dans cette voie, obtenir du couple une description de l'évolution de leur relation peut être thérapeutique en soi. Même si certains couples peuvent être dans une trop forte souffrance pour discuter de leur histoire sans se blâmer ou se faire des remarques accusatrices (auquel cas le protocole qui suit, peut être abandonné, et le thérapeute doit à la place utiliser une séance pour valider leur peine), la plupart vont se réjouir de se rappeler ces heureux temps qui leur appartiennent.

La série des questions suivantes apporteront au thérapeute des informations utiles sur l'histoire du couple, en plus de donner au couple une opportunité pour réfléchir sur les raisons pour lesquelles ils sont tombés amoureux au départ :

- Comment se sont-ils rencontrés et mis ensemble ?
- A quoi a ressemblé leur période de cour ?

- Qu'est-ce qui les a attirés l'un vers l'autre ?
- A quoi ressemblait leur relation avant que leurs problèmes ne commencent ?
- En quoi leur relation est-elle différente *maintenant* des jours où ils s'en débrouillaient ?
- Comment leur relation serait-elle différente si leurs problèmes actuels n'existaient plus ?

Ces questions et d'autres en relation peuvent aussi révéler des informations sur chaque partenaire, comme ses rêves et ses espoirs pour le futur. L'information sur l'histoire du couple est utile au thérapeute pour développer sa formulation du thème du couple, qui leur sera présentée à leur séance de feedback.

Histoire individuelle (séances 2 et 3)

Chaque histoire individuelle peut souvent apporter d'utiles informations pour la formulation, car ça fournit un contexte pour les comportements de chaque partenaire et ça éclaire sur les possibles vulnérabilités chez chacun. Par exemple, le mari a peut-être l'expérience d'une mère très demandeuse envers lui et a appris à faire-face à cela par le retrait, ainsi le retrait continue à être sa réponse aux demandes de sa femme. Or sa femme a peut-être eu deux boy-friends avant lui qui ont triché avec elle, elle est alors sensible à toute indice de trahison de son mari. Les questions suivantes peuvent être utiles pour guider une discussion sur l'histoire personnelle de chaque partenaire.

- A quoi ressemblait le mariage de vos parents ?
- A quoi ressemblait votre relation avec votre père ?
- A quoi ressemblait votre relation avec votre mère ?
- Quelle était votre type de relation avec votre fratrie ?
- Quelle était le type de relation avec le partenaire dans votre plus importante relation romantique antérieure ?

Chacune de ces questions pourrait potentiellement prendre un temps démesuré. Le thérapeute IBCT essaie de sélectionner les particularités de ces premières relations qui sont similaires à la relation actuelle ou qui peuvent donner de l'information sur celle-ci. Par exemple, si le thérapeute a été attentif au fait qu'il y avait une différence entre le mari et la femme sur la manière d'être dans les conflits ou de rester ouvert sur les désaccords, le thérapeute guidera le mari loin des détails sur sa famille et focaliserait plutôt sur l'expression du conflit qui était apparu dans sa famille.

FEEDBACK

A partir des informations glanées durant les séances d'évaluation et par les questionnaires, le thérapeute développe la/sa formulation du couple. La formulation est discutée avec le couple lors de la séance de feedback (habituellement la quatrième séance). La séance de feedback peut suivre le recueil des six questions de l'évaluation des zones de problèmes du couple. Il est important que la séance de feedback soit un dialogue et non un seul énoncé de la formulation par le thérapeute. Le thérapeute devra continuellement

obtenir du feedback de la part du couple, sur la formulation qu'il présente¹. Les partenaires sont les experts de leur relation, et ils doivent être traités comme tels.

La séance de feedback est aussi utilisée pour décrire au couple le traitement proposé, basé sur leur formulation. Le thérapeute doit décrire au couple les buts du traitement, et les procédures pour l'accomplissement de ces buts. Les buts de la thérapie sont de créer un environnement en séance où les problèmes du couple peuvent être résolus par certaines combinaisons de techniques d'acceptation et de changement.

En ce qui concerne l'analyse DEEP (« *en profondeur* »), l'IBCT favorise l'acceptation émotionnelle des *Différences* et des *Sensibilités Emotionnelles* des partenaires, en ce sens que ces facteurs en fin de compte ne changeront que lentement si on peut les changer. Les facteurs de stress externes peuvent parfois être modifiés, mais ils nécessitent souvent une acceptation. C'est le Pattern d'Interaction qui peut être modifié, ainsi on mettra un accent positif sur tous les efforts de changement dans IBCT.

Les procédures pour aller à la rencontre de ces buts sont habituellement :

- (1) discussions en séance des incidents et des questions reliés à la formulation et
- (2) tâches à domicile en dehors des séances pour faire avancer le travail accompli en séance.

Au cours de la séance de feedback, le thérapeute présente au couple le *Questionnaire Hebdomadaire* (Christensen, 2010), puis il continue en demandant à chaque partenaire de le compléter avant chaque session. Ce questionnaire sur la semaine fournit des informations sur les expériences possibles que le couple a pu faire depuis la dernière session, ceci sert de base aux séances de thérapie. Ce questionnaire comprend la version 4 items de l'*Indice de Satisfaction des Couples* (Funk & Rogge, 2007), de sorte que les thérapeutes peuvent chaque semaine surveiller la satisfaction du couple. Le questionnaire demande s'il y a eu des changements majeurs dans la vie du couple et des incidents dus à la violence, ou des incidents problématiques liés à la consommation de substances et de drogues... Ensuite dans le questionnaire, on demande à chaque partenaire de décrire l'interaction la plus positive ou la plus significative qu'ils ont eu au cours de la dernière semaine, et les événements difficiles à venir qu'ils anticipent s'il y en a. Enfin, le couple récapitule ce qu'ils pensent qu'il serait le plus important de discuter, événements positifs, négatifs, présents ou à venir, ou un problème non lié à un incident particulier (par exemple, économiser de l'argent). Enfin, il y a une place pour l'effectuation des devoirs du couple, s'il y en a eu de prévus. Ces événements positifs, négatifs ou stimulants, ainsi que les problèmes généraux que les partenaires indiquent sur leurs questionnaires, indiqueront le contenu des sessions de thérapie.

Le but de la séance de feedback est d'orienter les partenaires vers des objectifs de changement et d'acceptation grâce à une communication ouverte, et de trouver de nouvelles façons d'examiner leurs problèmes. En plus, la séance de feedback est utilisée pour donner aux partenaires certaines idées de ce qu'ils peuvent attendre de la thérapie, elle est aussi utile pour susciter chez le couple la volonté de participer. Finalement, la séance de feedback peut être utilisée pour mettre en œuvre certaines interventions. La première intervention est la description par le thérapeute des forces du couple. Depuis cette discussion, les couples peuvent être capables de voir certaines solutions à leurs problèmes. Le thérapeute peut commencer d'assigner au couple la lecture des chapitres de la section II du livre de Christensen & Jacobson, 2012

¹ La formulation doit être acceptée et ratifiée par le couple, comme condition de son appropriation notamment verbale.

Couples en Difficultés, accepter les différences. Deboeck (Traduction François Allard) qui s’y rapportent, (ou le nouveau livre de Christensen, Doss, & Jacobson, 2nd Ed., 2015, traduction en cours) car ces chapitres s’adressent spécialement à la topique de l’acceptation. Après que la formulation et le plan de traitement ont été décrits au couple, et que celui-ci ait donné son agrément pour procéder à une thérapie, le reste des séances est dévolu à la construction de l’acceptation (*building acceptance*) entre les partenaires et à la promotion du changement chez chacun (*Promoting Change*).

TRAITEMENT

TECHNIQUES IBCT POUR CONSTRUIRE L’ACCEPTATION EMOTIONNELLE.

Typiquement, le traitement commence par un focus porté sur la promotion de l’acceptation. L’exception se produit lorsqu’il y a chez un couple, une capacité de collaboration de l’un avec l’autre (“*the collaborative set*”) et si les deux membres veulent faire des changements spécifiques dans leur couple. En ce cas nous démarrons avec des stratégies de changement.

Dans le contexte du travail d’acceptation, le contenu actuel de chaque séance est déterminé par le couple et ce qu’il *apporte* chaque semaine. Le thérapeute regarde le matériel émotionnel saillant qui relève de la formulation. Par exemple les événements récents positifs ou négatifs listés dans le *Questionnaire de la Semaine* en rapport avec la formulation servent toujours de topique à la discussion.

Par exemple, un couple avec un thème de Proximité/Indépendance (ou distance) peut discuter d’un incident difficile où le *Chercheur d’Indépendance* voulait passer la nuit dehors avec ses copains et le *chercheur de proximité* protestait contre ça. La discussion peut aussi être centrée autour d’événements qui vont arriver, événements à venir répertoriés sur le questionnaire hebdomadaire, comme un voyage de week-end pour le couple dans lequel le *Chercheur d’Indépendance* a peur qu’il n’y ait pas assez d’espace pour qu’il ou elle soit seul(e). Les questions plus ouvertes ou plus larges, mais reliées à la formulation et énumérées dans le questionnaire sont aussi appropriées à la discussion, comme savoir si des voyages de week-end séparés à part avec des amis sont acceptables pour le couple.

Parfois des événements saillants relevant de la formulation peuvent se produire entre les partenaires au cours de la séance, et le thérapeute devra vraiment focaliser sur ceux-ci. Par exemple, le chercheur d’indépendance peut se détourner (du contexte) alors que le chercheur de proximité s’agite émotionnellement durant la discussion, ainsi le thérapeute en IBCT devra focaliser *dans l’instant* sur cet exemple de leur thème Proximité/Indépendance, qu’il explore en utilisant l’Analyse DEEP. Le thérapeute peut aussi structurer les interactions au cours de la séance qui *miment* leurs difficultés ou créent des possibilités pour différents types d’interaction. Par exemple, le thérapeute peut faire rejouer à un couple une interaction difficile récente pour l’étudier, ou le thérapeute peut encourager le couple à essayer d’avoir une interaction différente et meilleure autour de la topique.

Toutes ces topiques sont des moyens pratiques de mettre en œuvre les trois stratégies de construction de la tolérance : *Réunion Empathique, Détachement vis-à-vis du Problème, et Construction de la Tolérance*

(*Three acceptance-building strategies : Empathic Joining, Detaching From The Problem, & Tolerance Building.*) Parce qu'elles peuvent créer une plus grande proximité aussi bien qu'une plus grande acceptation, les deux premières stratégies sont plus souvent employées que la dernière.

RÉUNION EMPATHIQUE. (Empathic Joining)

La « *Réunion Empathique* » (ou *Union Empathique*) se réfère au processus par lequel les couples cessent de se blâmer l'un l'autre à partir de leurs souffrance émotionnelle (versus blâmes : attribution de la responsabilité de ses blâmes à l'autre...) et à la place, ils développent de l'empathie pour l'expérience de l'autre. Afin d'élever (le niveau de) la réunion empathique, le thérapeute *reformule* le problème du couple comme communément, un résultat des différences mutuelles entre chaque partenaire plutôt que comme des déficiences chez l'un ou chez l'autre. Et elles soulignent les *sensibilités émotionnelles* qui font que ces différences sont difficiles à gérer et à manipuler. Les comportements des partenaires sont décrits dans les termes de leurs différences l'un par rapport à l'autre ; leurs réponses à ces différences sont validées comme normales et compréhensibles, spécialement au vu des vulnérabilités que chacun peut avoir.

En faisant cette formulation du comportement de chaque partenaire, il est important que le thérapeute IBCT porte l'emphase sur la souffrance que chaque partenaire est en train d'expérimenter plutôt que sur la souffrance que chacun a fait subir. Une *stratégie pour construire de l'empathie* entre les deux partenaires se fait au travers du *dévoilement « doux »* ("soft disclosures."). Souvent les partenaires expriment leur souffrance émotionnelle en usant d'un *dévoilement dur des sentiments* ("hard" disclosures of feelings) comme la colère ou le dégoût. Même si les dévoilements durs sont plus faciles à faire *parce qu'ils ne révèlent pas une vulnérabilité*, (chez soi) ils sont plus difficiles à entendre pour l'autre partenaire car ils impliquent le blâme. La discorde résulte de la combinaison de la « *douleur et du blâme* » ("pain and blame"). Mais si le thérapeute peut encourager les partenaires à exprimer leur souffrance *sans* exprimer de blâme, le résultat sera une acceptation accrue de la part de l'autre partenaire. Les thérapeutes IBCT encouragent toujours le dévoilement doux en suggérant (verbalement) des sentiments « *doux* » comme la crainte, la blessure, et la honte qui peuvent sous-tendre le comportement de chaque partenaire. Même si les dévoilements doux sont plus difficiles à produire parce qu'ils révèlent la vulnérabilité, ils sont plus faciles à entendre par l'autre partenaire et il déclenche ou éveillent plus empathie.

Ainsi, la *réunion empathique* est promue par :

(1) la *reformulation* de la discorde du couple comme le résultat des différences communes et des réactions compréhensibles à ces différences, et

(2) par l'utilisation du *dévoilement doux* pour exprimer les émotions liées à la souffrance.

Ces dévoilements peuvent découler de l'interaction entre le thérapeute et chaque partenaire ou bien le thérapeute peut inciter les partenaires à communiquer ces informations directement, entre eux en augmentant l'intensité émotionnelle du dévoilement et en permettant aux partenaires d'avoir la conversation qu'ils n'avaient pas mais qui pourrait avoir eu lieu (Wile, 2008).

DETACHEMENT UNIFIE A L'EGARD DU PROBLEME (*Unified Detachment from the Problem*)

Cette technique IBCT permet aux partenaires de « *prendre du recul* » (“step back”) vis-à-vis de leur problème et de les décrire sans y placer de blâmes – ou sans placer la responsabilité du changement - chez l’un ou l’autre des partenaires. Par ce chemin, les partenaires s’engagent dans le *Détachement Unifié* (Unified Detachment) vis-à-vis de leurs problèmes. Le détachement unifié peut être utilisé pour engager un couple dans une *discussion sur leurs différences* (comment ces différences résultent de leurs antécédents), *leurs sensibilités émotionnelles* (en quoi les expériences passées ont peut-être conduit à ces sensibilités), *leurs facteurs de stress externes* (comment ces facteurs de stress sont venus), et à propos de leurs *Patterns d’Interaction* (comment chacun interagit de manière logique à partir de son point de vue). Cependant, le plus souvent, cela sert à aider le couple à comprendre, à accepter et éventuellement à modifier ses Patterns d’interaction.

Par exemple, le thérapeute engage le couple dans un *dialogue* où ils usent de *termes non-jugeant* pour décrire la séquence d’un conflit particulier, incluant quel facteur joue le détonateur typique de leurs réactions, comment des événements spécifiques sont connectés les uns aux autres, et comment le couple peut passer outre ou dissoudre (diffuse) le conflit dans le futur. L’approche est celle d’une *analyse intellectuelle du problème*, problème qui est décrit d’une manière émotionnellement détachée comme un *élément tiers*, un troisième terme un « **IL** » (a third-party “it”) plutôt qu’en terme de « *Toi* » ou « *Moi* ». En se détachant eux-mêmes du problème, les couples ont une opportunité pour discuter de leur conflit sans se charger émotionnellement. Par ce chemin, ils peuvent essayer de comprendre le conflit à partir d’une position plus neutre et plus objective. Ils engagent une sorte de *Réunion en Pleine Conscience* (joint mindfulness) ou pleine conscience mutuelle, autour de leur problème. Pour distancier le couple du problème, le thérapeute peut aussi utiliser une métaphore (voire ACT, NDT), ou l’humour, aussi longtemps que l’humour ne dépréciera pas un partenaire d’une quelconque manière.

CONSTRUCTION DE LA TOLERANCE (Tolerance Building)

Construire l’acceptation peut être plus un challenge lorsqu’un des partenaires fait l’expérience d’une souffrance émotionnelle intense qui résulte du comportement de l’autre partenaire. Dans ces circonstances, le thérapeute IBCT peut aider un partenaire à construire une tolérance au comportement « *offensant* » de l’autre. En construisant de la tolérance, les partenaires vont idéalement faire l’expérience d’une réduction de leur souffrance causée par le comportement. Afin de construire la tolérance, dans tous les cas, les partenaires doivent cesser leurs efforts pour prévenir, éviter ou échapper au comportement blessant de l’autre. A la place les partenaires doivent s’exposer eux-mêmes au comportement sans associer de lutte, ce qui va heureusement réduire leur sensibilité au comportement et idéalement ils feront l’expérience du comportement offensant comme moins pénible, et ainsi avec moins de souffrance.

1 - Une stratégie pour construire la tolérance passe par remettre un accent positif, ou *focaliser sur les aspects positifs du comportement négatif de l’autre*. Cette stratégie peut être relativement aisée quand un comportement négatif est d’une certaine manière reliée à une qualité que le partenaire trouvait autrefois attractive chez l’autre. Par exemple, ce qu’elle voit comme de la *réticence* chez son partenaire pourrait correspondre à la *stabilité* qui l’avait attirée au début. Ou alternativement, ce qu’il voit comme de la *Friabilité*, ou de l’*irresponsabilité* pourrait être sa *liberté d’esprit*, ou cet esprit *rebelle* qui l’avait tellement attiré au commencement de leur relation. Mettre de l’emphase positive se fait sans dénier les qualités

négatives du comportement en question, mais c'est fait pour aider les partenaires à rejoindre la perspective que toute qualité a toujours des aspects bons et mauvais.

2 - Une autre stratégie pour construire la tolérance aux différences est de focaliser sur *en quoi ces différences conduisent à une complémentarité des deux*, et de présenter ces différences comme une partie de ce qui fait que la relation *marche*. La stabilité d'un partenaire peut équilibrer (contrebalancer) la liberté d'esprit de l'autre. Le thérapeute peut décrire au couple les manières par lesquelles ils pourraient « *aller plus mal* » (to be “*worse off*”) si ces différences n'existaient pas. Les différences peuvent devenir un aspect positif de la relation de couple, quelque chose dont ils peuvent être fiers plutôt que quelque chose qui est vu comme une menace destructrice.

3 - Une troisième technique pour construire la tolérance au comportement d'un partenaire est de préparer le couple aux *inévitables erreurs*, faux pas comportementaux et autres écarts de conduite (by preparing couples for inevitable slip-ups and lapses). Ceci est spécialement important lorsque les couples commencent à détecter du changement dans les comportements du partenaire, et qu'ils commencent à ressentir positivement les progrès qu'ils sont en train de faire en thérapie. C'est durant ce temps que le thérapeute doit *adresser des congratulations* au couple pour leur *dur travail et leur progrès*, puis tout en les félicitant, les prévenir alors qu'un « *retours en arrière* » (“backsliding”) a encore des chances de survenir. On doit demander au couple de générer certaines des circonstances au cours desquels un « *cafouillage* » peut vraisemblablement se produire, on leur propose de considérer à l'avance les réponses possibles à ces cafouillages. Travailler avec eux sur comment ils peuvent faire face à de tels écarts de conduite, va aider les partenaires à construire leur tolérance envers toutes ces inévitables faux-pas.

4 - Une stratégie reliée à la construction de la tolérance est d'instruire les couples à *simuler le comportement négatif* (to fake negative behavior) pendant les séances ou à la maison. On donne des instructions à chaque partenaire pour qu'il/elle s'engage dans un mauvais comportement (“bad behavior”) désigné – en stipulant au couple qu'ils ne doivent s'engager dans ce comportement seulement lorsqu'ils ne se sentent justement pas disposés à faire ainsi. Les instructions sont données en présence et devant le partenaire, ainsi chaque partenaire sait qu'un mauvais comportement dont ils viennent d'être témoins en séance et qu'ils pourront voir dans le futur, peut à ce moments-là être un mauvais comportement simulé. Idéalement ceci introduit une ambiguïté sur les futurs comportements négatifs, ce qui peut mitiger la réponse émotionnelle envers eux. Plus important, quoiqu'il en soit, c'est que le comportement négatif simulé donne aux deux partenaires une opportunité pour *observer les effets* de leur comportement négatif sur l'autre. Spécifiquement, parce qu'ils sont en train de pratiquer (to perform) le « *mauvais comportement* » à un moment où ils ne se sentent pas dans l'état connu qui les conduit habituellement à le faire, mais étant plutôt dans un état de calme émotionnel qui leur permet d'être plus en sympathie (avec l'autre), ils sont alors en mesure de faire les observations recommandées. Lorsque c'est fait en séance, le thérapeute peut aider à *débriefer* les réactions au mauvais comportement. Lorsque c'est à reproduire à la maison, on donne des instructions au simulateur qu'il fasse savoir (très) vite au partenaire après avoir mimé ce comportement, que c'est un comportement simulé qu'il vient d'acter, ainsi la situation ne part pas en escalade et le couple peut avoir (lui-même) l'opportunité de le *débriefer* (juste) à la suite de son expérimentation.

SELF CARE. Une source de souffrance inévitable pour beaucoup de partenaires c'est lorsqu'ils ressentent que l'autre échoue à rencontrer leurs besoins sur une dimension importante. De toute façon, c'est rarement le cas qu'un partenaire soit capable de réaliser tous des besoins de l'autre. Un aspect important de la construction de l'acceptation est pour les partenaires d'accroître leur *auto-dépendance* (self-reliance), ou

« *prise de soin de soi* » (*protection de soi*) en allant à la rencontre de leurs propres besoins (à eux). Les partenaires doivent être encouragés à trouver (eux-mêmes) des chemins alternatifs de *prise en charge d'eux-mêmes* lorsque le partenaire n'est pas capable de le faire. Les partenaires peuvent avoir besoin d'apprendre à chercher du soutien auprès des amis et de la famille en temps de stress, ou d'apprendre à trouver de nouvelles voies pour définir et résoudre un problème par eux-mêmes. A mesure que l'auto-dépendance progresse, la dépendance au partenaire pour qu'il rencontre leurs besoins émotionnels va décroître. Idéalement, il en résultera une décroissance de la sensibilité du partenaire face à la faillite de l'autre pour rencontrer ou satisfaire leurs besoins, et par-là, le conflit sera donc réduit.

STRATEGIES TRADITIONNELLES POUR PROMOUVOIR LE CHANGEMENT.

Pour certains couples, les interventions portant sur le changement (direct, délibéré) peuvent être indiquées ; le thérapeute IBCT ne commence pas par implémenter des *techniques d'acceptation* versus des *techniques de changement*, celles-ci dépendent prioritairement des dispositions du couple à collaborer et de leurs besoins spécifiques de traitement. En général, cependant, les techniques de changement seront plus efficaces si elles sont implémentées plus tard en thérapie après que le travail d'acceptation ait été fait. Souvent le travail d'acceptation est suffisant pour apporter de l'acceptation et du changement, et on n'a pas besoin d'employer des stratégies délibérées de changement. Le couple peut apporter des changements en appliquant ses compétences et les stratégies qu'ils possèdent déjà. Dans ce cas de figure, aucune stratégie par des techniques de changement délibéré ne doit être utilisée.

ECHANGE DE COMPORTEMENT (Behavior Exchange)

Le but premier de *l'Echange de Comportement*, EC (Behavior Exchange, BE) est d'accroître la proportion des interactions et des comportements positifs quotidiens du couple. Ces techniques sont instigatrices, en ce qu'elles ont l'intention d'accroître les performances des partenaires en comportements positifs. Parce qu'EC requiert un grand « *deal* » de collaboration entre les partenaires, il est préférable de l'implémenter plus tard en thérapie, après que le travail d'acceptation ait été fait. En plus d'utiliser EC comme un moyen d'accroître les interactions positives du couple, le thérapeute IBCT devra aussi considérer EC comme un outil d'évaluation des possibles zones de besoins pour plus de travail d'acceptation.

Les trois étapes de base en EC.

(1) Identifier les comportements que chaque partenaire pourrait avoir envers l'autre et qui amélioreront la satisfaction relationnelle.

(2) Accroître la fréquence de ces comportements dans le répertoire quotidien du couple.

(3) Débriefier l'expérience *de donner et recevoir* des comportements positifs.

On donne toujours au couple comme consigne à domicile de générer une liste d'actions qu'ils peuvent faire pour accroître la satisfaction de l'autre partenaire. On donne instruction aux partenaires de ne pas discuter de leur liste avec l'autre, dans le but de réduire la menace de se faire critiquer par l'autre et que chacun conserve le focus sur sa propre consigne. A la séance suivante, on passe en revue les listes des

partenaires et on les discute. Leur consigne suivante peut être d'effectuer un ou plusieurs des items de la liste au cours de la prochaine semaine, mais ils n'ont pas à dire au partenaire lequel des items ils sont en train de « performer ». A la séance de thérapie suivante, les partenaires passent en revue la réussite de leurs consignes et si ça a eu l'effet désiré sur l'autre. La liste peut être modifiée pour éliminer les items qui ne semblent pas avoir d'effet, et au cours des séances ultérieures, chacun peut obtenir un feedback de son/sa partenaire pour optimiser le bénéfice des items de leur liste.

ENTRAINEMENT A LA COMMUNICATION (Communication, Problem Solving Training)

Même si beaucoup de couples sont des communicateurs efficaces sans avoir eu *d'entraînement formel*, pour les couples en détresse, la communication pauvre va exacerber ou même être la cause de beaucoup de leurs problèmes. Dans leurs essais d'obtenir que l'autre change, les partenaires peuvent recourir à des tactiques de communication non adaptatives telles *la coercition* (crier, menacer, retrait d'affection). Même si la coercition peut être efficace à court terme en cela que l'autre peut éventuellement se soumettre à la demande, l'utilisation de la coercition a de grandes chances de déboucher sur une escalade au cours de laquelle des tactiques de coercition croissante seront requises pour obtenir l'effet désiré. Aussi, la coercition tend à plus de coercition jusqu'au point où la coercition par l'un conduira à la coercition par l'autre. Le résultat inévitable de telles interactions (punitives) est que les couples deviennent extrêmement polarisés, chaque partenaire l'un envers l'autre. Le but de la communication et de l'entraînement à la résolution de problème est d'enseigner au couple comment discuter de leurs problèmes et négocier le changement sans avoir recours à de telles tactiques destructrices. Idéalement, ces habiletés s'avéreront utiles aux couples bien après que la thérapie soit finie.

Faisant partie de *l'Entraînement à la Communication*, on enseigne aux couples à la fois les habiletés de l'émetteur ("speaker") *celui qui parle* et les habiletés du récepteur ("listener") *celui qui écoute*.

Pour devenir un *émetteur* plus efficace, on donne comme instructions aux couples :

(1) de focaliser sur *Soi* par l'expression de « *JE Formule ..* » ("I statements,")

(2) de focaliser sur l'expression des réactions émotionnelles, telles "*je me sens désappointé(e)*"

(3) de focaliser sur le comportement spécifique du/de la partenaire qui conduit à des réactions émotionnelles comme « *je me sens désappointé(e) quand tu ne m'appelles pas lorsque tu es au loin* ».

Pour devenir des auditeurs (récepteurs/ réceptrices, écoutante /écoutant) plus efficaces, on donne aux couples des instructions pour paraphraser et refléter ce que l'autre vient de dire. Les *paraphrases* durant la conversation, assurent qu'aucun partenaire n'est en train de mésinterpréter, et elles vont faire décroître la tendance du couple à sauter aux conclusions sur ce qui vient d'être dit ; en plus elle a cet avantage en général de ralentir l'interaction.

Une fois qu'on a donné quelques instructions aux couples dans ces habiletés de communication, on les dirige lors des séances thérapeutiques, vers des engagements dans des conversations pratiques où ils utilisent ces habiletés. La communication selon ce guidage peut créer un certain malaise pendant les pratiques conversationnelles, donc le thérapeute doit essayer d'adapter ses indications au style conversationnel du couple et expliquer au couple que suivre les indications semblera plus naturel après une utilisation croissante. Le thérapeute doit être préparé à interrompre et faire des corrections si le couple dévie de ses conseils et s'engage dans une communication destructrice. Le thérapeute doit apporter des feedbacks

au couple après chaque session pratique, et chaque exercice doit être adéquatement débriefé. Lorsque le/la thérapeute est confiant(e) dans un couple qui a amélioré ses habiletés de communication en séance, le couple peut être encouragé à pratiquer ces habiletés au domicile comme travail à la maison.

Ces habiletés basiques de communication sont toujours suffisantes pour rendre les partenaires d'un couple, capables de partager leurs feelings l'un avec l'autre et pour discuter des questions difficiles qui se présentent, comme lorsqu'un(e) partenaire est bouleversé(e) par une action de l'autre. Cependant, parfois les couples ont besoin de faire plus qu'un partage ou un débriefing d'un événement, ils ont besoin de résoudre un problème récurrent ou à venir, ce qui est l'objectif des habiletés de communications pour la résolution des problèmes.

RESOLUTION DE PROBLEME (Problem solving)

Avec les couples en détresse, ce qui est toujours au plus dommageable dans leur lutte sur des problèmes quotidiens ce ne sont pas les problèmes eux-mêmes, mais les tentatives qui se révèlent destructrices pour les résoudre. Ces tentatives peuvent commencer par une accusation d'un partenaire qui rencontre la défensivité de l'autre. Très vite la dispute peut monter en escalade par un « *contre-blâme à caractère d'assassinat* » ; et le problème lui-même se perd dans le conflit créé à son sujet.

Dans la technique de résolution de problème, on enseigne aux couples à avoir des discussions destinées à résoudre le problème en employant un dispositif constitué de trois habiletés.

- (1) Habileté de *Définition du Problème*,
- (2) Habileté de *Résolution du Problème*,
- (3) Habileté de *Structuration RP*.

En premier, on apprend aux partenaires à *définir* le problème aussi spécifiquement que possible, en spécifiant le comportement concerné et les circonstances de survenue de celui-ci. On encourage les partenaires à décrire certaines des émotions qu'ils expérimentent comme des résultats de ce problème, doublé d'un effort vers l'accroissement de l'acceptation émotionnelle. Finalement, on demande aux deux partenaires de définir leurs rôles respectifs dans la perpétuation du problème. Une fois que le problème a été défini, le couple peut commencer à travailler à la *Solution* du problème.

La première étape en résolution de problème, c'est le *Brainstorming*, quand un couple essaie d'émettre autant de solutions au problème qu'il est possible. On dit au couple que toutes les solutions doivent être examinées une par une, même celles qui semblent impossibles ou folles. Les commentaires évaluatifs au cour du brainstorming sont découragés, et les discussions pour savoir quelle option est viable sont actuellement mises de côté, pour plus tard. Toutes les suggestions sont mises par écrit afin qu'elles puissent être revues plus tard. Cet exercice peut être amusant et gai, générant toujours des affects positifs pendant la séance.

Après que la liste ait été fabriquée, les couples la reprennent en éliminant celles des suggestions qui sont visiblement impossibles, idiotes, ou probablement inefficaces. Après avoir élagué la liste, chaque item est considéré selon son potentiel à résoudre le problème. Pour chaque item le couple considère *le pour et le contre*, et la liste est modifiée au fur et à mesure, jusqu'à ce qu'une liste d'options finales soit produite. Les items restants sont utilisés pour formuler une possible solution au problème.

Un agrément est trouvé autour de la solution, et il est mis par écrit, parfois signé par les partenaires. Finalement, on demande aux couples de considérer tous les obstacles dans l'exécution de la démarche sur laquelle il y a eu agrément, et on leur demande de travailler aux stratégies propres à combattre ces obstacles. On dit au couple de mettre l'agrément dans un endroit où ils pourront toujours le regarder, s'y reporter, et une date est fixée pour passer en revue leurs progrès dans la résolution du problème. Pendant un petit nombre des prochaines séances, le thérapeute contrôle avec le couple leurs progrès, l'agrément peut être renégocié si c'est indiqué.

Finalement, les couples acquièrent des *habiletés de structuration* de leurs discussions de résolution de leur problème. Les couples structurent ces discussions en réservant un temps spécifique et un lieu à part pour les tenir. On instruit aussi les couples de ne pas discuter du problème sur la « *scène du crime* », ceci pour différer la discussion du problème jusqu'au moment convenu. Finalement, les couples sont instruits à ne focaliser que sur un problème à la fois. Au cours de leurs discussions de résolution de problème, on demande aux couples de suivre le conseil basique de *paraphraser leurs positions réciproques*, d'éviter les inférences négatives sur les intentions de l'autre, et d'éviter la communication négative verbale ou non-verbale.

Les premiers essais d'utilisation des habiletés de résolution de problème doivent se produire en séance sous le contrôle du thérapeute. Mais après que le couple ait pratiqué et reçu du feedback sur leurs habiletés à la résolution de problème, on les encourage à appliquer ces techniques à la maison pour s'aider à discuter et à négocier sur leurs problèmes.

En implémentant ces habiletés de changement comportemental, le thérapeute IBCT essaie d'adapter les stratégies discutées ci-dessus aux besoins particuliers du couple. Par exemple, si un couple trouve qu'il est aidant de revenir en arrière et de faire la navette entre définition et solution lors de la discussion d'un problème, le thérapeute éliminera l'indication que le problème doit être soigneusement défini avant de considérer des solutions. Ou si un couple trouve que générer des solutions bêtes ou impossibles est distrayant, le thérapeute ne l'encouragera pas. Le thérapeute peut aussi essayer d'adapter ces stratégies avec les formulations faites au couple. Par exemple, si le chercheur de proximité tend à dominer les discussions et fait des propositions pour solutionner le problème du temps commun, alors que le chercheur d'indépendance tend à se retirer de la discussion, le thérapeute peut changer le focus de la résolution de problème, et porter l'attention vers le chercheur d'indépendance.

PERTINENCE DES VARIABLES, THERAPEUTE CLIENT EN IBCT.

Comme dans toute thérapie, il est important que les thérapeutes IBCT maintiennent une attitude de non jugement envers leurs clients. Mais dans le contexte de l'IBCT, il est particulièrement important que le thérapeute pratique l'acceptation avec chaque partenaire de la même manière qu'il est demandé au couple de pratiquer l'acceptation l'un envers l'autre. Le/la thérapeute doit valider les expériences et les réponses de chaque partenaire, et trouver des chemins pour développer de l'empathie et de la compassion envers eux, quel que soit le challenge que ça peut représenter.

En plus de pratiquer l'acceptation, il est important que les thérapeutes IBCT étudient soigneusement les interactions du couple en séances et regardent la fonction de leurs comportements problématiques et variés. Les thérapeutes IBCT doivent être particulièrement attentifs aux subtiles répliques verbales et non-

verbales qui peuvent relever de la formulation de leurs problèmes. Les thérapeutes IBCT doivent aussi être préparé(e)s à abandonner tout agenda prescrit afin de s'adresser à tout instant aux besoins immédiats d'un couple. Lorsque des interactions destructrices se présentent en séance, le thérapeute IBCT doit être capable d'adopter et maintenir une attitude non-confrontante en même temps aussi que stopper efficacement l'interaction. Une autre habileté importante en IBCT inclut d'utiliser le langage du couple et son jargon lors des interventions. Finalement, ce n'est pas un but des thérapeutes IBCT de jouer les « *Pom Pom Girls* » du succès de la relation, mais plutôt de créer un environnement dans lequel les couples peuvent discuter calmement et évaluer leur relation.

VALIDATION EMPIRIQUE DE L'IBCT

EFFICACITE DE L'IBCT

Trois études ont été conduites qui attestent de l'efficacité de l'IBCT : deux petites études-pilotes d'investigation et une étude de résultat majeure. Wimberly (1997) a assigné 8 couples au hasard à un format de groupe IBCT et 9 couples à une liste d'attente comme groupe contrôle et il a trouvé des résultats supérieurs pour les couple en IBCT. Jacobson et Christensen, Prince, Cordova, et Elridge (2000) ont assigné de manière randomisée 21 couples à l'IBCT ou à la TBCT. A la fin du traitement, 80% des couples qui avaient été traités par l'IBCT montraient une amélioration cliniquement significative de la satisfaction dans la relation, comparée à 64% des couples qui avaient reçu le protocole TBCT.

Une étude plus large des données sur la thérapie de couple en général et l'IBCT en particulier a été menée par Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom, & Simpson (2004). Dans deux sites cliniques, UCLA et Université de Washington, Christensen et coll. (2004) ont assigné de manière randomisée 134 couples sérieusement en détresse chronique soit à l'IBCT, soit à la TBCT. Les couples ont eu droit à un maximum de 26 séances de thérapie de couple délivrées par des thérapeutes de haut niveau professionnel (Ph.d.) qui effectuaient chacun un seul des deux traitements et supervisés les deux groupes étaient soigneusement. Les données sur leur adhésion et leurs compétences ont apporté la preuve que le traitement a été effectué dans les règles de l'art.

A la fin de l'étude, 70% des couples en condition IBCT et 61% des couples en TBCT ont obtenu des améliorations cliniquement significatives de la satisfaction relationnelle. Les tailles des effets pré-post-traitement sur la satisfaction conjugale étaient $d = 0,90$ pour IBCT et $d = 0,71$ pour TBCT (voir Christensen, Atkins, Baucom, et Yi, 2010). Même si les résultats en fin de traitement ne sont pas significativement différents, par contre les trajectoires du changement pour les couples en TBCT et pour les couples en IBCT étaient significatives. Les couples IBCT se sont améliorés de manière constante (en satisfaction conjugale) tout au long du traitement alors que les couples TBCT s'ils firent des progrès rapides et plus tôt au début du traitement, montrèrent ensuite une courbe des gains s'aplanissant plus que pour les couples en IBCT, pour qui les progrès viennent plus tard dans le traitement.

Atkins, Berns, George, Doss, Gattis et Christensen (2005) ont examiné les prédicteurs de la réponse au traitement dans l'étude précédente. Une variété de variables interpersonnelles, telles que la qualité de la communication, ont prédit l'état initial des couples, mais quelques variables précieuses ont prédit un changement du début à la fin. Les couples qui étaient mariés depuis plus longtemps, ont montré une

amélioration accrue de la satisfaction et les analyses exploratoires indiquent que les couples sexuellement insatisfaits ont enregistré des gains initiaux plus lents, mais ces gains étaient plus consistants avec l'IBCT qu'en TBCT.

Doss, Thum, Sevier, Atkins et Christensen (2005) ont analysé les mécanismes de changement lors de cette étude sur la thérapie de couple. Au début de la thérapie, les changements dans la fréquence des comportements ciblés ont été associés à une augmentation de la satisfaction pour les deux conditions de traitement. Cependant, plus tard dans la thérapie, les changements dans l'acceptation des comportements ciblés ont été associés à une augmentation de la satisfaction pour les deux conditions de traitement. La TBCT a généré des augmentations significativement plus importantes que l'IBCT dans les comportements ciblés au début du traitement. Cependant, l'IBCT a généré des augmentations significativement plus importantes de l'acceptation des comportements ciblés tout au long du traitement. Ainsi, l'étude a validé certains des mécanismes putatifs de changement et les différences envisagées entre les traitements dans leur impact sur ces mécanismes.

Par la suite, des études ont porté sur ces couples au cours d'un suivi. Christensen, Atkins, Yi, Baucom et George (2006) ont examiné les données sur la satisfaction dans la relation chez les couples tous les six mois sur 2 ans de suivi. K. Baucom, Sevier, Eldridge, Doss et Christensen (2011) ont examiné les données des observations au cours des deux ans de suivi; et Christensen, Atkins, Baucom et Yi (2010) ont examiné la satisfaction dans la relations et le statut des relations environ tous les six mois sur un suivi de 5 ans. Les couples ont généralement maintenu les gains du traitement en satisfaction sur deux ans et les couples IBCT avaient significativement des taux supérieurs aux couples TBCT à tout moment pendant les deux premières années de suivi.

Bien que les couples TBCT, ayant été entraînés explicitement à la communication, montraient des améliorations plus importantes, observées à la fin, dans la communication que les couples IBCT (Sevier et al.), les couples IBCT ont affiché un plus grand maintien des gains sur deux ans. (K. Baucom et al., 2011). Au cours des trois années suivantes, les couples ont perdu certains de leurs gains et les résultats de l'IBCT et du TBCT ont convergé. Au suivi de 5 ans, les résultats en satisfaction conjugale par rapport au prétraitement ont révélé des taille d'effets $d = 1,03$ pour IBCT et $d = 0,92$ pour TBCT; 50,0% des couples IBCT et 45,9% des couples TBCT ont montré une amélioration cliniquement significative. Le *Statut de la Relation* sur les 134 couples, a révélé que 25,7% des couples IBCT et 27,9% des couples TBCT s'étaient séparés ou divorcés. Aucun de ces résultats sur le suivi de 5 ans n'a été statistiquement significatif. Ces données de suivi sont à comparer favorablement à d'autres résultats à long terme en thérapie de couple B. Baucom, Atkins, Simpson et Christensen (2009) ont examiné les prédicteurs de suivi de 2 ans. Comme dans les articles antérieurs sur la prédiction, il y avait peu de prédicteurs de résultats. Peut-être en raison d'un plus grand engagement, c'est la durée du mariage qui a prédit de meilleurs résultats au cours de deux ans de suivi. Deux variables prédictives objectives non utilisées dans l'étude de prédiction antérieure ont été utilisées ici: une mesure de *l'éveil (excitation émotionnel)* obtenue à partir d'enregistrements vocaux pendant l'observation des données et des mesures de *tactiques d'influence* obtenues grâce à l'analyse linguistique des données observées retranscrites.

À l'aide de ces mesures, les couples modérément en difficulté qui avaient des niveaux d'éveil émotionnel plus élevés pendant les discussions sur la résolution de problèmes et qui utilisaient des tactiques d'influence moins rigoureuses (donnant un peu plus de place à la réponse du partenaire) ont tendance à mieux performer dans le thérapie que les couples modérément en difficulté, ayant des niveaux plus élevés d'éveil émotionnel

(*excitation émotionnelle*) ou ceux qui ont utilisé une tactique d'influence forte. Les couples IBCT ont tendance à faire mieux que leurs homologues en TBCT lorsque la femme manifeste des excès émotionnels plus élevés et lorsque les couples ont utilisé des tactiques d'influence douce. De toute évidence, ces résultats doivent être reproduits. Cependant, il se peut que les stratégies de l'IBCT, qui mettent l'accent sur l'expression émotionnelle, fonctionnent mieux que les stratégies TBCT lorsqu'il y a une excitation émotionnelle élevée et lorsque les partenaires sont plus ouverts à l'influence²

Il est important de noter qu'on a exclu de cet échantillon les couples ou un ou les deux partenaires souffraient de troubles bipolaires, schizophrénie, ou de tendance suicidaire, qui répondaient aux critères courants d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance, aux critères des troubles de la personnalité Borderline, schizotypique, ou antisociale, ou qui avaient une histoire de violence physique grave. Le rationnel de ces critères d'exclusion est que pour de tels individus, un traitement primaire autre que la thérapie de couple doit assurément être indiqué. Cependant, l'échantillon n'excluait pas les couples ou un ou les deux partenaires souffraient d'autres désordres psychologiques, comme de l'anxiété et une dépression. Le rationnel pour inclure ces couples est que leur relation peut toujours être traitée en dépit de tels problèmes individuels. Bien plus, certains des problèmes relationnels peuvent toujours *contribuer* à ces problèmes individuels³.

Donc, les données préliminaires suggèrent que la thérapie de couple appliquée à de nombreux couples peut avoir du succès, ceci inclue ces couples ou un partenaire souffre de certains désordres psychologiques.

Par exemple, les études prédictives antérieures ont révélé que les indices de maladies mentales, y compris à l'Interview Clinique Structuré, SCID pour les diagnostics du DSM-IV, n'étaient pas reliés aux améliorations en cours d'une thérapie de couple. En outre, Atkins, Dimidjian, Bedics et Christensen (2009) ont montré que la dépression dans cet échantillon s'améliorait à mesure que la satisfaction dans la relation s'améliorait⁴.

² **1 NDT (2008).** Sur un suivi de deux ans, les couples montrent un pattern de changement en « *crose de hockey* » (“hockey stick” pattern of change). Immédiatement après la fin du traitement les couples dans les deux conditions montrent une certaine détérioration puis renversent la courbe et commencent à s'améliorer au cours de la période de suivi. L'IBCT montre significativement cette amélioration à un point plus précoce que les couples en TBCT. Aussi, les couples IBCT qui restent ensemble montrent significativement plus de « *satisfaction* » que les couples TBCT qui restent ensemble. A 2 ans en post-traitement, 69% des couples IBCT et 60% des couples TBCT obtiennent des améliorations cliniquement significatives du niveau initial de satisfaction (évalué) lors du prétraitement, auparavant cette différence n'était pas significativement différente (Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George,). Ainsi, plus des deux tiers des couples en détresse chronique grave qui ont reçu l'IBCT montre des améliorations significatives deux ans après la fin du traitement. Ces résultats se comparent favorablement avec les études antérieures sur le long terme en thérapie de couple (Christensen et al., sous presse).

³ **NDT (2018) Comme l'ont expliqué Brian Doss et Andrew Christensen (2015), on peut estimer que des séances de suivi régulières en IBCT, après la terminaison, seraient propice au maintien des gains supplémentaire obtenus en fin du traitement IBCT...**

⁴ **2 NDT (2008):** Doss, Thum, Sevier, Atkins, et Christensen (2005) ont récemment analysé les mécanismes du changement dans cette étude en thérapie de couple. Au début de la thérapie, les fréquences de changement des comportements cibles étaient associées avec l'amélioration de la satisfaction pour les deux conditions de traitement. Cependant plus tard au cours de la thérapie, les changements dans l'acceptation des comportements cibles étaient associés avec l'amélioration de la satisfaction pour les deux conditions de traitement. La TBCT génère sur les comportements cibles des accroissements significativement plus grands, plus tôt dans le cours du traitement que l'IBCT. Cependant, l'IBCT génère des accroissements significativement plus grands en acceptation des comportements cibles tout au long du traitement. Ainsi, l'étude a validé certains des mécanismes imputés dans le changement et des différences entre les traitements quant à leur impact sur ces mécanismes. Une recherche à venir collecte des données sur les résultats chez les couples cinq années après la fin du traitement et examinera les facteurs qui prédisent les résultats à long terme. Les recherches en cours examinent aussi les données observées sur le changement au long cours dans la

La recherche en cours avec cet échantillon examinera plus en détail le processus de thérapie de couple, les mécanismes de changement potentiels à relier au résultat à 5 ans et les prédictors de résultat à 5 ans. Outre la recherche sur cet échantillon particulier, des recherches supplémentaires sont effectuées pour élargir la portée de l'IBCT. Brian Doss et Andrew Christensen ont adapté l'IBCT pour un traitement en ligne et avec le soutien de l'Institut national de la santé et du développement de l'enfant (*Child Health and Development*) et testent l'efficacité de ce traitement. En outre, l'IBCT a été choisi comme l'un des traitements validés par des preuves que l'Administration des Anciens Combattants (*US Veteran*) des États-Unis met en œuvre à l'échelle nationale.

Les thérapeutes de la VA (*Veteran Association*) reçoivent un entraînement intensif dans tout le pays qui implique un atelier de plusieurs jours suivi d'une surveillance hebdomadaire de 6 mois. Les thérapeutes utilisant IBCT voient deux couples ou plus. Les thérapeutes enregistrent leurs sessions et les font écouter par un consultant formé à l'IBCT ; les thérapeutes doivent atteindre les critères d'une échelle de notation de compétence IBCT afin de réussir le programme d'entraînement. Le programme d'évaluation des données recueillies dans le cadre de ce travail et les résultats initiaux suggèrent des résultats positifs pour IBCT avec cette population de couples VA. Voir ibct.psych.ucla.edu pour plus d'informations sur l'IBCT, y compris l'accès aux articles de recherche et pour une base de données nationale de thérapeutes formés à l'approche.

EXEMPLE DE CAS.

ANNE & MARK

Nous utilisons cet exemple de cas d'Anne et Mark⁵ pour montrer l'application de l'IBCT. Nous avons inclus des extraits des séances d'évaluation et de feedback, en plus des séances de traitement qui ont été sélectionnées pour leur utilisation effective des interventions de construction de l'acceptation en IBCT (*IBCT acceptance-building interventions*)⁶. Anne et Mark formaient un couple d'âge moyen, marié depuis 10 ans au début du traitement. Anne avait trois enfants d'un premier mariage.

EVALUATION

Séance 1

Après l'accueil et l'introduction, le thérapeute d'Anne & Mark, le Dr. S commence la séance 1 en les orientant sur le processus d'évaluation suivant :

« Nous travaillerons ensemble pendant les 25 prochaines séances. Vous avez déjà fait le premier pas du processus d'évaluation en remplissant tous ces questionnaires. Vos trois prochains rendez-vous, y compris celui d'aujourd'hui, forment la deuxième étape de notre phase d'évaluation. Aujourd'hui je vous rencontre pour apprendre à vous connaître et vous écouter parler de votre

communication des couples et des processus de changement au cours des séances de thérapie par cotation des observations en séance autant que par des analyses linguistiques de ces séances

⁵ Les identités ont été modifiées pour respecter la confidentialité, mais la dynamique Clinique est précisément rapportée et les extraits sont directement tirés des enregistrements des séances de thérapie.

⁶ Ne sont pas inclus ici les exemples de cas d'application des interventions de la TBCT, qu'on peut retrouver ailleurs (ex Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson & Margolin, 1979).

couple... tandis que vous évoquerez l'histoire de votre rencontre et de vos premiers rendez-vous jusqu'à aujourd'hui. Puis, pendant vos deux prochaines visites, j'aimerais vous voir tous les deux individuellement. Enfin, au quatrième rendez-vous, je vous ferai un retour. C'est là que je réunirai toutes les informations tirées des questionnaires et du temps passé ensemble aujourd'hui, ainsi que celui passé au cours des entretiens individuels, afin de vous brosser un tableau représentatif de ma compréhension de ce qui se passe. »

Si les couples expriment une hésitation ou de l'ambivalence à venir en thérapie, le thérapeute va inclure ce qui suit :

« Cette période d'évaluation sera aussi pour vous l'occasion de faire connaissance avec moi et de savoir à quel type de thérapie nous allons procéder, pour que vous puissiez vous en faire une idée et me dire si cela convient ou non à vos besoins actuels. »

Après vérification auprès d'Anne et Mark pour voir s'ils ont compris son exposé, le Dr.S obtient d'eux une brève description de leurs problèmes présents :

« Avant de passer à votre histoire proprement dite, peut-être pourriez-vous me donner une idée des problèmes qui vous ont conduit à vous dire : « Allons chercher de l'aide. »

Après que Mark et Anne aient pris quelques détours pour décrire leurs versions des problèmes survenant dans leur relation, le Dr. S rassemble l'histoire développementale de leur couple, en utilisant des tournures verbales d'investigation comme :

« Commençons par le commencement. Pouvez-vous me dire quand et comment vous vous êtes rencontrés tous les deux ? »

« Mark, qu'est-ce qui vous a attiré au début chez Anne ?... Et vous, Anne ? »

« Anne, qu'est-ce qui vous a fait penser que Mark s'intéressait à vous ?... De quoi parlait-il ?... Comment en êtes-vous venue à flirter avec lui ?... Qui de vous deux a fait le premier pas ? »

« Lorsque vous avez pris la décision de passer de la vie commune au mariage, comment ça s'est passé ? »

Au cours de leur description, Anne et Mark ont eu chacun de nombreuses opportunités de dire des choses complémentaires à ce que dit l'autre. Mark décrit Anne comme sensuelle, une qualité qu'il trouvait très attractive, Anne décrit Mark comme très sympathique et facile à vivre. Le Dr. S a été très méthodique et très spécifique sur le plan comportemental lorsqu'il recueillait des détails sur la période de cour entre Anne et Mark, comme lorsque les deux partenaires se sont accordés pour dire que leur premier baiser était vraiment bon.

Parfois au cours de cette partie de la phase d'évaluation, des opportunités pour construire l'acceptation peuvent se présenter d'elles-mêmes. A un moment de la séance 1, Anne peut faire un « dévoilement doux » (*soft disclosure*) lorsqu'elle parle de la fois où elle a initialement repoussé Mark (qui lui avait demandé une danse). Anne dit que lorsque Mark ne s'est pas mis en colère contre elle après qu'elle l'ait rejeté, elle s'est sentie en confiance avec lui parce qu'elle pouvait être elle-même et que ça ne le rendait pas fou. Elle rapporta que c'était cette qualité qui l'avait attiré chez Mark. Mark, qui avait initialement rapporté son sentiment d'humiliation devant le rejet d'Anne, répondit au dévoilement doux de soi d'Anne en disant :

« Ça me surprend vraiment. Je savais que cet épisode était important pour elle, mais je ne m'étais pas rendu compte à quel point. ».

Anne expliqua qu'elle n'avait pas réalisé cela jusqu'à maintenant, jusqu'au moment de décrire cet incident en séance de thérapie.

A la fin de la séance 1, le Dr S avait une bonne compréhension de l'histoire commune d'Anne et Mark, des qualités qui les avaient attirés l'un vers l'autre, et il avait aussi des idées sur leurs zones de problèmes. Les deux séances individuelles suivantes aidèrent le Dr. S à compléter des informations manquantes dont il avait besoin pour la formulation (de leur thème de conflit NDT)

Séance 2 et 3

Le Dr. S commença les séances individuelles par une brève orientation, suivie d'une introduction sur l'évaluation en cours des zones de problèmes du couple.

« Il y a beaucoup de sujets différents que nous aborderons aujourd'hui et au fur et à mesure que nous avancerons. J'aimerais passer du temps à éclaircir quelques-uns des problèmes que vous, [Anne/Mark], avez eus. À notre première rencontre, vous m'avez parlé de certains problèmes que vous avez eus à propos de [zone de problème]. Pourriez-vous me donner quelques précisions ? »

En plus des problèmes qu'Anne soulevait dans leur séance conjointe, le Dr.S a utilisé les séances individuelles pour s'adresser aux zones de problèmes qu'Anne et Mark avaient indiquées dans leur questionnaire de *Fréquence et d'Acceptabilité du Comportement du Partenaire* (FAPB short form, N.S Jacobson & A Christensen, traduction F. Allard 2008)

« Quand je regarde la liste de vos problèmes et les domaines auxquels ils se rapportent, l'élément qui semble vous préoccuper le plus est [zone de problème]. Pouvez-vous m'en parler ? »

Le Dr. S était très spécifique dans son effort pour obtenir d'Anne et Mark qu'ils décrivent les désaccords et les discussions (disputes) qu'ils avaient entre eux. Pour encourager Mark et Anne à être très précis et spécifiques dans leurs descriptions sur les comportements, le Dr. S a utilisé des questions exploratrices comme :

« Vous disputez-vous tous les deux à propos de... [zone de problème] ? A quoi ressemblent ces disputes ? »

« Quand vous êtes en colère tous les deux, comment avez-vous chacun tendance à réagir ? »

« Décrivez-moi la dernière dispute que vous avez eue. Décrivez-moi la pire des disputes que vous ayez eue. Si je vous avais filmés avec une caméra à ce moment-là, qu'est-ce que j'aurais vu ? »

En plus de comprendre leurs patterns de conflit, le Dr. S demande comment les problèmes se sont présentés et s'ils se sont répandus dans l'entourage familial de Mark et d'Anne (« *Comment vos parents réagissent au conflit ?* »). Cette information peut être utile à la compréhension de l'histoire développementale et des vulnérabilités émotionnelles que chaque partenaire apporte avec lui dans le conflit, et les patterns qu'ils risquent de répéter ou essayer d'éviter (ex, violence physique).

Lorsqu'il explore les descriptions des discussions de Mark et Anne, Le Dr. S. veut aussi savoir si le couple ne s'est jamais engagé dans la violence physique. Cette évaluation en thérapie de couple est un moment

critique de toute évaluation d'une relation. C'est un rationnel majeur dans la conduite des entretiens individuels. Une simple question directe est pratique ici, comme :

« Vos disputes vous ont-elles conduits à vous pousser, vous bousculer ou devenir violent physiquement ? »

Si un des partenaires endosse cette question, ou s'il a indiqué de la violence sur le questionnaire de l'Échelle des Tactiques de Conflit (*Conflicts Tactics Scale*), on devra mener une évaluation plus pointue de la violence et le thérapeute devra fournir des données et des références appropriées de traitement comme étant indiqué (Jacobson & Gottman, 1998, adressage en thérapie spécifique NDT).

Dans notre exemple de cas, il n'était pas question de violence entre Anne et Mark.⁷ Finalement, les séances individuelles ont fourni une bonne opportunité au thérapeute pour évaluer les niveaux d'engagement dans la relation de chacun des partenaires. Cette évaluation a aussi inclus une enquête sur un éventuel engagement dans une relation extraconjugale chez l'un ou l'autre. Ces « affaires » requièrent un traitement spécial en IBCT (Jacobson & Christensen, 1998) qui dépasse le cadre de ce chapitre. Très heureusement, la relation d'Anne et Mark n'était pas troublée par ce genre d'histoire⁸. Avec Anne et Mark, le Dr. S a demandé :

« Sur une échelle de 1 à 10, quelle note attribueriez-vous à votre niveau d'engagement envers [Anne/Mark] ? »

A la fin des séances d'évaluation de la relation d'Anne et Mark, le Dr.S avait suffisamment d'information sur les zones à problèmes, les patterns de conflit (incluant l'histoire de la violence dans leur couple), les liens avec l'histoire familiale, et sur le niveau d'engagement pour élaborer la formulation du thème de leur couple et ainsi procéder à la séance de feedback.

FEEDBACK & FORMULATION

Séance 4

Le Dr.S commença la séance de feedback en orientant Anne et Mark vers ce qu'on pouvait attendre, en suscitant leur participation en donnant à leur tour un feedback sur « sa » formulation et sur la description qu'il avait faite des zones à problèmes :

« Au cours de cette séance, je souhaiterais vous faire le retour dont je vous ai parlé lors de notre première séance. J'ai examiné attentivement vos questionnaires et nous avons passé un certain temps à échanger, ce qui m'a aidé à me faire une idée précise de chacun de vous. Durant mon exposé, je

⁷ Dans notre projet nous évaluons la violence avec la *Conflict Tactics Scale II* (CTS) et nous excluons tout couple où la femme rapporte une violence modérée ou grave chez son mari. Nous excluons ces couples avant qu'ils voient un des thérapeutes de notre projet et nous référons le couple à un traitement individuel approprié de la violence. (NB des études canadiennes et suisses signaleraient une violence conjugale féminine très minoritaire)

Le Dr. S peut procéder ainsi s'il sait que dans le CTS la femme n'a pas souscrit à ce type de violence de la part de son mari (même si elle peut le faire pendant la séance individuelle). Dans un dispositif clinique nous recommandons au praticien de faire passer le CTS à tous les clients et de démarrer un suivi avec des séances individuelles qui focaliseront spécifiquement sur les items de violence que l'homme a endossés, commis ou reçus, sur le CTS. Se basant sur ces entretiens, le praticien devra référer de manière appropriée. (Jacobson & Gottman, 1998).

souhaiterais bénéficier de vos remarques et de vos réactions, car c'est une partie importante de notre travail – vous priant instamment tous les deux, contrairement à ce qui se fait lors d'un exposé magistral, d'intervenir, et de me faire part de la moindre de vos pensées, de ne pas hésiter à m'interrompre avec toute information qui correspondrait, ou de m'avertir quand une information ne correspond pas. »

Le Dr.S commença à donner son feedback à Anne et Mark en expliquant l'information qu'il avait recueillies à partir des questionnaires qu'ils avaient remplis.

« Les questionnaires que nous vous avons donnés avait pour but de situer votre couple sur une gamme qui va du couple très heureux en mariage, en passant par le couple qui présente un niveau « quotidien » de détresse normal jusqu'aux confins du spectre - le couple qui ressemble beaucoup aux couples qui ont divorcé. Vous faites tout deux partie des couples qui sont en détresse mais voudraient que les choses aillent mieux. Même si Anne présente un niveau de détresse plus élevé, vous êtes tous les deux en détresse ! »

Dr.S en vient au résumé du niveau d'engagement d'Anne et Mark, qu'il caractérise comme une ressource pour le travail thérapeutique :

« En regard de votre engagement, vous restez tous les deux investis dans cette relation qui est très importante pour chacun de vous. Et c'est très important pour le travail de couple - malgré tout ce qui s'est passé entre vous, votre engagement dans la relation existe toujours. C'est très parlant – vous l'avez montré et exprimé tous les deux. »

Le Dr.S en vient à résumer le contenu des zones de problèmes d'Anne et Mark. Le Dr.S va distiller les données de leurs questionnaires et de leurs descriptions en séance sur les trois zones de problèmes basiques suivantes :

« Alors parlons des domaines de votre relation qui sont perturbés. Un de ces domaines est les finances qui ont tendance à provoquer les disputes. Avec, pour vous, Anne, parfois de la rancœur et un sentiment de lourdeur par rapport à vos responsabilités, et, pour vous, Mark, un sentiment de culpabilité par rapport à ce qui se passe financièrement. Ce domaine particulier génère donc beaucoup de sentiments variés, de la rancœur, de la culpabilité, un sentiment de lourdeur - et, au lieu de sentiments d'intimité et d'unité, des sentiments d'enjeu de pouvoir. Cela vous paraît-il juste ? Existe-t-il d'autres aspects financiers auxquels vous pourriez penser tous les deux ?

« L'autre domaine dont j'ai pris note concerne les enfants – à la fois les enfants d'Anne et les enfants que vous n'aurez pas ensemble. Vous éprouvez chacun des sentiments différents vis-à-vis des enfants d'Anne : Anne, vous avez l'impression que Mark ne s'implique pas assez avec eux, et vous Mark, vous avez l'impression de ne pas être le bienvenu. Pour vous Mark, c'est la faute d'Anne si vous vous sentez rejeté [par ses enfants]. Ce domaine éveille chez vous deux des sentiments puissants, que vous l'exprimiez directement ou non. Peut-être que vous n'en parlez pas, mais je pense que ça vous met sous pression comme si vous étiez dans une cocotte-minute. C'est un domaine qui, j'imagine, se manifeste sous différentes formes, surtout quand viennent les vacances. »

« Le troisième domaine dont j'ai pris note est votre niveau de réceptivité. « Fais-tu attention à moi ? » Que ce soit sur le plan physique (« tu ne fais pas assez attention » ou « tu fais trop

attention »), ou dans l'écoute (« Est-ce que tu fais attention à ce que je dis ? »), que vous touchiez l'autre ou lui posiez une question, vos actions peuvent être porteuses d'un message, que vous voudriez exprimer ou d'un sentiment que vous éprouvez. Aussi, ce à quoi que nous allons nous atteler, c'est d'exprimer vos sentiments (correctement). Et ceux-ci risquent de vous surprendre tous les deux. »

Partout chacune de ses descriptions, le Dr. S a contrôlé et vérifié son point de vue auprès d'Anne et Mark par leur feedback sur chaque zone de problème, et grâce aux directions (de travail) qu'ils pouvaient ajouter à sa description. Au cours même de cette séance de feedback, une opportunité pour le travail d'acceptation s'est présentée. Lorsque Mark a discuté de sa relation avec les enfants d'Anne, il était initialement en train de faire des dévoilements *durs*, en décrivant ses enfants comme impolis, et seulement capables de parler d'eux-mêmes. Comme Mark faisait état de positions sur les enfants d'Anne aussi critiques chez l'un que chez l'autre, le Dr. S obtint de Mark des *dévoilements plus doux* de ses émotions au sujet des enfants d'Anne :

DR. S. *En dehors de leur comportement grossier, qu'est-ce que ça vous fait quand ils [les enfants d'Anne] ne vous parlent pas ?*

MARK. *J'ai l'impression qu'ils m'ignorent.*

DR. S. *Et en dehors de vous sentir ignoré, comment vous sentez-vous ?*

MARK. *Comme si je n'avais pas d'importance, comme si j'étais là uniquement pour les servir.*

DR. S. *Comme si vous n'étiez pas de la famille ?*

MARK. *C'est ça. Je crois que je me suis juste résigné à espérer qu'ils aiment leur mère.*

DR. S. *Alors ça vous agace qu'ils ne s'intéressent pas à leur mère ? Car il ne s'agit pas seulement de vous, vous n'aimez pas la façon dont les fils d'Anne se conduisent avec elle ?*

MARK. *Ouais, ouais, c'est ça.*

DR. S. *Et ça vous agace ?*

MARK. *Ouais, ça m'agace. J'ai envie de la protéger. Je voudrais qu'ils lui témoignent davantage de reconnaissance. En même temps, je voudrais lui témoigner davantage de reconnaissance moi aussi. Je pense que je ne lui témoigne pas suffisamment de reconnaissance. Peut-être que c'est lié ?... Ça me rappelle les choses que « Moi », je ne fais pas bien.*

En amenant Mark sur le sujet de sa critique des enfants d'Anne et en l'amenant sur une position plus adoucie de ses sentiments, le Dr. S a donné à Mark une possibilité inattendue d'accéder à des réalisations importantes sur son propre comportement. Après avoir passé en revue leurs zones de problème, le Dr.S a procédé à la description de deux thèmes qu'il avait repérés dans son évaluation de Mark et Anne :

« À mon avis, d'après ce que vous avez décrit tous les deux au cours de vos séances individuelles, vos questionnaires et même aujourd'hui, il y a deux thèmes qui vous sont propres. Et quand je dis « thème », c'est pareil que pour les séances ; quelle que soit le sujet du jour abordé, il y a en général un thème. Ce thème est quelque chose dont je parlerai de temps en temps. Encore une fois, il est clair que c'est à ça que nous travaillerons ensemble. Et ça peut prendre une forme différente à chaque fois, c'est donc pour ça que j'en parle, pour être sûr que vous avez bien compris, d'accord ?

« A mon avis, le premier thème, c'est que vous avez chacun l'impression de n'être ni aimé ni apprécié. Or vous avez tous les deux une idée de ce qu'être aimé veut dire. Sauf que vos définitions ne sont pas les mêmes. Et à cause de ces différences de définition, et aussi parce que vos expériences sont différentes, quand un problème arrive, vous avez l'impression que l'on ne vous apprécie pas et que l'on ne vous aime pas. Dans vos différents à propos des finances ou des enfants, il y a beaucoup de ça, le sentiment de ne pas être apprécié. Qu'est-ce que vous en pensez ? »

« Le second thème, ce sont vos insécurités à tous les deux. Vous présentez tous les deux un sentiment d'insécurité, quelle qu'en soit la raison. Certaines de vos disputes, divergences, conflits ou gros accrochages, viennent également de là. Ce sentiment fait surface, et c'est la bagarre. Un exemple concret en ce qui vous concerne, Anne, c'est le sentiment d'insécurité que vous vous m'avez décrit avoir éprouver par rapport à certains membres de votre famille. Cela affecte votre représentation de vous-même en comparaison des autres femmes. Quant à vous, Mark, vous avez décrit le sentiment d'insécurité que vous éprouvez vis-à-vis du fait qu'Anne n'a pas annulé son précédent mariage. Cela peut affecter votre représentation de vous-même en comparaison des autres hommes. Encore une fois, ces sentiments d'insécurité et de ne pas se sentir aimé ni respecté, voilà les thèmes. »

Après que le Dr. S ait décrit chaque thème, et qu'il ait eu un feedback à Anne et Mark sur ces thèmes, il progresse vers la discussion de leur *Pattern de Communication* et leur *Processus de Polarisation* (*polarization process*) et de leur conséquence, le *Piège Mutuel* (*mutual trap*) :

« Et maintenant, quel est ce que nous appelons « le piège » dans lequel vous êtes tombés tous les deux ? Vous avez chacun une manière différente de réagir, à la fois le sentiment d'être mal-aimé et le sentiment d'insécurité. J'ai l'impression que vous, Mark, quand vous commencez à ressentir ces choses, vous utilisez la distance. Et j'ai l'impression que vous, Anne, devenez critique. Mettez tout ça ensemble, et c'est le cercle vicieux. Ces sentiments surgissent, Mark devient distant, Anne devient critique. Marc se sent critiqué, il devient distant. Anne se sent tenue à distance, elle devient critique. Distance, critique, critique, distance... C'est cela que nous appelons un piège. Il se peut que chacun votre tour deveniez critique et distant, et que chaque réponse entraîne chez l'autre personne un sentiment d'insécurité encore plus grand. »

Après avoir passé en revue le *piège mutuel* et le *processus de polarisation*, le Dr.S procède en expliquant à Mark et Anne ce qu'ils peuvent attendre des séances de thérapie à venir :

« C'est donc ce que nous allons faire durant les prochaines semaines, le genre de choses dont je vous parlé aujourd'hui. Nous parlerons de ce qui vous arrive à tous les deux un jour donné. Ça ne sera pas structuré en termes des choses que nous devons faire chaque jour – cela dépendra de vous, des choses que vous apportez.

« Ce que je souhaiterais faire ici, c'est créer un espace de confort qui vous permette à tous les deux de prendre le risque de vous ouvrir, en échangeant –vos réactions, questionnements, et expériences. Il y a dans le désir d'intimité qui va donc exiger de vous le partage de certaines choses et une certaine prise de risques. Maintenant, il n'existe aucune garantie sur la manière dont l'autre personne va réagir - ça peut ne pas être agréable. Mais, d'un autre côté, c'est le prix à payer pour

y arriver, pour s'ouvrir. Vous pouvez repenser à tout ça, et de semaine en semaine nous pourrions reformuler les choses, de façon à obtenir une meilleure image, de plus en plus claire, de ce qui se passe. »

Ayant préparé l'étape avec la formulation, incluant les thèmes, l'analyse DEEP (le processus de polarisation) et le piège mutuel, le Dr.S est prêt à commencer le travail de construction de l'acceptation.

TRAITEMENT

CONSTRUIRE L'ACCEPTATION

La plupart des séances suivantes pour Mark et Anne, ont focalisé sur la *Construction de l'Acceptation*. Ci-dessous voici des extraits de quelques séances où le Dr. S a aidé Anne et Mark à accroître leur acceptation en utilisant les techniques comme la *Réunion Empathique*, le *Détachement Unifié*, et la *Construction de la Tolérance*. (Empathic Joining, Unified Detachment, Tolerance Building).

Séance 12

Le contenu de cette séance a tourné autour de la recherche d'un appartement par Mark et Anne, et de certaines des difficultés qu'ils rencontraient à ce sujet. La discussion a inclus que Mark admette qu'il se sentait inadéquate et peu sécurisant parce qu'il ne gagnait pas assez d'argent pour avoir les moyens de leur « *rêve d'appart* », (celui d'Anne), et il se sentait responsable des difficultés dont tous les deux faisaient l'expérience. Cela a apporté une opportunité pour explorer le thème de l'insécurité d'Anne et Mark.

MARK. Si nous prenons un appartement qui ne nous correspond pas vraiment, ce sera un monument dressé à mon incapacité d'obtenir l'appartement qu'elle voudrait.

DR. S. En même temps, je me demande s'il n'y a pas quelque chose en vous qui se demande : « Suis-je vraiment capable de lui donner ce qu'elle veut ? »

MARK. Exact. Si elle avait épousé quelqu'un qui a beaucoup d'argent, elle aurait pu avoir tous les apparts qu'elle voulait.

ANNE. Et toi, si t'avais épousé une fille superbe avec vingt ans de moins, t'aurais pu te pavaner avec elle comme avec un trophée, mais ce n'est pas ça qui s'est passé ! (Ils rient tous les deux.)

DR. S. Alors ça vient peut-être de votre sentiment d'insécurité, et si vous ne présumiez pas de ce qui se passe en disant « voilà ce qu'il veut », peut-être qu'il serait plus heureux !

MARK. (Au Dr. S.) Je pense que c'est comme ça qu'elle se sent à ses pires moments. Genre que peut-être tous les hommes sont attirés par des femmes plus jeunes et alors qu'il faut s'accrocher pour ne pas perdre ce qui est important pour soi. (À Anne.) Peut-être que c'est comme ça que tu vois ton désir d'avoir l'appart de tes rêves. Comment t'empêches-tu de dire : « Il y a ce riche avocat qui n'arrête pas de me regarder ! » ?... (Au Dr. S.) Je trouve que ce serait assez normal de sa part comme réaction.

Ce dialogue révèle aussi le *Détachement Unifié* qu'Anne et Mark sont en train de développer, lorsqu'ils rient tous les deux du commentaire d'Anne sur la « *femme trophée* ». Ce qui a été précédemment un sujet très douloureux pour Anne devient quelque chose sur lequel ils peuvent plaisanter. La discussion se déplace

alors vers l'exploration de l'insécurité chez Anne envers les relations de Mark avec les autres femmes :

DR. S. *Alors quelle serait à votre avis la femme idéale pour Mark ? Vous avez fait référence à une femme qui serait son idéal.*

ANNE. *Eh bien, probablement quelqu'un de plus jeune, quelqu'un qui peut avoir des enfants, quelqu'un qui joue au tennis, qui fait du jogging, qui fait aussi la cuisine et le ménage, gagne bien sa vie, super bonne au lit...*

DR. S. (À Mark.) *Ça ressemble à l'homme riche que vous visualisez avec Anne. (À Anne.) Selon vous, ça serait une femme qui...*

ANNE. *Sauf que cette femme, elle est là, dehors, quelque part ! Il y a beaucoup de femmes qui sont comme ça !*

DR. S. *Et les émotions qui vous traversent, par lesquels vous passez, quand Mark s'adresse à une femme. A vous demander parfois jusqu'à quel point il y prend plaisir, vous dites-vous que c'est juste une question de temps, que cela arriverait si vous ne vous montrez pas à la hauteur...*

ANNE. *Exact. Une autre femme serait capable de s'immiscer entre nous sans problème.*

DR. S. *Parlons du moment où vos insécurités à tous les deux font surface. Pour vous, Mark, c'est l'homme riche qui pourrait surgir et procurer à Anne ce dont elle rêve depuis longtemps, et pour vous, Anne, c'est votre incapacité à rivaliser physiquement, même en vous entraînant et en faisant du sport, et qu'ainsi c'est juste une question de temps avant qu'une autre femme arrive et décrète : « Je vais m'occuper de ce cas ! » Anne, pouvez-vous me dire les choses que fait Mark qui vous font penser que vous êtes en danger ? »*

ANNE. *Quand il me fait des commentaires à propos d'une femme qu'il trouve séduisante comme si j'étais un de ses potes. Quand il me dit que je suis grosse ou qu'il me fait des remarques au sujet de mon double-menton.*

DR. S. *Et là, vous vous dites que vous n'allez pas y couper !*

ANNE. *C'est ça.*

Alors le Dr. S remet sur le tapis le sujet de l'achat d'un appartement et s'en sert comme d'une métaphore, pour essayer de comprendre la préoccupation d'Anne et de Mark de devoir "arrêter leur choix" sur un appartement qui serait moins que ce qu'ils voudraient alors qu'il prennent un engagement ayant des implications majeures.

DR. S. *S'engager, que ce soit pour prendre un appart ou dans une relation amoureuse - c'est un peu comme se caser, vous vous casez - vous dites : « Ça y est ! »*

ANNE. *C'est vrai, je n'y avais pas pensé. C'est justement avec ça qu'on a du mal... la réalité qui fait qu'on n'a pas toujours tout ce qu'on veut. Et l'insécurité, c'est la crainte de passer à l'achat, tout en sachant qu'on n'aura jamais ce qu'on veut.*

MARK. *Ce qui fait partie de ça aussi, c'est notre impression que l'appartement suivant (qu'on pourrait dénicher) sera celui qu'on veut.*

ANNE. *C'est ça, l'herbe qui est toujours plus verte chez le voisin, c'est toujours l'appart qu'on n'a pas visité qui est le mieux.*

MARK. *Du coup, on se demande : « Est-ce qu'on doit décider de son choix à seulement 60% de ce que nous voulons ? » Alors je me dis, 60 ? Je pensais que c'était plutôt 90 !... Bref je ne sais plus à quel moment il faut faire abstraction des pertes et se dire qu'on va faire un choix – et que c'est la vie qui veut ça.*

DR. S. *Pour pousser la réflexion un peu plus loin, parlons de votre décision de vous marier, quand vous avez pris cet engagement (envers une certaine personne). Vous avez commencé par vous demander si l'autre avait fixé son choix à 60 ou à 90%. Puis vous vous êtes chacun demandé : « Et moi, à combien j'ai fixé mon choix ?... à 60 ou 90% ? »*

MARK. *Affirmatif.*

ANNE. *Tout-à-fait.*

DR. S. *Maintenant imaginez-vous dans une situation où vous êtes en danger. Que va-t-il se passer ? Quand vous vous aventurez sur un terrain dangereux, ces 90% pourraient vous donner la sensation d'être...*

ANNE. *50%.*

DR. S. *Exactement. Quand vous vous sentez bien, vous vous dites : « Elle est à 90% de ce qu'elle voulait avec moi » ou « je suis sûr à 90%. » Mais sur un terrain glissant, vous pensez : « Je suis à 50%. » Et quand vous considérez les choses du point de vue de votre propre insécurité, vous pensez : « Mon Dieu, elle est à 35 ou 40% ! » Or vous avez tous les deux fait un choix en vous mariant. Vous avez décidé : « Ça y est, nous allons nous marier ! » et vous vous êtes casés.*

MARK. *Mais « se caser », c'est tellement connoté.*

DR. S. *Je pense qu'il y a des sentiments liés à ça. Mais ce qui vient en parallèle avec le mot « casé », c'est le mot « accepté ».*

MARK. *Oh, je vois.*

DR. S. *Quand vous vous engagez avec quelqu'un, vous pensez : « Voilà qui c'est avec cette personne telle qu'elle est. » Que ça soit à 90, 80, 60 ou 35%, à la base vous avez dit : « J'accepte. »*

Ce dialogue révèle aussi le *Détachement Unifié* qu'Anne et Mark sont en train de développer, lorsqu'ils rient tous les deux sur le commentaire d'Anne de la « *femme trophée* ». Ce qui a été précédemment un sujet très douloureux pour Anne, devient quelque chose sur lequel ils peuvent plaisanter. La discussion se déplace alors vers l'exploration de l'insécurité chez Anne envers les relations de Mark avec les autres femmes. Le Dr. S est alors revenu sur l'achat d'un appartement, et il a utilisé celui-ci comme métaphore : *Anne et Mark, se contentant de moins que ce qu'ils veulent sur ce qui les intéresse, tout en prenant un engagement majeur.*

En utilisant l'achat de l'appartement comme métaphore, le Dr. S a souligné comment le thème de l'insécurité d'Anna et Mark se nourrit lui-même, et comment leur thème les conduit tous les deux à se poser la même question de savoir « *Est-ce que je n'aurais pas consenti à moins que ce que je voulais de la relation ?* » Le fait d'ajouter à leur thème ce composant supplémentaire de *l'Insécurité sur leur consentement* a aidé Anne et Mark à comprendre que chacune des choses que l'un ou l'autre commet, menacent l'autre ! (Par exemple quand Mark parle de son attirance pour les femmes plus jeunes), et présentement ça a aussi aidé à construire un pont vers le travail d'acceptation.

Session 17

Dans cette séance, le Dr. S a continué sur le processus lié au thème de l'insécurité avec Anne et Mark. A un moment particulier du dialogue, Anne et Mark se mettent à discuter du processus de polarisation familiale quand Mark suggère à Anne qu'elle s'entraîne trop au sport. Anne interprète la suggestion de Mark comme une manière de critiquer son apparence, ce qui fait qu'elle se sent immédiatement menacé et

en insécurité... Alors Anne « *rend coups pour coups* » face aux suggestions de Mark, d'une part en déprimant, et d'autre part « *en ne faisant plus rien* », ce qui en retour rend Mark plus critique.

Ici, le DR. S utilise deux techniques de construction de l'acceptation. La première technique est la *réunion empathique*. Comme le Dr. S essaie d'atteindre ce qui est à *la base des -critiques suggestives* ("get to the bottom of") sur les apparences d'Anne, alors Mark fait le dévoilement de soi doux sur sa propre insécurité :

DR. S. *Voilà vraiment une très bonne question. Il y a pour chacun de vous un seuil limite où vous dites : « Jusqu'à ce point précis je t'accepte comme tu es, mais au-delà de ce point tu as intérêt à changer ! » Par ailleurs, vous êtes qui vous êtes. « Tu es bien la personne que tu es ! ». Sauf que l'ironie dans tout ça, c'est que mêle une fois qu'on a accepté quelque chose, un changement peut quand même se produire. Et il y a cette tendance à vouloir déterminer à l'avance non seulement les limites de l'autre, mais aussi les nôtres. Or j'ai l'impression que vous cherchez tous les deux à déterminer non seulement les limites de l'autre, mais vos propres limites.*

ANNE. *Peut être. Oui.*

DR. S. *Regardez vos propres limites. Pour vous, Anne, elles portent sur votre physique, votre apparence, et pour vous, Mark, elles portent sur votre position en tant que pourvoyeur financier. Avec la tentation, lorsque cela devient désagréable - et c'est là que votre partenaire intervient - de rediriger votre attention sur autre chose, au lieu de parler de ce que vous ressentez.*

ANNE. *Absolument.*

MARK. *Ouais, depuis que nous avons commencé la thérapie, j'ai remarqué que c'est ce que je fais. Quand je ne suis pas sûr de moi, je regarde vers l'extérieur, en disant : « Tu devrais faire ça », et je me sens mieux.*

DR. S. *Exact, ça redonne la sensation d'être actif, ça peut être de donner son avis - ça peut être un truc de mec : « Fais ci, fais ça. »*

MARK. *Exact, je fais ça aussi avec ses gosses. C'est tout-à-fait ce que je fais.*

A la place de focaliser sur la nature critique des suggestions de Mark, le Dr. S. a mis l'accent sur les raisons pour lesquelles Mark devient critique. Mark a été encouragé à considérer les raisons de son comportement, et il en est résulté qu'il a dévoilé qu'il devanait critique quand lui-même se sentait en insécurité. Mark a reconnu que ça n'arrivait pas seulement sur ce qui concernait ses essais de diriger le comportement d'Anne, mais aussi dans ses interactions avec les enfants.

La seconde technique de *construction de l'acceptation* que le Dr. S. a utilisé dans cette partie de la séance est une intervention de *Tolérance* mettant l'accent sur les aspects positifs du comportement négatif du partenaire. Le Dr. S continue :

DR. S. *Dans certaines situations, ça peut très bien fonctionner [de donner des conseils]. Les gens peuvent aimer ça, comme par exemple dans votre travail en tant que conseiller, ou vous, Mark, avez l'impression d'être vraiment productif.*

MARK. *Ouais, je change la vie des gens. C'est tout-à-fait ce que je fais.*

DR. S. *D'un autre côté, il y a des circonstances où ça peut être perçu comme une critique, je veux dire en ce qui vous concerne tous les deux. Ça vient alimenter le penchant d'Anne à se sentir critiquée.*

ANNE. *Oui. Et alors ça se transforme en une espèce de menace, du genre : “Je te préviens, si tu ne fais rien contre ça...” »*

Au lieu de focaliser sur la nature critique des suggestions de Mark, le Dr.S a mis l’accent sur pourquoi est-ce que Mark devient critique. Mark a été encouragé à considérer les raisons de son comportement, et il en a résulté qu’il a dévoilé qu’il devenait critique quand lui-même se sentait en insécurité. Mark a reconnu que ça n’arrivait pas seulement lorsque ça concernait ses essais de diriger le comportement d’Anne, mais aussi dans ses interactions avec les enfants.

La seconde technique de construction de l’acceptation que le Dr.S a utilisé dans cette partie de la séance est une intervention de *Tolérance* mettant l’accent sur les aspects positifs du comportement négatif du partenaire. Le Dr. S continue :

Ici, le Dr. S a remis positivement l’accent sur les suggestions de Mark envers Anne comme ses tentatives pour la guider ou lui donner son avis. Mark est un conseiller pour l’emploi, il a l’habitude de délivrer de telles suggestions aux autres afin de leur venir en aide ou d’être constructif. Le Dr. S souligne cet aspect du comportement de Mark – cette *qualité de conseiller* qui fait que Mark est vraiment bon dans son métier. Cependant, le Dr. S ne doit pas essayer de *complètement* reformuler le comportement de Mark comme positif – Le Dr. S souligne aussi que l’avis de Mark est « *expérimenté* » par Anne comme critique et menaçant.

A la fin de la séance, le Dr. S *recaractérise* le *processus de polarisation* d’Anne et Mark dans les termes des informations qui ont émergé de ces deux interventions :

DR. S. *Je pense que vous avez très bien compris ça, Mark. Dès que vous vous sentez dans une situation inconfortable, c’est votre manière de procéder, votre façon de faire est de vous tourner vers l’extérieur. Il se peut que, de votre propre point de vue, vous vous posiez en simple conseiller quand vous agissez comme ça avec Anne. Vous voulez simplement lui donner des conseils. Mais il se peut que de son point de vue à elle, vous soyez perçu comme une personne autoritaire, le sergent instructeur plutôt que le conseiller. Quant à vous, Anne, vous avez l’impression d’avoir été réprimandée. Et vous vous sentez encore plus mal qu’avant.*

ANNE. *Absolument.*

DR. S. *Alors vous pensez qu’il faut soit prendre sur vous, soit vous défendre.*

MARK. *Je pense que... se défendre, c’est... Bon, ça se comprend. Ça se comprend très bien.*

Séance 25

Dans leur séance finale, Anne a décrit un *Insight* récent qu’elle a eu au sujet de son *sentiment d’être indigne du bonheur* et sa croyance que le bonheur a un certaine sorte de prix. Elle dit que le bonheur lui fait ressentir de la culpabilité parce qu’elle sent que quelqu’un d’autre va souffrir pour qu’elle soit heureuse, ou que de quelque manière que ce soit, être heureuse aura des répercussions négatives qui la feront souffrir. Anne a connecté certains de ces sentiments à sa période de trouble alimentaire vers dix ans, et à des épisodes dépressifs dont elle a parfois fait l’expérience à l’âge adulte.

Dans le dialogue ci-dessous, le Dr. S utilise plusieurs techniques pour discuter des insights d'Anne et de la manière dont ces ressentis contribuent au processus de polarisation du couple. En premier, le Dr. S utilise la réunion empathique pour aider Mark à comprendre l'expérience d'Anne lorsqu'elle se met à déprimer (un moment où Mark fait régulièrement des suggestions sur la façon dont Anne *devrait* penser, ressentir ou se comporter). Alors le Dr. S *détache* Anne et Mark de leur problème qui est qu'Anne se sent critiquée chaque fois que Mark fait ses suggestions. Plutôt que d'engager Anne et Mark dans leur réponse émotionnelle aux comportements de l'autre, le Dr. S reformule ce problème comme une conséquence de problèmes basiques dans la communication. En décrivant leurs problèmes selon les termes de leurs méthodes de communication, le Dr. S détache Mark et Anne du problème lui-même, et procure à chacun une nouvelle voie pour réagir (autrement) face ce vieux problème, sans avoir à faire un quelconque entraînement formel à la communication (*formal communication training*) :

DR. S. À mon avis se disputer à propos du bonheur – à la recherche du bonheur – c'est comme savourer un bon repas quand on sait qu'il va falloir payer les conséquences : « D'accord, ce plat est très gras, mais je vais prendre plaisir à le manger parce que je le mérite, je mérite ce moment de plaisir – tout comme que je mérite ce moment de bonheur, même si untel ou unetelle ne se sent pas bien. Je le mérite. » Et ça va devenir un véritable combat de vous défendre contre Mark, en vous disant : « Mon Dieu, je me sens vraiment coupable ! »

ANNE. Quand je reste sans bouger sur le canapé, complètement déprimée, ça ressemble beaucoup à ce qui se passe. Je m'en veux.

DR. S. Alors que Mark devrait écouter, simplement écouter et dire : « Eh ben dis donc, ça doit pas être facile ! » Maintenant il peut y avoir un attrait, Mark, à vouloir résoudre le problème en disant : « Eh bien, tu ne devrais pas te sentir comme ça ! » ou « Si cette personne est comme ça, c'est parce que... ». Sauf que ça déclenche chez Anne son penchant à l'autocritique et risque de se terminer en dispute. Quand vous voyez qu'elle souffre, Mark, et ce que ça lui coûte, votre réaction est de dire : « Voilà ce que tu devrais faire ! » Sauf que pour elle, c'est comme si vous lui disiez : « Tu vois, idiot, tu ne sais pas ce qu'il faut faire ! », alimentant ainsi son penchant pour l'autocritique. Alors ce qui va être profitable, c'est d'écouter ce qu'elle vous dit et de la paraphraser, et elle comprendra que ce n'était pas raisonnable. Et si au lieu d'émettre des critiques, vous dites seulement : « Eh ben dis donc, t'es vraiment pas dans ton assiette aujourd'hui ! », en paraphrasant les thèmes de son insécurité et son penchant pour l'autocritique, vous réussirez à maintenir la connexion.

Finalement, le Dr. S utilise les interventions de *tolérance* pour mettre Anne et Mark en mesure de voir leurs problèmes comme une différence dans leurs modes de communication. En continuant de décrire leur problème en termes de difficulté de communication, le Dr. S décrit Anne comme répondant aux situations en se basant sur ses ressentis, alors que Mark est plus souvent dans l'utilisation de la logique pour déterminer ses réponses aux situations. Le Dr. S fait remarquer que le problème de Mark et Anne est souvent le résultat de cette différence, et que ces différences sont en fait complémentaires :

DR. S. (À Mark.) *Alors ce que je souhaiterais vous encourager à faire, c'est de passer - peut-être - à une nouvelle manière de réagir au lieu d'user de la raison quand vous commencez à comprendre que les sentiments d'insécurité d'Anne n'ont aucun sens. Et plutôt que de dire « ça n'a aucun sens », de dire à la place : « J'entends ce que tu es entrain de dire, tu ne mérites pas ça ! », quel qu'en soit le sujet. Et ce que j'attends de vous, Anne, c'est d'écouter Mark vous dire qu'il vous comprend et que ça vous rapproche de lui.*
ANNE. *Ouais. Et ç'en sera définitivement fini des sempiternels « tu devrais. »* (Mark rit.)
DR S. *Anne, vous parlez des choses à partir du point de vue de votre expérience émotionnelle, et vous, Mark, vous parlez des choses du point de vue de votre expérience rationnelle - or les deux sont nécessaires, les deux sont importants.*

Cet extrait du dialogue révèle aussi comment le couple a développé le *Détachement Unifié* vis-à-vis de leur problème. Anne utilise l'expression « *le fossé des tu devrais* » pour décrire ce qui était auparavant le « *sujet particulièrement brûlant* » de son ressenti des critiques de Mark, et Mark est capable de rire de son propre comportement.

CONCLUSION

Même si une étude de cas unique est pratique pour une illustration, de toute évidence ça ne permet pas d'établir des conclusions généralisables sur les résultats du traitement. Cependant, les études que nous avons mentionnées précédemment nous donnent des résultats prometteurs quant à l'efficacité de la *Thérapie Comportementale Intégrative de Couple* (IBCT).⁹

L'IBCT appartient à ce que Hayes (2004) a appelé la troisième vague des thérapies comportementales. La première vague correspondait aux approches traditionnelles du conditionnement classique et opérant. La deuxième vague a incorporé les stratégies cognitives. La troisième vague met l'accent « *en plus de stratégies directes et didactiques, sur les stratégies de changement contextuelle et expérientielle* ». Hayes (2004). L'acceptation et la Mindfulness sont des aspects- clés proposés par cette troisième vague. Même si ces thérapies ont généré un enthousiasme considérable et des données qui les confirment, seules des recherches supplémentaires sur leurs résultats seront capables d'établir si ces thérapies en général, et l'IBCT en particulier, pourront œuvrer pour soulager la souffrance humaine, en incluant cette souffrance essentielle qui apparaît dans les relations de couple, avec des moyens plus puissants que les deux premières vagues des thérapies comportementales.

Ph.D, Andrew CHRISTENSEN - UCLA <http://ibct.psych.ucla.edu/>

Traduction Paris 14 juin 2018 François ALLARD 119 rue des Pyrénées 75020 Paris <http://www.francois-allard-tcc-psy.fr/f.allard-psy@wanadoo.fr> Tel / Fax : 01 43 70 64 79 <http://www.ibct-france.fr/>

REFERENCES

- *Baucom, D.H. & Hoffman, J.A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), Clinical handbook of marital therapy (pp. 597-620). New York: Guilford Press.
- *Baucom, D.H., & Epstein, N. (1990). Cognitive behavioral marital therapy. New York: Brunner/Mazel.
- *Baucom, D.H., Epstein, N., & Rankin, L.A. (1995). Cognitive aspects of cognitive behavioral marital therapy. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), Clinical handbook of couple therapy (pp.65-90). New York, Guilford.
- *Baucom, D.H., Shoham, V.M., Kim, T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *66*(1), 53-88.
- *Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., Heyman, R. E., First, M. B., Underwood, L. G., & Reiss, D. (2006). Relational processes and DSM-V: Neuroscience, assessment, prevention, and treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- *Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J. & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problems behaviors: A meta-analysis. Journal of Child and Family Studies, *6*, 233-247.
- *Burman, B. & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. Psychological Bulletin, *112*, 39-63.
- *Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. Annual Review of Psychology. Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- *Christensen, A. & Jacobson, N. S. (1997). Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. Unpublished measures. University of California, Los Angeles.
- *Christensen, A., & Jacobson, N.S. (2000). Reconcilable Differences. New York: Guilford.
- *Christensen, A., Jacobson, N.S., & Babcock, J.C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), Clinical handbook of couple therapy (pp. 31-64). New York: Guilford.
- *Cordova, J., & Jacobson, N.S. (1993). Couple Distress. In D. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- *Crane, D.R., & Mead, D.E. (1980). The Marital Status Inventory: Some preliminary data on an instrument to measure marital dissolution potential. American Journal of Family Therapy, *8*(3), 31-35.
- *Doss, B. D. & Christensen, A. (in press). Acceptance in romantic relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. Psychological Assessment.
- *Epstein, N. & Baucom, D. H. (2002). Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- *Floyd, F.J., Markman, H.J., Kelly, S., Blumberg, S.L., & Stanley, S.M. (1995). Preventive intervention and relationship enhancement. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), Clinical handbook of couple therapy (pp.212-230). New York: Guilford.
- *Floyd, J.F., & Markman, H.J. (1983). Observational biases in spouse observation: Toward a cognitive/behavioral model of marriage. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *51*, 450-457.
- *Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). A couple's guide to communication. Champaign, IL: Research Press.
- *Gurman, A.S., Knickerson, D.P., & Pinsoff, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of Psychotherapy and behavior change (3rd ed.) (pp. 565-624). New York: Wiley.
- *Halford, W. K. (2001). Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. New York: Guilford.
- *Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D., & Brengelmann, J.C. (1984). The Munich marital therapy study. In K. Hahlweg & N.S. Jacobson (Eds.), Marital interaction: Analysis and modification (pp. 3-26). New York: Guilford Press.
- *Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- *Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N.S. (1991). Behavioral marital therapy. In A.S. Gurman & D.P. Knickerson (Eds.), Handbook of family therapy (2nd ed., pp 96-133). New York: Brunner/Mazel.
- *Jacobson, N.S. (1977). Problem solving and contingency contracting I the treatment of marital discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *45*, 92-100.
- *Jacobson, N.S. (1978a). A review of the research on the effectiveness of marital therapy. In T.J. Paolino & B.S. McGrady (eds.), Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives (pp. 395-444). New York: Brunner/Mazel.
- *Jacobson, N.S. (1978b). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *46*, 442-452.
- *Jacobson, N.S. (1984) A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *52*, 295-305.

- *Jacobson, N.S., & Addis, M.E. (1993). Research on couple therapy: What do we know? Where are we going? Journal of Consulting and Clinical Psychology, *61*, 85-93.
- *Jacobson, N.S., & Anderson, E.A. (1980). The effects of behavioral rehearsal and feedback on the acquisition of problem solving skills in distressed and nondistressed couples. Behavior Research and Therapy, *18*, 25-36.
- *Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1998). Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships. New York: W.W. Norton & Co.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative Behavioral Couple Therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *68*(2), 351-355.
- *Jacobson, N.S., & Gottman, J. (1998). When men batter women: New insights into ending abusive relationships. New York: Simon & Schuster.
- *Jacobson, N.S., & Holtzworth-Munroe, A. (1986). Marital therapy: A social learning/cognitive perspective. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), Clinical handbook of marital therapy (pp. 29-70). New York: Guilford Press.
- *Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York: Brunner/Mazel.
- *Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *54*, 518-522.
- *Jacobson, N.S., Follette, W.S., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavior marital therapy: A reanalysis of outcome data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *52*, 497-564.
- *Jacobson, N.S., Schmalings, K.B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two-year follow-up and prediction of relapse. Journal of Marital and Family Therapy, *13*, 187-195.
- *Knox, D. (1971). Marital happiness: A behavioral approach to counseling. Champaign, IL: Research Press.
- *Lieberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. American Journal of Orthopsychiatry, *40*, 106-118.
- *Lieberman, R.P., Wheeler, E.G., deVisser, L.A., Kuehnel, J., & Kuehnel, T. (1981). Handbook of marital therapy: a positive approach to helping troubled relationships. New York: Plenum.
- *Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J., & Christensen, A. (in press). Relationship violence among couples seeking therapy: Common couple violence or battering? Journal of Marital and Family Therapy.
- *Snyder, D.K. (1997). Marital Satisfaction Inventory-Revised. Los Angeles: Western Psychological Services.
- *Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *59*, 138-141.
- *Spainer, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, *38*, 15-28.
- *Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D.B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. Journal of Family Issues, *17* (3), 283-316.
- *Stuart, R.B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *33*, 675-682.
- *Stuart, R.B. (1980). Helping couples change: A social learning approach to marital therapy. New York: Guilford Press.
- *Weiss, R.L., Hops, H., & Patterson, G.R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it. In L.A. Hamerlynck, L.C. Handy, & E.J. Mash (Eds.), Behavior change: Methodology, concepts, and practice. (pp. 309-342). Champaign, IL: Research Press.
- *Weiss, R.L., & Cerreto, M.C. (1980) The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential. American Journal of Family Therapy, *8*(2), 80-85.
- *Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the national comorbidity survey. Journal of Abnormal Psychology, *108*, 701-706.
- *Whisman, M. S. & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. Journal of Abnormal Psychology, *108*, 674-678.

APPENDIX

Useful Assessment and Screening Instruments

Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976): Measures relationship distress and commitment. (To obtain this measure, contact Western Psychological Services, 12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90025, www.wpspublish.com)

Marital Status Inventory (Crane & Mead, 1980; Weiss & Cerrato, 1980): Assesses commitment to the relationship and steps taken toward separation or divorce. (To obtain this measure, contact: Robert L. Weiss, Ph.D., Oregon Marital Studies Program, Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, OR 97403-1227; also available online at <http://darkwing.uoregon.edu/~rlweiss/msi.htm>)

Conflict Tactics Scale (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996): Assesses domestic violence. (To obtain this measure, contact Multi-Health Systems, P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120, www.mhs.com)

Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory (Christensen & Jacobson, 1997; Doss & Christensen, in press): Assesses acceptability of behavior at their current frequency for 24 categories of spouse behavior. (To obtain this measure, contact: Andrew Christensen, Ph.D., UCLA Department of Psychology, Los Angeles, CA 90095, Christensen@psych.ucla.edu)

Notes

Copyright de la première traduction en 2009

Guilford Press accorde la Permission de distribuer la traduction effectuée du chapitre d' Andrew Christensen, Jennifer G. Wheeler, & Neil S. Jacobson *Couples in Distress* selon la sélection p 662 à p 689 de l'ouvrage *Clinical Handbook of Psychological Disorders, 4th Ed 2008 New York ; Guilford*, auprès des participants de l'AFTCC et de la SFTF inscrits à l'atelier sur la *Thérapie Comportementale Intégrative de Couple* (IBCT) animé par Andrew Christensen les 11 et 12 septembre 2009 à Paris.

Cette permission est soumise aux conditions suivantes :

1. Une ligne d'accréditation sera en évidence à sa place et inclura : les auteurs, le titre du livre, le rédacteur, le détenteur des droits d'auteur (de copyright), l'année de publication et "Réimprimé et traduit en français avec la permission de Guilford press" (le nom de l'auteur sera indiqué) .

2 la permission est accordée pour l'utilisation ponctuelle et seulement comme spécifié et proposée : diffusion auprès des seuls participants inscrits à l'atelier du 11 et 12 septembre 2009 de Andrew Christensen.

Ces droits ne s'appliquent pas en la matière aux réimpressions futures, de ces éditions, aux révisions ou à d'autres œuvres dérivées.

Pour toutes les autres utilisations et distributions on devra adresser une nouvelle demande de permission pour la diffusion à Guilford Press. .

3. Le demandeur consent à garantir la permission écrite de l'auteur original où à l'indiquer.

4. Le demandeur assure que le matériel ne sera pas utilisé de n'importe quelle façon que l'on pourrait considérer comme dérogatoire au titre et au contenu, ou aux auteurs du matériau et du texte ou à Guilford Press .

5. Guilford Press conserve tous les droits non spécifiquement accordés dans cet accord.

Guilford Press 72 Spring Street New York, NY 10012 <http://www.guilford.com>