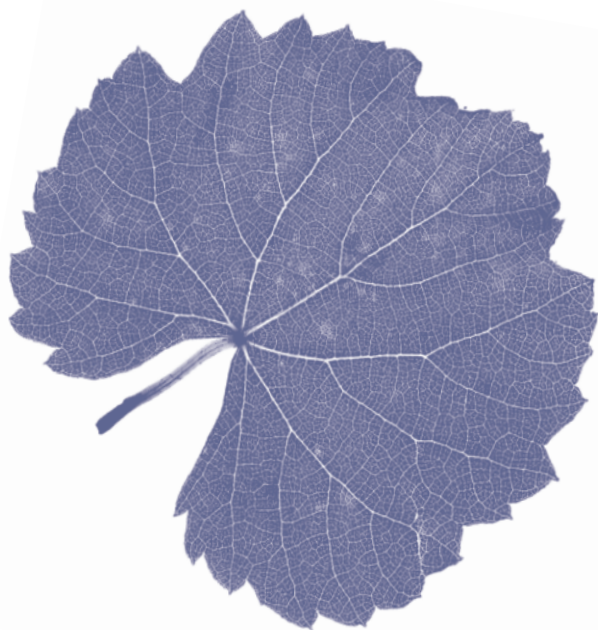


A. Christensen, B. Doss et N. Jacobson

Traduction coordonnée par François Allard

# La thérapie comportementale intégrative de couple



- ▷ Plus de 90 vignettes cliniques
- ▷ Nombreux conseils
- ▷ Problèmes cliniques complexes

**+ EN LIGNE**

Documents de travail  
téléchargeables





# **La thérapie comportementale intégrative de couple**

## **Carrefour des psychothérapies**

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

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

Chacun pourra y découvrir : des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques.

Des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées.

Des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et qui répond à tous les besoins des professionnels.

Andrew Christensen  
Brian D. Doss  
Neil S. Jacobson

# **La thérapie comportementale intégrative de couple**

**Comment créer l'acceptation  
et le changement ?**

Ouvrage original :  
Integrative Behavioral Couple Therapy: A Therapist's Guide to Creating Acceptance and Change  
(second edition)  
By Andrew Christensen, Brian D. Doss et Neil Jacobson  
© 2020 Norton

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

© De Boeck Supérieur s.a., 2024  
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

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

Dépôt légal :  
Bibliothèque nationale, Paris : mai 2024  
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2024/13647/029

ISSN : 1780-9517  
ISBN : 978-2-8073-5758-7

### **Avertissement de l'éditeur**

Dans un souci de simplification et de lisibilité, les noms (thérapeute, patient, partenaire, parent, enfant, conjoint, etc.), les adjectifs ainsi que les pronoms ont été laissés au masculin. Ils sont bien évidemment à lire dans leur acception neutre.

Les notes de bas de page ont été ajoutées par l'équipe des traducteurs afin d'éclaircir, si nécessaire, le propos.

# Liste des acronymes

Les acronymes francophones sont mentionnés à titre informatif. Ce manuel utilise les acronymes anglophones.

| Acronyme anglophone                                       | Acronyme francophone                                                |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>ICBT</b> Integrative Behavioral Couple Therapy         | <b>TCCI</b> Thérapie Comportementale Intégrative de Couple          |
| <b>TBCT</b> Traditional Behavioral Couple Therapy         | <b>TCCT</b> Thérapie de Couple Comportementale « Traditionnelle »   |
| <b>BMT</b> Behavioral Marital Therapy                     | <b>TMC</b> Thérapie Maritale Comportemental                         |
| <b>CBCT</b> Cognitive Behavioral Couple Therapy           | <b>TCCC</b> Thérapie de Couple Cognitivo-Comportementale            |
| <b>ECBCT</b> Enhanced Cognitive Behavioral Couple Therapy | <b>TCCCA</b> Thérapie de Couple Cognitivo-Comportementale Améliorée |
| <b>EFCT</b> Emotional Focused Couple Therapy              | <b>TCCE</b> Thérapie de Couple Centrée sur les Émotions             |
| <b>IOMT</b> Insight Oriented Couple Therapy               | <b>TCOI</b> Thérapie de Couple Orientée vers l'Introspection        |
| <b>ISCT</b> Integrated Systemic Couple Therapy            | <b>TSIC</b> Thérapie Systémique Intégrative de Couple               |

# Sommaire

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Liste des acronymes.....    | 6  |
| Compléments numériques..... | 9  |
| Remerciements .....         | 11 |
| Avant-propos.....           | 17 |
| Préface.....                | 19 |

## PREMIÈRE PARTIE

### Vue d'ensemble de la détresse du couple et de la thérapie

|            |                                                                                         |    |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE 1 | Un couple en détresse.....                                                              | 25 |
|            | BENOÎT Philippot                                                                        |    |
| CHAPITRE 2 | Pourquoi se faire la guerre et comment la thérapie<br>de couple restaure la paix ?..... | 33 |
|            | VINCENT Navet                                                                           |    |

## DEUXIÈME PARTIE

### L'évaluation, la formulation clinique et le feed-back

|            |                                                  |     |
|------------|--------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 3 | La détresse du couple selon l'IBCT .....         | 63  |
|            | VINCENT Navet                                    |     |
| CHAPITRE 4 | Vue d'ensemble et évaluation.....                | 83  |
|            | VINCENT Navet                                    |     |
| CHAPITRE 5 | Séance de feed-back et aperçu du traitement..... | 105 |
|            | VINCENT Navet                                    |     |

## TROISIÈME PARTIE

### Stratégies pour promouvoir l'acceptation (et le changement)

|            |                                                                         |     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 6 | Créer l'acceptation et le changement<br>par la réunion empathique ..... | 129 |
|            | FRANÇOIS Allard                                                         |     |

|            |                                                                                  |     |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 7 | Créer l'acceptation et le changement<br>par le détachement unifié .....          | 151 |
|            | FRANÇOIS Allard                                                                  |     |
| CHAPITRE 8 | Créer l'acceptation et le changement<br>par la construction de la tolérance..... | 179 |
|            | FRANÇOIS Allard                                                                  |     |

## QUATRIÈME PARTIE

### Stratégies pour promouvoir le changement délibéré (et l'acceptation)

|             |                                                                      |     |
|-------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 9  | Changement délibéré mené par le patient .....                        | 201 |
|             | FRANÇOIS Allard                                                      |     |
| CHAPITRE 10 | Activation comportementale dyadique.....                             | 235 |
|             | FRANÇOIS Allard                                                      |     |
| CHAPITRE 11 | Formation à la communication et à la résolution<br>de problèmes..... | 253 |
|             | LINDA Kempe                                                          |     |

## CINQUIÈME PARTIE

### Considérations particulières et nouvelles orientations de l'IBCT

|             |                                                                              |     |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 12 | Diversité dans les couples : considérations cliniques .....                  | 289 |
|             | MARION Cuddy                                                                 |     |
| CHAPITRE 13 | Violence, problèmes sexuels, infidélité<br>et psychopathologie en IBCT ..... | 313 |
|             | MARION Cuddy                                                                 |     |
| CHAPITRE 14 | OurRelationship.com et l'IBCT : un modèle<br>d'intégration.....              | 347 |
|             | AHMED Rady                                                                   |     |

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Postface .....                | 377 |
| Glossaire .....               | 379 |
| Bibliographie .....           | 381 |
| À propos des traducteurs..... | 391 |
| Table des matières.....       | 393 |

# Compléments numériques

Cet ouvrage s'accompagne de ressources numériques complémentaires. Au fil de votre lecture, vous rencontrerez des encadrés vous renvoyant vers ceux-ci. Pour y accéder, rendez-vous sur le site de l'éditeur à l'adresse suivante :

<https://www.deboecksuperieur.com/site/357587>

Vous y trouverez les ressources suivantes :

- Des questionnaires :
  - Statut individuel du patient
  - Évaluation de la relation de couple sur un mois
  - Évaluation hebdomadaire de la relation de couple (Questionnaire Hebdomadaire)
  - Indice de satisfaction du couple
  - Évaluation des zones de problème
  - Évaluation de la communication durant le conflit
- Une bibliographie complémentaire de recherche en thérapie comportementale intégrative de couple
- Une liste de contacts pour aider les victimes de violence conjugale
- Un glossaire
- Une liste des acronymes



# Remerciements

La science est cumulative. Toute connaissance fondée sur des preuves s'appuie nécessairement sur des preuves et des connaissances antérieures. Quelle que soit l'importance de notre contribution à ce domaine de connaissance, l'on est redevable aux personnes qui y ont précédemment contribué. En outre, la science est affaire de collaboration. Quelle que soit la contribution de chacun d'entre nous, nous sommes en mesure de le faire parce que nous avons eu des mentors, des modèles et des collègues qui nous ont nourris, soutenus, mis au défi et inspirés. Il serait impossible de citer toutes les personnes qui m'ont influencé et qui ont enrichi ce travail. Je vais tenter de mentionner celles dont je suis le plus conscient.

Les plus importants sont Brian D. Doss et feu Neil S. Jacobson, les co-auteurs de ce livre. Neil et moi avons développé la thérapie comportementale intégrative de couple, écrit le premier livre à développer ce sujet (Jacobson & Christensen, 1996) et effectué les premières recherches. De nombreuses discussions productives et agréables, quelquefois frustrantes, des échanges de courriels et des ébauches de manuscrits ont conduit à ces réalisations. Neil était un scientifique dévoué, enthousiaste et brillant, capable de défendre énergiquement ses idées, mais aussi de regarder dans les yeux des données qui ne les corroboraient pas sans broncher ! Sa mort tragique est survenue prématurément en 1999, peu de temps après que nous ayons commencé un essai clinique majeur sur deux sites concernant l'impact de l'IBCT<sup>1</sup>. Son décès a constitué une perte majeure pour le domaine ainsi que pour sa famille, ses amis et ses collègues. Brian était l'un de mes étudiants de troisième cycle il y a une vingtaine d'années. Il a participé à l'essai clinique de l'IBCT et a effectué d'importantes recherches sur la thérapie de couple en général et sur l'IBCT en particulier.

---

1. IBCT (*Integrative Behavioral Couple Therapy*) : Thérapie Comportementale Intégrative de Couple, en Français. Elle a été développée par Christensen et Jacobson avec le concours de leurs élèves et collègues dès la première moitié des années 1990. Cette approche dyadique, est contemporaine de l'ACT, mais elle n'est pas basée sur l'ACT, qui est une thérapie individuelle d'acceptation de soi. L'IBCT a, quant à elle, introduit l'acceptation de l'autre. L'IBCT est bien une composante originale spécifiquement établie pour les couples, appartenant dès le début au courant des sciences comportementales dites contextualistes fonctionnelles, élaborées par Hayes, Jacobson, Gurmman, Strosahl, Wilson, Cordova et bien d'autres à la fin des années 1980. Nous utiliserons les abréviations anglaises à travers tout le présent ouvrage.

Après avoir obtenu son doctorat et s'être engagé dans une carrière universitaire, Brian a orienté l'IBCT dans une direction dont Neil et moi n'avions même pas rêvé. Brian a entrepris un important effort de diffusion pour étendre la portée de l'IBCT en adaptant ses principes dans un programme en ligne, [ourrelationship.com](http://ourrelationship.com). Grâce à une subvention importante, il a démontré que ce programme en ligne est bénéfique pour les couples, y compris ceux issus de minorités et à faibles revenus qui sont généralement mal desservis en matière de traitements en présentiel. J'ai eu l'immense plaisir de l'accompagner dans cet effort. Nous avons ainsi pu rendre l'IBCT accessible à un plus grand nombre de couples. Le chapitre 14 de ce livre est consacré au programme OurRelationship et explique comment ce dernier peut être intégré aux séances d'IBCT en présentiel.

Beaucoup d'autres personnes méritent d'avoir leur nom dans ces « Remerciements ». Je les citerai dans un ordre plus ou moins chronologique. Robert Weiss, l'un des fondateurs de la thérapie comportementale du couple a été mon superviseur clinique en thérapie du couple pendant mes études supérieures. Sage et avisé, il était la contradiction vivante de tout argument selon lequel les approches comportementales étaient mécanistes. J'ai travaillé sous la responsabilité de Weiss sur mon premier cas de couple, ainsi que sur un groupe de couples, en compagnie d'une autre étudiante, Gayla Margolin, ma cothérapeute. Lorsque Gayla et moi nous sommes retrouvées dans des universités différentes à Los Angeles – Gayla à l'université de Californie du Sud et moi à l'université de Californie à Los Angeles –, nous avons collaboré pour étudier l'impact de la thérapie de couple et de la thérapie familiale grâce à une importante bourse fédérale. Tout au long de notre carrière universitaire et des nombreuses années qui ont suivi, Gayla a représenté la combinaison idéale d'une amie et d'une collègue. Au début de ma carrière à l'UCLA, j'ai rencontré feu Harold Kelley, un psychologue social influent qui voulait asseoir l'étude des relations étroites sur des bases scientifiques solides. Ayant obtenu un financement de la National Science Foundation pour cette entreprise, il m'a invité à me joindre à lui et à un groupe de psychologues cliniciens et sociaux pour rédiger un livre qui donnerait une orientation à ce domaine en plein essor (Kelley et al., 1983 ; 2002). C'était une chance inouïe et cette expérience a eu un impact considérable sur ma façon de penser les relations. Dan Wile, clinicien avisé, a influencé ma réflexion par ses écrits, même s'il partait d'une perspective théorique radicalement différente. Cependant, l'influence la plus directe sur ma réflexion sur les couples en difficulté est sans doute venue de mon travail clinique approfondi avec ces personnes, soit directement par ma pratique privée que j'ai poursuivie tout au long de ma carrière, soit indirectement par l'intermédiaire des thérapeutes que j'ai supervisés. Le chaos où sont plongés des couples et les difficultés qu'ils rencontrent au sein de leur relation constituent une confrontation constante à la réalité pour nos théories et interventions par trop simplificatrices.

Dans le cadre de nos essais cliniques sur l'IBCT, nous avons sélectionné des thérapeutes professionnels expérimentés, réputés et agréés, et nous les avons formés à ce mode de thérapie. Lors de notre premier essai clinique pilote de l'IBCT, nous avons travaillé avec Steve Clancy, Peter Fehrenbach, Joan Fiore, Susan Price et Deborah Wilk. Lors de

notre principal essai clinique sur deux sites, nous avons collaboré avec Alfredo Crespo, Shelly Harrell, Megan Sullaway et Anthony Zamudio à Los Angeles, et Peter Fehrenbach, Carol Henry, Christopher Martel et Deborah Wilk à Seattle. Pour mener à bien ces essais cliniques, nous avons bénéficié de l'aide d'un groupe d'étudiants diplômés talentueux de l'UCLA et de l'université de Washington, qui sont tous aujourd'hui titulaires d'un doctorat. Ils ont procédé à l'évaluation clinique des couples et nous ont assistés dans la gestion des opérations quotidiennes. Brian Baucom, Katherine Williams Baucom, Lisa Benson, Brian Doss, Kathleen Eldridge, Krista Gattis, Janice Jones, Meghan McGinn, Felicia De La Garza Mercer, Mia Sevier et Lorelei Simpson étaient étudiants diplômés avec moi à l'UCLA ; David Atkins, Sara Berns, Jean Yi et Jennifer Wheeler étaient étudiants diplômés dans le cadre du projet à l'université de Washington. Au cours de ses études supérieures et par la suite, David Atkins a été notre gourou en matière de statistiques, analysant les données et nous aidant à leur conférer un sens.

Au cours des dix dernières années, j'ai travaillé avec des cliniciens du ministère américain des anciens Combattants pour former ces derniers à l'IBCT dans l'ensemble du pays. Le Dr Shirley Glynn a coordonné cet effort ainsi que les actions de formation aux traitements fondés sur des données probantes pour les familles des vétérans. Je ne cesse de m'étonner de sa compétence énergique à faire avancer les choses au sein de l'Association des Vétérans et de son enthousiasme au travail. Ses talentueuses assistantes, Anna Lui et Natasha Faber, ne l'ont pas seulement assistée, elles m'ont aussi épaulé dans ce travail. Je suis également reconnaissante à Susan McCutcheon, la directrice des services familiaux de l'Association des Vétérans, pour son soutien à l'IBCT, en particulier, et aux traitements familiaux fondés sur des données probantes, en général. Pour mettre en œuvre cet effort massif de formation, j'ai dû faire appel à des personnes extérieures formées à l'IBCT par moi ou par Neil afin de servir de référents et superviser les stagiaires de l'Association des Vétérans : Jill Compton, Krista Gattis, Kelly Koerner et Stacey Prince, ainsi que Peter Fehrenbach qui, par chance, travaillait au sein de l'association. Parmi eux, nous avons sélectionné les meilleurs pour qu'ils deviennent, à leur tour, référents auprès des nouveaux stagiaires : Brian Abbott, Jennifer Atkins, Tamia Barnes, Kori Blitstein, Adele Brainard, Tracey Carson, Eric Clausel, Barbara Dausch, Michele Decremer, Blake Evans, Peter Fehrenbach, Jennifer Hosler, Greg Inman, Sam Korobkin, Ivette Malavez, Birgitte Miller, Angela Mitchell, Karen Petty, Billy Rutherford, Nate Tomcik et Betty Shadish. Grâce à ce groupe de référents qualifiés, nous avons formé vingt cohortes de thérapeutes, et, à l'heure où j'écris ces lignes, nous sommes en train de former deux cohortes supplémentaires.

Enfin, je remercie ma propre famille. L'une des joies de l'étude et du travail avec les couples et les familles est d'en évaluer les applications dans sa propre famille. Louise Macbeth, mon épouse, et nos enfants, Lisa et Sean, m'ont appris comment l'amour, l'acceptation et le changement sont bénéfiques dans l'agitation quotidienne de la vie familiale

**Andrew Christensen**, Los Angeles, janvier 2020

Dans ses remerciements, Andy a écrit : « *Quelle que soit notre contribution, nous avons été en mesure de faire ce travail parce que nous avons eu des mentors, des modèles et des collègues qui nous ont nourris, soutenus, mis au défi et inspirés* ». Andy a été tout cela pour moi : un mentor, un modèle et, depuis quelques années, un collègue. Je lui suis éternellement reconnaissant de m'avoir pris sous son aile lorsque j'étais étudiant de troisième cycle, d'avoir continué à m'encadrer après l'obtention de mon diplôme et de m'avoir offert des opportunités passionnantes, comme celle d'être coauteur de ce manuel du thérapeute IBCT. Je tiens également à remercier respectivement Julian Libet de l'hôpital de l'Association des Vétérans de Charleston et Doug Snyder de Texas A&M, qui m'ont fait découvrir différentes orientations en matière de thérapie de couple lors de mon internat et de mon premier poste de professeur.

Cela fait plus de 10 ans que nous avons commencé à travailler sur le programme *OurRelationship*, une version d'auto-assistance en ligne de l'IBCT. Comme nous le décrivons dans le chapitre 14, le programme a réussi à étendre la portée de l'IBCT, tout en maintenant son efficacité. Je suis très heureux de présenter ici, pour la première fois, nos idées sur la façon dont le programme en ligne peut être intégré à l'enseignement en présentiel de l'IBCT. Je pense que ces idées ont un potentiel certain pour rendre l'IBCT plus accessible tant aux thérapeutes qui ont moins d'expérience dans le travail avec les couples qu'aux couples qui n'ont pas les moyens de s'offrir un traitement prolongé par IBCT.

Je tiens à remercier les nombreuses personnes impliquées dans le projet *OurRelationship*. Andy, Kelly Koerner, Mark Harrison et Cammy Bean ont tous joué un rôle central dans sa conception initiale. En outre, plusieurs étudiants diplômés ont contribué à le faire évoluer au fil du temps et ont assumé la charge de l'encadrement, de la supervision et, au quotidien, du maintien à flot du projet : Emily Georgia (Salivar), Larisa Cicilia, McKenzie Roddy, Catherine Nowlan, Karen Rothman et Gabe Hatch. Je remercie également McKenzie Roddy et Kayla Knopp pour leurs précieux commentaires sur les versions préliminaires du chapitre 14 de ce livre. Je tiens également à remercier l'Institut national de la Santé infantile et du Développement humain ainsi que l'Administration pour les enfants et les familles pour le financement de ce programme, qui n'aurait pu voir le jour sans leur soutien.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers ma famille, ma femme Mandy et mes enfants, Abby et Matthew. Ils acceptent les délais serrés et l'ordinateur portable omniprésent qui accompagnent ce type de projet. Mais je tiens également à les remercier de m'avoir permis de prendre du temps de jouer au football américain, de taper dans un ballon de « *soccer* », d'assister à une représentation théâtrale au collège, de faire appel à une baby-sitter pour sortir pour un bon dîner ou un concert avec des amis, ou encore de m'évader pour des vacances bien méritées. Ma famille donne du sens à ma vie, me procure du plaisir et me permet de m'épanouir. J'ai beaucoup de chance de les avoir dans ma vie.

Brian D. Doss, Miami, janvier 2020

Je remercie à nouveau Andy Christensen pour sa confiance depuis notre première rencontre lors d'un congrès à Barcelone en 2008, le fait qu'il ait accepté de rencontrer un parfait inconnu certes motivé, grâce au réseau du courant des thérapies comportementales et contextuelles alors naissant en Europe, qu'on nomme la troisième vague des TCC. Je menais un travail de recherche sur le langage d'acceptation et je venais de découvrir les prémisses de l'IBCT dans un texte français aussi rare que la littérature anglo-saxonne est abondante. J'avais voulu enregistrer des thérapeutes TCC de couple en France, et les instances m'avaient tout simplement répondu qu'on n'en connaissait pas. Il fallait donc partir de zéro, et j'avais pris mon bâton de pèlerin. Je remercie également Andy d'avoir accepté à plusieurs reprises par la suite de venir nous apporter la bonne parole à Paris, à l'Université de Lille, en Belgique face au vide sidéral à l'époque en matière de thérapie cognitivo-comportementale de couples en Europe francophone. L'écart est certes colossal entre le background des cliniciens, basé sur les recherches nord-américaines du couple et étayé par des preuves, et la littérature disponible en français. Les traductions conjointes du manuel pour thérapeute et du guide pour couples sont destinées à le combler ce manque, et surtout à constituer une des bases solides pour la formation des psychothérapeutes TCC francophones qui s'intéressent aux couples et aussi pour ceux issus d'autres courants.

Cette double traduction, qui a retenu fort opportunément l'attention de madame Anouk Verlaine, responsable des éditions de Boeck, nous permettra plus que probablement de faire un grand bond dans ce domaine. La complémentarité du manuel thérapeutique et du guide d'auto-assistance va de soi; elle est une garantie pour une véritable pratique et une formation des cliniciens Français qui, souvent, ne disposent que d'un mixte, ou parfois que du seul guide à destination du patient. Ces deux ouvrages ne sont pas des redites, leurs apports différents, mais convergents, s'éclairent mutuellement, ils sont organisés spécifiquement quant à leurs objectifs. Un manuel est, par définition, nécessaire pour assurer d'emblée les bases d'une authentique alliance thérapeutique, celui de l'IBCT n'est pas rigide ou règlementaire, il est flexible, naturel et authentique. Comme le signale Andrew Christensen, l'IBCT ne propose pas un programme pas à pas, *schématique et rigide* qu'on impose ou qu'on dicte, qu'on plaque sur les événements; la rédaction du manuel et son utilisation sont guidées par ce qui caractérise la troisième vague des TCC, la flexibilité psychologique.

L'IBCT est une psychothérapie stratégique, l'acceptation émotionnelle ne préfigure pas un «émotionalisme», au sens où la base de la méthode est «expérientielle». Elle ne se focalise pas sur les contenus de pensées, mais sur les contextes émotionnels. Elle est contextuelle, car le couple en est le contexte. Elle se fonde plus souvent sur des analyses plus dyadiques que fonctionnelles au sens où l'unité d'analyse est l'interaction propre à la dynamique interpersonnelle, celles-ci sont processuelles plutôt que topographiques. L'IBCT intègre les principes de la flexibilité psychologique, qui permettent au thérapeute de réagir dans l'instant à l'enchaînement réciproque, voire circulaire, des événements comportementaux, émotionnels et cognitifs du contexte tels qu'ils se présentent ou surgissent dans le présent, de réagir intelligemment «à ce qui se passe réellement entre les deux partenaires» et sensiblement, par exemple par

l'usage du langage et de son impact émotionnel, en fonction des situations présentes, en respectant les contingences. L'IBCT permet de directement comprendre, faire apparaître et cibler les processus naturels aux couples, aussi bien pathologiques que thérapeutiques qui leur sont opposés point par point. C'est ce qui fait dire à Andy Christensen que l'IBCT n'est pas un modèle formaliste qui s'interposerait entre le thérapeute et ses patients, mais une méthode.

En 2012, nous avons traduit la première version du guide pour couples patients, sans traduire le manuel. Ce premier guide d'auto-assistance a été foncièrement modifié en fonction de l'approfondissement de l'IBCT, alors même qu'une véritable refonte du manuel de l'époque était en cours avec le concours de Brian Doss et l'introduction de l'analyse DEEP. Nous sommes donc heureux de cette double publication qui fait prévaloir l'articulation utile et rationnelle des deux livres ; édités ensemble ils éclaireront mieux la compréhension des interactions thérapeutiques et du développement de la relation couple-patient/thérapeute, grâce à leur usage synchrone bien évidemment. Les actes des trois protagonistes s'étayant, le clinicien pourra alors compléter tous les aspects de l'IBCT.

La traduction présente du livre concrétise notre effort et notre persistance sur plus de dix ans pour donner accès à ce qu'on peut nommer l'ouvrage sur la thérapie de couple la plus actuelle, dont l'efficacité a été le mieux validée, la plus étayée par les recherches empiriques fondamentales et appliquées. L'IBCT est fondamentalement basée sur le couple. Elle restitue les phénomènes dyadiques spécifiques qui s'y déroulent. Elle respecte fondamentalement la démarche scientifique behavioriste.

Je remercie Brian Doss, qui assure la continuité de l'IBCT et qui prendra le relais auprès du public français. Je remercie le Pr Pascal Antoine de l'Université de Lille, qui a favorisé la venue régulière d'Andy Christensen en France pour des ateliers IBCT, le Pr Pierluigi Graziani, président de l'AFTCC, qui a soutenu ce travail par ses conseils et a accepté de participer à une partie de la traduction. Je me réjouis que la traduction que vous avez sous les yeux soit une œuvre collective, de collaboration, de solidarité entre tous les collègues qui, de manière tout à fait altruiste, ont bien voulu répondre à l'appel pour assurer la traduction, et pour offrir l'accès à la méthode IBCT à la communauté des praticiens. L'aide de Vincent Navet et de mes autres collègues s'est révélée précieuse ; Marion Cuddy, Ahmed Radi, Linda Kempe, Benoît Philippot, mes co-traducteurs, avec l'aide de Patricia et Elisa Cuny, ont démontré leur motivation et sont particulièrement conscients de l'intérêt de l'IBCT. En créant ce collectif, nous avons solidairement reconnu notre interdépendance et créé du lien social, une valeur qui est aussi la base du couple. Comme mes honorables collègues, je dédie ce travail à mon fils Alexis et à ma femme Ahou... Le couple et la famille sont des biens précieux, que l'IBCT vous aidera à préserver.

**François Allard, Paris, août 2023**

# Avant-propos

Dans les années 1990, j'ai pu côtoyer le professeur Andrew Christensen et son confrère, le professeur Neil Jacobson, deux chercheurs hautement appréciés et internationalement honorés. À cette époque, ils redéfinissaient l'approche initiale de la thérapie de couple comportementale (Jacobson et Margolin, 1979), il s'agissait d'un modèle qui avait pris de l'importance ces dernières décennies. De plus en plus, les praticiens avaient réalisé le potentiel de cette approche cognitivo-comportementale, qui se fondait sur la recherche empirique et jouissait d'une excellente réputation d'efficacité. Les couples traités par cette approche faisaient habituellement des progrès remarquables : 70 % des couples allaient mieux après le traitement. En coïncidence avec la naissance du courant des sciences comportementales contextuelles, dite troisième vague des TCC, pour Jacobson, ce bilan positif apparaissait brouillé par le fait qu'à peine 46 à 56 % des couples maintenaient ce bon développement après cinq ans. Certes, une amélioration stable, réalisée par les deux partenaires, se retrouve chez 50 % des couples, mais même si ce bilan reste toujours excellent en comparaison avec d'autres approches, Christensen et Jacobson reconnaissent la nécessité d'améliorer davantage cette démarche au sein des couples. Ils s'associent pour proposer une nouvelle conceptualisation et de nouvelles techniques basées sur leurs recherches, dans le but d'aider les couples de manière plus efficace encore.

Pourquoi la dénomme-t-on intégrative ? La Thérapie comportementale intégrative de couple (IBCT) est exemplaire et unique par son histoire, son évolution, parce qu'elle est intégrative, et parce qu'elle a été reconnue comme efficace selon les critères les plus exigeants de validation empirique définis par l'APA. Norcross et Goldfried ont défini les principes d'une intégration cohérente et ses facteurs d'efficacité, comme l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique et de dépasser la mise en œuvre d'une seule pratique lorsqu'on veut l'améliorer en replaçant au centre du dispositif l'intérêt du patient particulier – ici, le couple – avec une nouvelle approche intégrée dans un modèle théorique plus complet et complexe. Il s'agit alors d'assimiler ou d'adapter le meilleur de la théorie et de la pratique, après avoir identifié les méthodes ou composants thérapeutiques initiaux et des nouveaux plus efficaces, en décrivant leurs éléments trans- ou intrathéoriques non contraires, leurs points communs ou divergents, ce qui suppose de mener des études comparatives intramodèle, comme l'ont fait Jacobson et Christensen, qui ont réintroduit l'importance des deux aspects du paradigme

de l'apprentissage opérant de Burrhus Skinner. Pour Andrew Christensen, l'IBCT, sur la base unifiante des sciences contextuelles du comportement, intègre le renforcement des comportements « gouvernés par les règles », soit un changement formel mais en les contextualisant, et le renforcement par « les contingences naturelles », soit un changement plus authentique, introduit par l'acceptation émotionnelle de l'autre. Par souci d'efficacité, l'IBCT intègre des techniques auxquelles d'autres approches peuvent avoir recours, mais elle les utilise autrement, en accord avec ses concepts dans une théorie unitaire. Il ne s'agit donc pas d'« intégrationnisme » qui tournerait à l'éclectisme, comme le souligne J.-M. Boisvert. Dans ce sens, c'est également une méthode aux prémices de la troisième vague des TCC intégrant les processus émotionnels, qui se focalise sur les contextes de changement plus que sur les contenus de pensée... qu'elle ne néglige pas.

Dès ses débuts, leur approche était innovante dans plusieurs sens. Elle met l'accent sur le rôle des différences et des incompatibilités parmi les partenaires pour le fonctionnement du couple. Elle s'éloigne donc de la vision selon laquelle tout peut être changé et modifié ; en revanche, elle déclare la nécessité de la tolérance et introduit le rôle mutuel de l'acceptation émotionnelle en contexte dyadique. Cette méthode, qui a donc été systématiquement raffinée par le professeur Christensen et son équipe, est systématiquement soutenue et perpétuée par les recherches du professeur Brian Doss.

Un but central est de changer les comportements dysfonctionnels sans requérir explicitement leur changement comme une règle. La qualité particulière de cette approche, où l'acceptation ou le compromis sont stimulés, est de procurer une compréhension mutuelle qui fait que le changement est désormais voulu, accepté naturellement et sans réticence. On appelle cela le changement délibéré, direct, voulu, décidé, expérimenté. C'est sans doute Andy Christensen qui a le mieux développé cette distinction entre ces deux types de changement, changement naturel ou accepté et changement délibéré.

Avec l'IBCT, le praticien a une méthode enrichissante et propice, ouvrant des possibilités et la flexibilité du travail thérapeutique avec les couples. Je suis reconnaissant envers les traducteurs et très heureux que cette approche soit accessible en langue française. C'est une aubaine pour les couples francophones aussi bien que pour les thérapeutes en France, en Belgique, au Canada et en Suisse romande.

**Pr Dr Guy Bodenmann, Université de Zurich (Suisse)**

# Préface

Près de vingt-cinq ans se sont écoulés depuis que Christensen et feu Neil Jacobson ont écrit la première édition de ce manuel de thérapie comportementale intégrative du couple (Jacobson & Christensen, 1996). Pendant cette période, de nombreux développements ont eu lieu dans le domaine de l'IBCT qui justifient amplement une révision. L'évolution la plus importante pour un livre à orientation clinique comme celui-ci est que nous avons largement diffusé l'IBCT et que cette diffusion nous a obligés à élaborer l'IBCT de manière à la rendre plus accessible aux cliniciens et aux couples.

L'IBCT est un traitement de couple basé sur des principes. En tant que tel, il ne fournit pas de recettes de traitement, de procédures étape par étape pour chaque session, d'organigrammes élaborés ou d'arbres de décision sur quoi faire et quand le faire.

Peu après la rédaction du manuel de traitement original, un collègue l'a lu et nous a félicités pour le livre, mais nous a demandé : « Avez-vous aussi un manuel thérapeutique pour l'accompagner ? » Il était partisan des manuels détaillés précisant le comportement approprié à adopter par le thérapeute à chaque étape du traitement et pensait qu'il devait exister un volume d'accompagnement. Nous avons dû l'informer qu'il s'agissait bien de notre manuel de traitement.

Du fait que le manuel original de traitement était basé sur des principes, nos premiers essais cliniques impliquaient une supervision intensive des thérapeutes. Les thérapeutes enregistraient chaque séance sur vidéo ; Christensen et Jacobson visionnaient tout ou partie de ces bandes vidéo et consultaient les thérapeutes avant chaque séance. Nous avons ainsi pu clarifier pour les thérapeutes la mise en œuvre de ces principes pour une grande variété de couples. Sur la base des résultats positifs de ces essais cliniques, le ministère américain des anciens Combattants a sélectionné l'IBCT comme l'un de ses traitements en raison de ses données probantes pour les couples. Par conséquent, depuis 2010, Christensen s'est fortement impliqué dans la formation des thérapeutes de l'Association des Vétérans à l'IBCT. À ce jour, plus de 500 professionnels de la santé mentale agréés ont participé au vaste programme de formation à l'IBCT de l'Association des Vétérans, qui comprend un atelier de plusieurs jours et au moins six mois de supervision hebdomadaire pendant lesquels le stagiaire pratique l'IBCT avec deux ou plusieurs couples et reçoit des commentaires sur les enregistrements audio d'au moins 20 séances avec ces couples.

Comme pour la supervision des essais cliniques, cet effort de formation nous a demandé d'articuler et d'illustrer en détail comment appliquer les principes de l'IBCT avec les couples. À partir de 2009, Doss a mené un effort important pour adapter les principes de l'IBCT à un programme en ligne pour les couples, [www.ourrelationship.com](http://www.ourrelationship.com). Les grands principes de cette thérapie ont été concrétisés par du texte, des animations, des illustrations vidéo et du matériel interactif dans lequel les participants répondaient à des questions, recevaient un retour d'information en ligne et étaient guidés par le programme dans une série de conversations avec leur partenaire. Comme pour les essais cliniques et la diffusion par l'intermédiaire de l'Association des Vétérans, cette adaptation a nécessité que nous articulions la manière dont les principes seraient appliqués dans diverses situations. Par conséquent, dans cette version révisée de notre livre sur l'IBCT, nous avons conservé les principes fondamentaux de la méthode, mais nous les avons développés plus en détail et nous avons inclus une multitude d'illustrations qui devraient permettre au clinicien de comprendre plus facilement non seulement les principes, mais aussi les diverses façons dont ils peuvent être appliqués. Environ les deux tiers du contenu de ce livre sont neufs. Si notre confrère cité plus haut lit cette version révisée, il ne se posera peut-être plus la même question.

Au cours des vingt-cinq dernières années, de nombreux travaux de recherche appliquée ont été consacrés à l'IBCT. L'annexe A énumère toutes les publications actuelles résultant de cette recherche. Les essais cliniques, l'effort de diffusion par le biais de l'Association des Vétérans et le programme en ligne ont tous conduit à la publication de recherches sur l'IBCT. Bien que ce livre soit principalement destiné aux cliniciens, nous résumerons brièvement cette recherche à certains moments du livre pour montrer non seulement que l'IBCT conduit à des résultats bénéfiques pour les couples, mais aussi pour expliquer comment elle conduit à ces résultats et comment des sous-groupes importants bénéficient de l'IBCT (par exemple, les couples issus de communautés minoritaires, les couples où se produit une infidélité, les couples au sein desquels un des partenaires instille un certain niveau de violence). Nous passons aussi brièvement en revue certaines recherches fondamentales qui soutiennent des interventions particulières dans le cadre de l'IBCT, telles que la réunion empathique et le détachement unifié.

Tout au long du livre, nous illustrons nos propos en nous référant à des couples spécifiques. Nous mentionnons généralement ces couples par leur nom. Dans de nombreux cas, il s'agit de couples que nous avons vus directement ou indirectement dans le cadre de notre travail de thérapie, de formation, de supervision et de recherche. Cependant, nous avons sélectionné ces couples comme des exemples typiques, ce sont des types de couples et des types de problèmes qui se présentent régulièrement en thérapie de couple. Nous décrivons souvent comment un thérapeute IBCT pourrait travailler avec ces couples. À d'autres moments, nous décrivons non seulement des couples spécifiques et leur comportement, mais aussi ce qu'un thérapeute IBCT a réellement dit ou fait avec eux. À d'autres moments encore, nous décrivons des couples en détail et incluons des transcriptions de certaines de leurs séances de thérapie,

ainsi que nos commentaires sur le couple et le thérapeute. Dans ces deux derniers cas, lorsque nous disons ce qu'un thérapeute IBCT a fait ou que nous fournissons des transcriptions détaillées de la séance, nous nous référons à des couples spécifiques et réels. Cependant, nous avons rendu ces couples anonymes afin de protéger leur identité sans sacrifier la réalité clinique du couple. Les transcriptions reprennent mot pour mot ce que le couple et le thérapeute ont dit, avec quelques modifications mineures, pour supprimer les informations permettant d'identifier le couple et d'améliorer la lisibilité du cas. Certains de ces cas sont tirés du livre original et d'autres sont nouveaux. Certains proviennent de nos essais cliniques et d'autres de notre propre travail avec les couples ou de la formation d'autres thérapeutes de couple. Nos commentaires sur ces transcriptions discutent de ce que le thérapeute a bien fait ainsi que des erreurs qu'il a commises, car nous pensons qu'il est utile de montrer des exemples positifs de l'IBCT, tout comme les opportunités manquées ou des erreurs commises dans la pratique de l'IBCT. Nous n'avons pas mentionné les noms des thérapeutes afin de protéger leur identité.

Nous commençons le livre au chapitre 1 par la description détaillée d'un couple composite, Hugo et Maryline. Nous leur rendrons visite tout au long de ce livre, en montrant comment l'IBCT conceptualiserait leurs difficultés et comment l'IBCT pourrait travailler avec eux.



# **PREMIÈRE PARTIE**

## **Vue d'ensemble de la détresse du couple et de la thérapie**



# CHAPITRE 1

## Un couple en détresse

Considérons l'histoire d'un couple, Hugo et Maryline, leur histoire personnelle, l'histoire de leur relation, leur première séance de thérapie de couple et les multiples défis qu'ils représentent pour un thérapeute de couple. L'étude de ce cas permettra de présenter la thérapie de couple et en particulier l'IBCT. Cependant, l'histoire d'un couple est constituée en réalité de deux histoires, chaque partenaire a une histoire à dire, qui diffère généralement et de manière importante de l'histoire dite par l'autre.

### 1. Mise en contexte



Vignette  
clinique

#### La version de Maryline

« Depuis la naissance de Jérôme, notre premier et unique enfant, il y a un peu plus de quatre ans, notre mariage s'est dégradé. Jérôme était un bébé difficile, très capricieux, petit dormeur, facilement excité et bouleversé. Je trouvais épuisant de m'occuper de lui, j'ai l'impression de ne jamais avoir passé une bonne nuit de sommeil durant les deux premières années de sa vie. Hugo ne m'a été d'aucune aide et il n'a fait que faire empirer les choses. Il refusait que je réconforte autant Jérôme et voulait que je le laisse "pleurer tout son soûl". Donc, non seulement, il ne m'a pas aidée, mais il m'a beaucoup critiquée quant à mon comportement vis-à-vis de Jérôme.

Vers ses deux ans, je me suis rendu compte que Jérôme ne se développait pas correctement : il ne parlait pas beaucoup, il se contentait généralement de phrases composées d'un seul mot pour s'exprimer. Je ne pouvais pas faire part de mes inquiétudes à Hugo, car il me disait que j'exagérais et que je "cajolais" trop notre enfant. Il me rendait donc responsable de façon directe et indirecte de ses problèmes. J'ai emmené Jérôme chez différents pédiatres et psychologues. Tous étaient d'accord : notre fils présentait un retard du développement, et son langage était nettement inférieur à la normale. Il a aussi des problèmes de comportement : il pique énormément de crises, en partie parce qu'il n'arrive pas à exprimer ses besoins et ses désirs et qu'il se sent frustré. Il ne joue pas

normalement avec les autres enfants, il prend leurs jouets ou il se montre agressif envers eux. Mais il peut aussi se montrer très gentil et affectueux, surtout avec moi. Personne n'arrive à se mettre d'accord sur un diagnostic ou même sur la nécessité de poser un diagnostic. Il est inscrit dans un programme préscolaire adapté. Je souhaite simplement lui apporter toute l'aide nécessaire pour qu'il développe son potentiel, quel qu'il soit.

Hugo n'a pas une grande estime pour les professionnels de la santé mentale et il accorde peu de crédit à ce que les psychologues disent de Jérôme. Il était vraiment réticent à l'idée de suivre une thérapie de couple, mais notre relation s'est à ce point dégradée qu'il a accepté d'essayer. Sa manière d'interagir avec Jérôme me semble si stricte et si peu aimante. Il s'irrite facilement. Sa seule méthode avec Jérôme est la punition, il le prive de ses jouets, il l'enferme dans sa chambre, il éteint les dessins animés et crie souvent "non". J'ai souvent l'impression de devoir protéger notre fils de son propre père. Je n'aime pas dire cela, mais je ne pense pas que Hugo soit un bon père. À mes yeux, il est égoïste et peu aimant.

Je me sens tellement rebutée par l'attitude de Hugo que je n'ai pas envie d'être proche de lui. De temps en temps, il essaie d'initier des relations sexuelles ou cherche de l'affection auprès de moi, mais cela ne m'intéresse tout simplement plus. J'aimerais lui parler de mes inquiétudes par rapport à Jérôme, mais je sais d'avance qu'il me fera la morale, donc j'évite souvent mon mari. Le soir, je dois généralement m'allonger auprès de Jérôme pour qu'il puisse s'endormir. Ensuite, je m'endors à ses côtés. Je me retrouve donc dans la chambre de Jérôme une bonne partie de la nuit. De cette manière, je n'ai pas à être avec Hugo ni à m'occuper de lui quand il va se coucher.

J'aimerais vraiment avoir un deuxième enfant. J'ai toujours rêvé d'avoir une fille. Mais étant donné la mauvaise relation qui s'est installée entre mon mari et moi, je sais que ce serait de la folie. Parfois, je pense que la seule chose à faire serait de nous séparer, mais cela me fait vraiment peur. »



**Vignette  
clinique**

### **La version de Hugo**

« Je trouvais que notre mariage se passait plutôt bien jusqu'à la naissance de notre fils Jérôme. Ensuite, Maryline s'est surimpliquée avec Jérôme. Je pense qu'elle se prend pour une super maman. Elle doit tout faire avec lui. Elle est également anxieuse et surréagit aux événements. Aussitôt que Jérôme est né, elle a tout de suite pensé que quelque chose n'allait pas chez lui. Elle l'a emmené chez toutes sortes de psychologues et pédiatres qui n'arrivent pas eux-mêmes à se mettre d'accord sur ce qui ne va pas chez lui, si ce n'est qu'il est très lent dans son développement. Les enfants se développent à des rythmes différents. Je me souviens que ma famille s'inquiétait pour un cousin qui se développait lentement, et pourtant, il s'en est bien sorti.

Si quelque chose ne va pas avec Jérôme, c'est à cause du fait que Maryline le laisse s'en tirer à bon compte. Elle ne le stimule pas du tout. Elle n'insiste pas pour qu'il fasse les choses de manière autonome. Elle anticipe ses besoins pour qu'il n'ait pas à utiliser le langage. Si les enfants ne sont pas contraints à apprendre, ils ne le font pas. Actuellement, il ne peut toujours pas s'endormir seul. Elle se couche avec lui le soir et finit souvent par passer la moitié de la nuit près de lui. Combien de temps va-t-elle continuer à se comporter ainsi ? Comment va-t-il apprendre à s'endormir tout seul, si elle le chouchoute de cette manière ?

Notre relation est inexistante. On dirait que Maryline n'a pas envie d'être avec moi, son propre mari. Si j'essaie d'initier des rapports sexuels, elle m'envoie balader. Ou bien elle fait l'amour de temps en temps, par obligation. Elle ne veut même pas m'embrasser ni se blottir contre moi sur le canapé ou dans le lit. Je pensais que les femmes étaient censées aimer recevoir de l'affection. Mais elle est tellement névrosée par Jérôme qu'elle ne peut même pas se centrer sur moi.

Maryline parlait souvent d'un deuxième enfant. Nous avions toujours prévu d'en avoir deux, et Jérôme a maintenant 4 ans. Mais pour avoir un enfant, il faut faire l'amour ! Je pense, en fait, qu'elle s'impliquerait encore plus dans son rôle de super maman. Et si ce deuxième enfant n'était pas parfait, elle passerait son temps à s'inquiéter pour lui autant qu'elle le fait avec Jérôme. Et moi, je tomberais encore plus bas, si toutefois c'est possible. »

## 2. L'histoire de la relation entre Maryline et Hugo

Hugo et Maryline se sont rencontrés dans un cabinet de conseil comptable, où Hugo était associé junior. Maryline y occupait un poste d'employée de bureau et économisait de l'argent pour entrer à l'université. Hugo a tout de suite été attiré par le physique et la personnalité de Maryline. Elle était chaleureuse, enjouée, sensuelle et aimait s'amuser. Maryline, pour sa part, a été séduite par le dynamisme et l'ambition de Hugo. Elle a été impressionnée par la façon dont il avait travaillé durant ses études et par le fait qu'il avait été le premier de sa promotion à atteindre le poste d'associé junior au sein de la firme.

Hugo a trouvé en Maryline un refuge par rapport à sa vie focalisée sur le travail. Il pouvait se détendre avec elle, s'amuser et se sentir vraiment régénéré, c'était rafraîchissant. Il aimait aller chez elle parce qu'il s'y sentait comme chez lui, contrairement à son appartement aseptisé. Sa chaleur rayonnait en lui.

De son côté, Maryline se sentait en sécurité avec Hugo. C'était un homme qui prêtait attention aux détails, qui avait une vision claire de l'avenir et qui allait de l'avant. Il savait se surpasser, il était solide et sûr de lui.

La phase de séduction mutuelle fut rapide et excitante, ce qui a conduit à un mariage 9 mois plus tard. Un an après leur mariage, Jérôme est né.

## 3. Les histoires familiales de Maryline et Hugo

Maryline est issue d'une famille modeste, mais très unie. Ses parents occupaient des emplois peu qualifiés et tiraient l'essentiel de leur joie de vivre de la famille. Ils formaient un « couple centré sur l'enfant », qui avait tendance à sacrifier ses propres besoins au bénéfice de leurs quatre enfants. L'un d'eux est né trisomique ainsi qu'avec différents problèmes physiques. La famille s'est concentrée sur les soins à lui apporter,

jusqu'à ce qu'il meure à l'âge de 8 ans. Ce décès a été une tragédie majeure pour la famille qui a mis des années à s'en remettre.

Maryline était séduisante et attirait l'attention des hommes. Elle avait eu plusieurs relations avant de rencontrer Hugo, mais les hommes avec lesquels elle était sortie lui avaient semblé immatures. Ils ne cherchaient qu'à s'amuser, et à ses yeux, leurs objectifs professionnels étaient soit irréalistes, soit inexistantes. Elle souhaitait une vie financièrement plus sécurisante que celle qu'elle avait connue avec sa famille. Elle a été immédiatement attirée par l'ambition de Hugo et son parcours professionnel.

Le père de Hugo est décédé alors qu'il était très jeune, et sa mère l'a élevé en enfant unique. Elle s'est pleinement consacrée à lui, lui donnant autant d'opportunités que son budget limité le lui permettait, encourageant ses réussites, le couvrant d'amour et de reconnaissance. Aujourd'hui encore, elle est ravie de tous ses succès professionnels ; il a d'ailleurs souvent déploré que sa mère s'intéresse davantage à ses réussites que sa femme.

Hugo avait eu un certain nombre de petites amies avant de rencontrer Maryline, mais une fois passé l'attrait de la nouveauté, il lui arrivait souvent de trouver ces filles égoïstes et superficielles. Il recherchait la chaleur et la générosité qu'il vivait dans sa propre famille, auprès de sa mère. Il pensait les avoir trouvées auprès de Catherine, une de ses anciennes petites amies, et il a vécu presque un an avec elle. Catherine disposait de la garde partagée de sa fille de 6 ans, Alix, née d'une première union et qui vivait la moitié du temps avec eux. Hugo aimait profiter de Catherine quand Alix était avec son père, mais quand la petite fille était avec eux, Hugo se sentait exclu, comme la cinquième roue du carrosse. Il avait le sentiment que Catherine s'occupait constamment d'Alix et la préférait à lui ; il ne sentait pas à l'aise pour endosser un quelconque rôle parental auprès d'Alix. Il décida qu'une partenaire qui n'était disponible pour lui qu'à mi-temps ne lui suffisait pas, et il mit fin à leur relation. Lorsqu'il rencontra Maryline, il fut immédiatement attiré par elle. Outre l'attrance physique qu'il éprouvait pour elle, bien plus intense que celle qu'il avait ressentie pour Catherine, Maryline semblait avoir la chaleur et l'affection qu'il recherchait. En plus, elle n'avait pas d'enfant d'une précédente relation.

## **4. La situation actuelle de Hugo et Maryline**

Hugo et Maryline travaillent toujours dans le cabinet comptable où ils se sont rencontrés. Hugo est maintenant devenu associé principal et il est souvent dépassé par la quantité de travail. Il entretient des relations cordiales, mais distantes avec les autres membres du cabinet. Comme dans la majeure partie de sa vie, il a peu d'amis proches. Il reste en contact avec son colocataire de l'université et son meilleur ami du lycée, mais tous deux vivent à l'autre bout du pays. Ses principales sources d'interaction sociale sont Maryline et sa mère, à laquelle il téléphone souvent, étant donné qu'elle n'habite pas dans leur ville.

Maryline a obtenu un poste de direction du personnel au sein de l'entreprise, mais elle a préféré prendre un temps partiel après la naissance de Jérôme, même si cette décision a pesé sur leurs finances. Lorsque Maryline travaille, ils paient la garderie et la crèche de Jérôme. Les parents de Maryline et la mère de Hugo seraient ravis de les aider, mais ils sont trop éloignés pour pouvoir le faire régulièrement. Hugo était d'accord pour que Maryline réduise son temps de travail à mi-temps, car il voyait que cela était vraiment important pour elle d'être présente pour leur fils, mais il avait aussi espéré que cela libérerait plus de temps à Maryline pour leur relation de couple. Hélas, ce n'est pas ce qui s'est produit, il a été très déçu.

## 5. Première séance de thérapie de couple

En réponse à la question du thérapeute sur ce qui les avait amenés à entamer une thérapie de couple, Hugo a immédiatement commencé par reconnaître que c'était d'abord l'idée de Maryline et qu'il n'était pas convaincu qu'entamer une thérapie l'aiderait beaucoup, mais comme leur relation n'était vraiment pas au beau fixe, si la thérapie pouvait les aider, il était ouvert à cette possibilité. Il a continué à dresser une liste de ses plaintes sur le mariage, en particulier le manque d'affection, le manque de sexe, et même le manque de temps passé ensemble. Maryline a répondu sur la défensive, en expliquant ses inquiétudes par rapport à Jérôme, les différents problèmes que l'enfant présente et le temps nécessaire pour s'occuper de lui. Hugo l'a interrompue et a suggéré que le problème était davantage dû à son «anxiété malade à propos de Jérôme» qu'à un quelconque problème avec le petit. Le thérapeute a essayé de limiter les interruptions et de donner à chaque partenaire une chance de s'exprimer. Maryline est passée de ses inquiétudes par rapport à Jérôme aux conflits qu'elle et Hugo ont à propos de leur fils, à l'extrême sévérité de Hugo envers lui, allant même jusqu'à se demander si Hugo aime vraiment Jérôme.

Hugo s'est défendu en argumentant sur l'importance d'avoir des attentes élevées envers les enfants et en disant qu'il n'avait jamais frappé physiquement ou maltraité verbalement Jérôme et qu'il ne le ferait jamais. Maryline a reconnu qu'il n'y avait pas eu de maltraitance, mais elle a exprimé l'incompréhension de son mari à l'égard de leur fils et ses attentes irréalistes envers lui. Cela a mené à une dispute pour savoir qui avait réellement des attentes irréalistes. Le thérapeute a fait dévier la discussion et la dispute et a demandé si ce genre d'affrontement était typique lorsqu'ils essayaient de discuter de Jérôme. Ils ont reconnu que oui, qu'ils se disputaient souvent lorsqu'ils discutaient de leur enfant, mais comme les disputes n'aboutissaient à rien, ils évitaient souvent de parler de lui. En recourant à une enquête plus approfondie, Maryline et Hugo ont évoqué leur évitement global d'une discussion constructive. Ils s'occupaient toujours des détails pratiques du foyer de manière courtoise, mais vivaient de plus en plus «séparément», Maryline s'occupant principalement de leur fils et Hugo ramenant du travail à la maison.

Le thérapeute a rebondi sur ces commentaires pour orienter la discussion sur leur relation en dehors de Jérôme, en demandant à Maryline de commenter sa vision de

leur relation, puisque Hugo venait d'indiquer son insatisfaction en matière d'affection et de relations sexuelles. Maryline a reconnu qu'ils avaient peu de contacts physiques l'un avec l'autre, mais elle s'est plutôt centrée sur la froideur du climat émotionnel qui régnait entre eux. Elle avait l'impression que Hugo était toujours en colère ou contrarié contre elle à propos de Jérôme, à cause du manque de relations sexuelles ou de tout et de rien. Elle n'était pas toujours certaine de ce qui le mettait en colère, mais s'il était dans cet état, c'était généralement à cause d'elle. Sa colère la poussait à s'éloigner davantage de lui. Pour quelle raison aurait-elle envie de se rapprocher de quelqu'un qui semblait toujours en colère contre elle ? Hugo a reconnu qu'il s'emportait parfois contre elle, mais il a insisté sur le fait qu'elle gardait ses distances, quel que soit ce qu'il ressentait. Il a ajouté : « *Elle a érigé un mur d'un mètre d'épaisseur autour d'elle, et le seul à pouvoir le franchir, c'est Jérôme.* »

## Les challenges du thérapeute de couple.

Un couple comme Hugo et Maryline présente de nombreux défis pour un thérapeute de couple. Le premier est de savoir si la thérapie de couple est appropriée à leur cas.

- Peut-être Jérôme a-t-il besoin d'une évaluation clinique approfondie pour que le couple puisse déterminer une fois pour toutes s'il a des problèmes et, si oui, lesquels.
- Peut-être Maryline devrait-elle être orientée vers une thérapie individuelle pour gérer son anxiété à l'égard de son enfant.
- Ou peut-être Hugo a-t-il besoin d'une thérapie pour gérer l'ambivalence dont Maryline a suggéré l'existence chez lui quant à être vraiment un *parent*.



### EN PRATIQUE

Un thérapeute de couple ne recommandera pas immédiatement une thérapie individuelle, et ce pour deux raisons.

- Premièrement, le couple est venu chercher une thérapie et il est généralement préférable de rencontrer le patient là où il en est et d'aborder le problème qu'il rencontre.
- Deuxièmement, faire référence à une thérapie individuelle pour Jérôme, Maryline ou Hugo jouerait un rôle dans le conflit du couple et dans la thérapie :
  - a) en endossant l'inquiétude de Maryline, qui pense que Jérôme présente vraiment des problèmes psychologiques et a besoin d'une aide psychologique ;
  - b) en endossant le point de vue de Hugo, qui pense que Maryline est « névrosée » ;
  - c) en endossant le point de vue de Maryline qui pense que Hugo n'est pas totalement prêt à être père.

Ainsi, un thérapeute de couple, et certainement un thérapeute IBCT, considérera que Hugo et Maryline présentent un problème de couple et sont candidats à une thérapie de couple, sans nécessairement rejeter les préoccupations individuelles présentées par les partenaires, mais toujours dans le cadre de la thérapie de couple.

Un couple en détresse, comme celui que forment Hugo et Maryline, présente une pléthore de problèmes sur lesquels un thérapeute de couple pourrait se concentrer. Le problème le plus évident entre Hugo et Maryline est leur désaccord sur Jérôme et la façon de gérer ce différend. Ils ont aussi clairement des problèmes concernant leur relation physique et, en général, il semble y avoir une absence d'interaction positive. Si nous nous décentrons du contenu de leurs difficultés, de leurs désaccords spécifiques, le processus par lequel ils gèrent ces difficultés est lui-même problématique. Ils ont clairement des problèmes de communication dans la mesure où leurs discussions sur Jérôme sont marquées soit par le désaccord, soit par l'évitement. L'évitement semble également affecter leur relation physique, les rapports sexuels sont rares et ils n'en parlent pas. Leurs réflexions sur leur relation sont caractérisées par des points de vue suspicieux et parfois de la méfiance envers l'autre.

Hugo suppose que Maryline ne l'aime pas ; Maryline se demande si Hugo aime Jérôme. De fortes réactions émotionnelles négatives l'un envers l'autre caractérisent toute discussion sur leurs difficultés. Si nous essayons de regarder au-delà de ces réactions émotionnelles négatives immédiates, de surface, nous pouvons supposer que Hugo se sent extrêmement négligé par Maryline et nourrit peut-être même de la jalousie à l'égard de l'amour qu'elle dispense à Jérôme. Maryline peut se sentir abandonnée dans son rôle exigeant et difficile de mère qu'elle doit assumer sans le soutien de son mari.

Les problèmes des couples en détresse sont généralement nombreux et évidents. Quelle est la difficulté majeure ? Sur quel problème se concentrer en premier lieu ? Comment conceptualiser les problèmes et les aborder en thérapie ?

Les thérapies de couple diffèrent dans leurs réponses à ces questions parce que chaque approche propose une théorie différente de la détresse, un ensemble de points de vue différents pour expliquer comment deux personnes qui se sont choisies par amour et qui se sont vraisemblablement choisies parce qu'elles allaient si bien ensemble sont maintenant confrontées à de telles difficultés.

Afin de comprendre la méthode IBCT et sa théorie sur la détresse du couple, nous allons d'abord décrire comment chacune des principales thérapies de couple fondées sur des preuves conceptualise la détresse et le traitement. En tant que lecteur, cela vous permettra de comprendre le contexte dans lequel l'IBCT a vu le jour et en quoi elle se distingue des autres approches, notamment des approches comportementales avec lesquelles elle partage des fondements conceptuels théoriques très importants. Par conséquent, dans le chapitre 2, nous décrirons les trois approches de la thérapie de couple différentes de l'IBCT, qui ont été les plus validées empiriquement. Nous discuterons des manières dont elles conceptualisent la détresse et son traitement et nous les comparerons aux spécificités de l'IBCT. Dans le chapitre 3, nous aborderons ensuite en détail la façon unique qu'a l'IBCT d'analyser la détresse relationnelle, ce que nous appelons *l'analyse DEEP* de la détresse. Ces deux chapitres utiliseront le cas de Hugo et Maryline comme exemple. Ensuite, nous entrerons dans le détail de la méthode IBCT à partir du chapitre 4 et lors des suivants, en abordant

l'évaluation du couple, la séance de feed-back au cours de laquelle les informations sont partagées avec le couple, la phase de traitement actif de l'IBCT, son terme et des questions spécifiques à la thérapie de couple. Ces chapitres décrivent les stratégies et procédures spécifiques de l'IBCT. Nous terminerons par un chapitre décrivant une adaptation récente de ses principes à une intervention en ligne, *OurRelationship*, et la manière dont ce programme peut être intégré à l'IBCT en présentiel. Bien qu'il s'agisse d'un livre destiné aux cliniciens, décrivant les stratégies et les procédures de l'IBCT, nous avons également inclus tout au long de l'ouvrage de brèves descriptions des recherches approfondies qui soutiennent l'IBCT, y compris les recherches qui soutiennent la récente adaptation en ligne.

## CHAPITRE 2

# Pourquoi se faire la guerre et comment la thérapie de couple restaure la paix ?

Parmi les nombreuses approches de thérapie de couples, certaines ont fait leurs preuves grâce à des études d'efficacité les plus rigoureuses, à savoir les essais cliniques randomisés. Dans ces études, les couples en détresse sont assignés de manière aléatoire à différents traitements, soit dans un groupe expérimental et un groupe témoin, puis les résultats sont évalués à la fin du traitement et, souvent, au cours d'une période de suivi. Par rapport aux couples du groupe témoin, les couples traités obtiennent généralement de meilleurs résultats en matière de satisfaction dans la relation ainsi que dans d'autres mesures additionnelles, telles que la communication ou l'engagement dans la relation. Ou encore dans d'autres études, les couples soumis à une nouvelle prise en charge obtiennent des résultats aussi bons, voire meilleurs, que les couples soumis à une prise en charge plus ancienne qui a déjà été évaluée par rapport à un groupe témoin.

Quatre approches différentes de thérapie de couple ont été testées au cours de plusieurs de ces essais cliniques randomisés :

1. La Thérapie de Couple Comportementale « Traditionnelle » (TBCT, initialement appelée TMC, Thérapie Maritale Comportementale; Jacobson & Margolin, 1979);
2. la Thérapie de Couple Cognitivo-Comportementale (TCCC; Baucom & Epstein, 1990);
3. la Thérapie de Couple Centrée sur les Émotions (TCCE; Greenberg & Johnson, 1988; Johnson, 2015);

4. la Thérapie Comportementale Intégrative du Couple (TCCI, Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995 ; Jacobson & Christensen, 1996, Christensen, Dimidjian, & Martell, 2015), qui fait l'objet du présent ouvrage.

D'autres approches ont été testées dans le cadre d'un essai clinique randomisé, comme la Thérapie de Couple Orientée vers l'Introspection (Snyder & Wills, 1989) et la Thérapie Systémique Intégrative de Couple (Goldman & Greenberg, 1992). Bien que ces essais cliniques démontrent que ces approches conduisent à une plus grande satisfaction dans la relation, il n'y a pas suffisamment de preuves comparatives pour conclure qu'une de ces prises en charge est meilleure pour l'ensemble des couples ou meilleure pour un sous-ensemble particulier de couples<sup>1</sup>.

Nous nous concentrerons sur les quatre premières approches ci-dessus, car celles-ci ont démontré plus d'efficacité et sont largement les plus pratiquées parmi les thérapies de couple qui reposent sur des preuves scientifiques. Nous décrirons d'abord les similitudes et les différences entre ces thérapies de couple, en insistant particulièrement sur les similitudes et les différences entre l'IBCT et les autres thérapies. Pour organiser cette analyse, nous décrirons six principes fondamentaux qui, selon nous, sont sous-jacents à toutes les approches de thérapie de couple dont l'efficacité a été prouvée. Pour chacun de ces principes, nous montrerons quelles sont les différences entre les thérapies, en mettant l'accent sur la façon dont l'IBCT diffère de ces autres thérapies, en particulier des thérapies comportementales. Notre analyse est basée sur Christensen (2010) et Benson, McGinn, et Christensen (2012). Nous décrirons ensuite brièvement les preuves qui soutiennent l'efficacité de l'IBCT.

## **1. Six principes fondamentaux des thérapies de couple dont l'efficacité est étayée par des preuves**

### **1) Intervenir à partir d'un cadre conceptuel cohérent**

Chaque thérapie de couple fondée sur des preuves dispose d'un cadre conceptuel cohérent qu'elle utilise pour comprendre le développement et le maintien de la détresse du couple et pour intervenir sur cette dernière. La détresse relationnelle a particulièrement interpellé les scientifiques, car les partenaires se choisissent par amour et s'engagent l'un envers l'autre en raison des gratifications qu'ils tirent de leur relation. Comment cet amour et cet engagement initiaux en arrivent-ils à se détériorer pour aboutir à l'insatisfaction, à la séparation et au divorce ?

---

1. Pour plus de détails sur les données probantes relatives à ces approches, voir Briggs, Finley et Sprenkle, 2015 ; Lebow, Chambers, Christensen et Johnson, 2012 ; Snyder et Halford, 2012.

La **TBCT**<sup>2</sup> repose en grande partie sur les principes skinnériens du conditionnement opérant (Skinner, 1966), selon lesquels le comportement est renforcé par ses conséquences.



### DÉFINITION

Le **conditionnement opérant** (aussi appelé instrumental ou de type II) est un concept behavioriste initié par Thorndike, dans sa loi de l'effet, et développé par Skinner selon lequel un individu apprend à associer un comportement à un stimulus (positif ou négatif), ce qui influence la probabilité que ce comportement se reproduise ou, au contraire, se raréfie à l'avenir. Ainsi, l'individu agit (opère) sur son milieu, contrairement au conditionnement classique (pavlovien), où l'individu réagit de manière réflexe et conditionnée.

La TBCT se concentre sur le renforcement que les partenaires s'apportent mutuellement et suggère que la satisfaction que les partenaires trouvent l'un chez l'autre au début de la relation se détériore en raison de deux processus principaux : l'érosion du renforcement (Jacobson & Margolin, 1979) et la coercition (Patterson & Hops, 1972).



### DÉFINITION

L'**érosion du renforcement** fait référence à une détérioration, au fil du temps, de l'impact des récompenses que les partenaires s'accordent mutuellement : les plaisanteries du mari ou les compliments de la femme peuvent perdre une partie de leur pouvoir positif ou attractif à force d'être répétés<sup>3</sup>.

La **théorie de la coercition** fait référence à un processus d'escalade des renforcements négatifs et positifs qui se produit souvent lorsque les partenaires ont un conflit d'intérêts.



### Vignette clinique

Un mari fait pression sur sa femme pour aller rendre visite à sa mère, qu'elle n'apprécie pas. La femme accompagne son mari beaucoup plus souvent qu'elle ne le souhaiterait, en raison du renforcement négatif qui correspond à la fin d'un stimulus aversif (le comportement désagréable et pressant du mari cesse lorsqu'elle accepte de lui rendre visite), et il continue à faire pression sur elle en raison du renforcement positif, qui correspond à l'apparition d'un stimulus positif conséquent (il est récompensé pour son comportement pressant parce qu'elle accepte de rendre visite à sa mère). Ces comportements peuvent persister en raison du renforcement intermittent qu'ils procurent (la femme cède parfois, mais pas toujours, aux pressions de son mari). En outre, l'escalade se produit généralement dans ce processus par le biais du principe de renforcement par façonnage : étant donné que la femme n'aime vraiment pas rendre visite à sa mère, le mari peut avoir besoin d'avoir recours à des niveaux de pression de plus en plus élevés pour obtenir son accord. Du point de vue du renforcement, elle l'incite à se montrer de plus en plus coercitif, car elle ne se plie à ses exigences qu'après avoir subi des niveaux de coercition plus

2. TBCT Traditional Behavioral Couple Therapy : nouvelle dénomination de la BMT Behavioral Marital Therapy (Jacobson et Margolin, 1979) à l'avènement de l'IBCT.
3. Ce concept a surtout été développé par R. L. Weiss (1973), un des premiers professeurs de Christensen.

élevés. En outre, les deux membres peuvent utiliser des processus coercitifs (la femme peut exercer une pression coercitive pour obtenir du mari qu'il se conforme à ses exigences), de sorte qu'avec le temps, les niveaux de négativité augmentent.

Combinée à l'érosion du renforcement, la coercition conduit à la détresse relationnelle. Sur la base de cette conceptualisation de la détresse, la TBCT utilise des interventions thérapeutiques pour contrer l'érosion du renforcement en structurant des activités plus positives entre les partenaires et elle tente de contrer les processus coercitifs en enseignant des compétences en matière de communication et de résolution de problèmes. Ainsi, une approche TBCT pour Hugo et Maryline devrait constater la perte de renforcement, comme le manque d'appréciation de Maryline pour le succès commercial de Hugo, et leur comportement coercitif l'un envers l'autre, comme la pression fréquente de Hugo pour amener Maryline à avoir des relations sexuelles. La TBCT s'attaquerait directement à ces problèmes en assignant des activités positives et en enseignant de meilleures façons de communiquer.

La CBCT<sup>4</sup> reprend une grande part du cadre conceptuel de la TBCT, mais elle soutient que la TBCT fournit une image incomplète, car elle ignore l'interprétation cognitive que chaque partenaire fait de son propre comportement et de celui de l'autre. La CBCT suggère que les attributions de comportement, les attentes et les standards comportementaux, les hypothèses sur le comportement et l'attention sélective portée à certains comportements influencent le comportement et la satisfaction du partenaire (Baucom & Epstein, 1990). Par exemple, les partenaires peuvent avoir des normes irréalistes en matière de satisfaction relationnelle, croyant qu'en amour, la passion et le romantisme des premiers jours devraient se maintenir au fil du temps. Confrontés à d'inévitables conflits d'intérêts, ils peuvent attribuer leurs différences sur ces points spécifiques à un manque d'amour de la part de leur partenaire ou à une incompatibilité fondamentale. De la même manière que les personnes déprimées se focalisent sur les aspects négatifs, les partenaires se concentrent sur les limites de leur relation et de leur partenaire plutôt que sur les aspects positifs de l'un et de l'autre. Par conséquent, dans le cadre de la prise en charge d'un couple, la CBCT utilise des interventions de restructuration cognitive. Grâce à ces interventions cognitives, les partenaires examinent la validité de leurs croyances et hypothèses, en plus d'utiliser les stratégies comportementales conçues pour améliorer les activités positives et être formés pour acquérir des compétences en matière de communication et de résolution de conflit.

Une approche CBCT de Hugo et Maryline mettrait en évidence les attentes irréalistes potentielles de Hugo à l'égard de Jérôme et les interprétations que Maryline suggère pour le comportement de Hugo (le fait qu'il n'aime peut-être pas Jérôme). Ainsi, en plus des stratégies de la TBCT, la CBCT tenterait de modifier de telles cognitions.



#### DÉFINITION

La **cognition** est l'ensemble des processus mentaux par lequel un individu traite les informations de son environnement et les interprète.

4. Enhanced Cognitive Behavioral Couple Therapy (Epstein et Baucom, 2002).

L'IBCT est également basée sur un modèle **d'analyse comportementale des relations** tout comme la TBCT avant elle et la CBCT. Cependant, l'IBCT diffère de ces deux modèles comportementaux sur quatre points importants.

1. L'IBCT se concentre sur les grands thèmes centraux et les patterns d'interaction centraux qui s'activent dans la relation de couple plutôt que sur des comportements et des pensées spécifiques<sup>5</sup>.



**Vignette  
clinique**

#### **Illustration chez Hugo et Marilyne**

Une analyse IBCT du couple Hugo et Maryline mettrait en évidence deux **thèmes centraux** : la lutte pour l'éducation de Jérôme (l'inquiétude anxieuse de Maryline *versus* l'approche sévère de Hugo) et la lutte pour l'intimité (Hugo attendant plus d'attention et d'intimité sexuelle de la part de sa femme, alors que celle-ci se détourne de Hugo parce qu'elle lutte seule contre ses inquiétudes au sujet de Jérôme). L'IBCT se concentrerait également sur le **pattern d'interaction** qui caractérise les deux partenaires : l'approche critique de Hugo envers Maryline concernant l'éducation de leur fils et son manque de contact physique, ainsi que l'évitement et la fuite de Maryline vis-à-vis de Hugo et son implication dans l'attention à apporter à Jérôme.

2. L'IBCT considérerait à la fois les facteurs de causalité historiques et distaux ainsi que les facteurs de causalité proximaux. La TBCT se concentrerait sur les antécédents et les conséquences proximaux immédiats dans l'environnement (par exemple, le commentaire furieux du partenaire précède le retrait de l'autre), tandis que la CBCT, de son côté, inclurait également les antécédents et les conséquences cognitives (par exemple, l'interprétation d'un partenaire qui pense que l'autre essaie de l'humilier). Bien que l'IBCT puisse inclure ces stimuli antécédents et conséquents proximaux, elle inclut également des facteurs historiques (par exemple, l'histoire d'un partenaire qui a été trompé) et des facteurs distaux (par exemple, la culture de l'intimité qui rend un partenaire honteux que l'autre ait évoqué ses problèmes avec ses amis). L'IBCT noterait les antécédents de Maryline dans sa famille d'origine, où la famille s'occupait d'un enfant ayant des besoins spécifiques. L'IBCT suggérerait que cette histoire, à côté des facteurs proximaux que constituent les défis particuliers que Jérôme présente, joue un rôle dans l'attention que Maryline porte à Jérôme.
  3. Une troisième différence entre les trois approches est que l'IBCT accorderait une attention particulière aux émotions et aurait pour objectif thérapeutique une plus grande acceptation émotionnelle entre les partenaires. L'acceptation dans l'IBCT se réfère à un changement dans la réponse cognitive et
5. L'IBCT se concentrera sur le thème central et sur leurs patterns d'interaction et les émotions réciproques. En revanche, la TBCT se concentrera sur les comportements de communication particuliers manifestés par chacun, et la CBCT sur les cognitions que les attributions négatives que chacun fait envers l'autre.

émotionnelle qu'un partenaire développe envers l'autre. Durant la période d'évaluation en IBCT, le thérapeute identifie les sensibilités émotionnelles de chaque partenaire et les origines historiques possibles de ces sensibilités. Il distingue les émotions de surface, probablement les plus visibles pour le partenaire, des émotions cachées qui peuvent rester imperceptibles pour le partenaire.



#### Vignette clinique

Hugo a été habitué à recevoir beaucoup d'attention et de soins de la part de sa mère, qui essayait de compenser l'absence du père, d'autant qu'aucun autre enfant n'aurait pu réclamer son attention. Dans sa seule autre relation importante, il a vécu un rejet de la part de sa petite amie lorsque la fille de celle-ci était présente et qu'elle préférait se concentrer sur Alix. Ces expériences ont rendu Hugo sensible au fait de se sentir mis à l'écart et anxieux face à son besoin de constituer une priorité pour sa partenaire. Il exprime souvent de la colère et de l'irritation (son émotion de surface) lorsqu'il se sent ignoré ou rejeté (son émotion cachée). Quant à Maryline, sa famille d'origine s'est beaucoup occupée des enfants, notamment parce que l'un d'entre eux demandait énormément d'attention. Son histoire et les difficultés rencontrées par Jérôme l'ont plongée dans une grande anxiété maternelle. Mon enfant va-t-il bien ? Suis-je une bonne mère et en fais-je assez pour mon fils ? Du fait que Hugo a dénié et critiqué son anxiété à propos de Jérôme, elle craint d'en parler avec lui (émotion cachée) et prend au contraire ses distances émotionnelles vis-à-vis de lui (émotion de surface). Au cours de la séance de feed-back et tout au long de la prise en charge, un thérapeute IBCT mettrait en évidence ces sensibilités émotionnelles afin que Hugo puisse considérer avec plus d'empathie les angoisses de Maryline concernant Jérôme et sa peur d'en parler avec lui, et que Maryline puisse considérer avec plus d'empathie les angoisses de Hugo concernant son lien avec lui.



#### EN PRATIQUE

Lorsque les partenaires sont conscients et plus empathiques envers les sensibilités émotionnelles de l'autre et conscients de la façon dont elles se manifestent en surface et de manière cachée, ils les acceptent souvent plus facilement et traitent les émotions de surface et cachées avec plus de bienveillance. Par conséquent, ils sont moins susceptibles d'exacerber ces sensibilités, ce qui est généralement le cas avant qu'un couple n'entame une thérapie de couple.

Si l'IBCT favorise l'acceptation émotionnelle des sensibilités du partenaire et parfois le comportement associé à ces sensibilités, il y a toutefois une limite à l'acceptation. En effet, certains actes – dont la violence, le mensonge lors des relations sexuelles transgressives avec une autre personne – ne devraient jamais être acceptés. Cependant, les problèmes les plus courants auxquels la plupart des couples sont confrontés ne sont pas fondés sur un comportement inacceptable, mais sur une action ou une inaction qui blesse ou qui perturbe l'autre. Les partenaires négligent souvent de manière involontaire envers l'autre, le frustrant, manquent d'attention envers lui ou le blessent. Comme le notent Christensen, Doss et Jacobson (2014, p. 68) : « *Les crimes du cœur sont généralement des délits* ».

# Comment créer l'acceptation et le changement ?

La thérapie comportementale intégrative de couple est particulièrement efficace et a fait ses preuves. Ce véritable manuel de référence permettra à chaque thérapeute de comprendre les principes de l'IBCT, de l'appliquer et surtout d'aider les couples à mieux se comprendre et s'accepter.

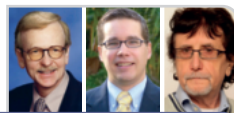
Les auteurs exposent des principes pratiques sur la formulation, l'évaluation et le feedback des difficultés des couples dans la perspective IBCT. Ils détaillent également les techniques permettant de parvenir à l'acceptation et au changement délibéré.

Dans cette édition, les lecteurs découvrent les innovations apportées à l'approche IBCT depuis 20 ans :

- le perfectionnement des techniques thérapeutiques de base ;
- des conseils sur le travail avec des couples mixtes ou de même sexe ;
- les problèmes cliniques complexes ;
- et l'intégration de la technologie dans un traitement.

**À télécharger :**  
Documents de travail

DANS LA MÊME COLLECTION



- **Andrew Christensen** est professeur de psychologie à l'Université de Californie. Il a étudié pendant plus de 30 ans les relations de couples. Il a mené des recherches approfondies sur l'impact de la thérapie de couple.
- **Brian Doss** est professeur associé de psychologie à l'université de Miami, où il enseigne et mène des recherches sur la thérapie de couple et les relations amoureuses.
- **Neil Jacobson** a été professeur de psychologie à l'université de Washington jusqu'à sa mort en 1999. Le Dr Jacobson était l'un des thérapeutes familiaux de référence.
- **François Allard** a traduit et coordonné la traduction. Il pratique la psychothérapie comportementale intégrative de couple, qu'il a introduite en France et en Belgique.

Prix : 45,90 €  
ISBN : 978-2-8073-5758-7



deboeck  
SUPÉRIEUR B

www.deboecksuperieur.com