

LES THERAPIES DE COUPLE FACTEUR CONTEXTUEL D'EFFICACITE DANS LES THERAPIES INDIVIDUELLES

ENTRETIENS FRANCOPHONES

DE LA PSYCHOLOGIE

3-5 Juillet 2008 PARIS

François ALLARD

Équipe de recherche EA 2027
Université Paris 8

TROUBLES ANXIEUX EN CLINIQUE DE COUPLE

- 1- **Grande fréquence des troubles anxieux** P. 30% sur une vie avec **impact** sur la **dynamique conjugale**
- 2 - Les difficultés de couple augmentent la probabilité de développer des symptômes d'anxiété
- 3 - Le **malaise dans le couple** a un impact sur la **thérapie individuelle**

Exemple de pattern interactif destructeur dans un couple:

La Personne anxieuse peut exercer un **contrôle rigide** sur l'entourage qui se soumet ou réagit.

Exemples de l'effet des troubles anxieux à l'intérieur du couple

- **T. panique** : la détresse de couple exacerbe l'agoraphobie.
- **Anxiété Sociale** : le partenaire acquiert une fonction palliative dans les relations sociales, cette délégation suscite des conflits.
- **TAG** : Évitements des situations ambiguës, ruminations, réassurance anxieuse souvent mutuellement consentie, facteur de cohésion paradoxale du couple, renversement s'il y a du stress dans la relation imputable à l'anxiété.
- **PTSD** : problèmes relationnels avec l'entourage :
Si agression sexuelle = limitation de l'intimité, perte de confiance.
Si autre agression = coupure dans la vision du monde.

- **Le TOC** génère un dysfonctionnement social et interrelationnel **plausiblement associé à une dysfonction conjugale** - 60% à 70% des TOC sont célibataires (H 65% , F 40%)
- Le TOC chez les femmes débute statistiquement plus tard
- Elles ont plus le temps d'entrer dans une relation stable.
- Les femmes sont donc plus amenées à une thérapie de couple.
- Ajustement marital (Emmelkamp et coll 1990)
Détresse conjugale chez 50% des personnes souffrant de TOC
- Un tiers de l'entourage **participe aux comportements obsessionnels**.
- Un tiers des proches **accepte les évitements** (ex: cuisine si contamination)
- Un tiers des conjoints **rassure** fréquemment.

DEUX CONSEQUENCES DU TROUBLE ANXIEUX DANS LE COUPLE

- Si **impuissance vécue** pour régler le trouble.
- Si **le trouble anxieux s'incorpore aux Patterns d'Interactions du Couple.**

A) **IMPACT SUR LA QUALITE DE LA RELATION**

B) **RISQUE D'AGGRAVATION DU TROUBLE**

Ex : « **Partenaire bien intentionné** qui rassure, protège du stress, prend en charge les responsabilités pour que l'autre évite les difficultés, la relation s'organise selon le trouble anxieux..! »

MODELE : **Bénéfices + > Coûts -**

PA : **maintien des comportements sécurisant de contrôle, d'évitement et réassurance**

Partenaire : Plus facile de s'accommoder que résister, participation sanction/encouragement.

- | | |
|--|--|
| • Patient Anxieux | • Partenaire |
| ➢ Coûts : | ➢ Coûts : Frustration |
| Handicap Fonctionnel, | Fatigue, Baisse d'Intimité. |
| <u>Culpabilité de l'impact sur le couple</u> | ➢ Avantages : |
| ➢ Bénéfices : Se sent entouré | Sentiment d'être nécessaire |
| Moins de responsabilités. | L'ajustement conjugal semble positif et propice |
| | Comorbidité possible |

Si pour les 2 Partenaires + **Coûts > Bénéfices**

(Rupture positive de l'homéostasie)

Le Couple se sent **consensuellement menacé**
= demande de **Thérapie** individuelle ou de couple

BUTS THERAPEUTIQUES DE COUPLE

- Adaptation comportementale réciproque
- Impact positif sur l'**ajustement conjugal**.
- Diminution des interactions pathogènes.
- Relation plus fonctionnelle.
- **Amélioration du trouble anxieux.**

Si Antagonisme : **Coûts // Bénéfices**

(Rupture conflictuelle de l'Homéostasie)

- **Seul le patient veut changer**
et le partenaire résiste !
- **Seul le partenaire non-anxieux veut un changement...**

Réussites ou Échecs des manœuvres :

Frustrations, colères, Détresse de couple - Augmentation du stress - Renforcement du trouble anxieux, (séparation, repli, dépression !)

LORSQU'UN TROUBLE INDIVIDUEL EST LIE A LA DETRESSE DU COUPLE

Andie Christensen 2004

- **La détresse conjugale** peut être vue comme un **stresseur exacerbant une variété de troubles.**
- *Sur certains désordres : alcool, schizophrénie, trouble sexuel... la thérapie de couple est un composant d'un pack multi-composé d'interventions*
- L'approche de la **thérapie de couple** en ce cas
- ne focalise pas sur le couple.
- elle focalise sur le partenaire et le trouble.

PROBLEMATIQUES PSYCHOLOGIQUES DE COUPLE & TROUBLES PSYCHIATRIQUES

INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES DIRECTS OU INDIRECTS DE LA PREVALENCE DE LA DETRESSE CONJUGALE

J Wright 2007

- **1 - Indice de divortialité :**
40% à 50% pour les couples mariés, 60% pour les cohabitants, +> 60% des remariages,
Si dissolution + > morbidité psychiatrique accrue
Transmission des conséquences négatives aux enfants sur 3 générations (Amato et Cheadle 2005).
- **2 - Violence physique :**
25% des couples connaîtront >+1 épisode de violence physique (5% à 8% V. grave),
Violence présente chez 50% des couples qui consultent entraînant des problèmes de santé mentale et physique.
(O Leary 1999)

INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES DIRECTS OU INDIRECTS DE LA PREVALENCE DE LA DETRESSE CONJUGALE

- **3 - Conduite infidèle :** (« en baisse » 2005),
mais 40% des hommes, 25% des femmes,
40% chez les couples consultant,
70% des femmes victimes d'infidélité font une dépression majeure à 2 mois. (M = 12%)
- **4 - Insatisfaction sexuelle :** 2ème problème (après la violence physique) rapporté en séance (Lauman , Nicolosi 1994-2006)
40% H & 30% F souffrent de Pb sexuels sans consulter.
Troubles sexuels : H 40%, F 30% ne consultent pas, ou rarement mis en avant par les couples consultant (?)

INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES DIRECTS OU INDIRECTS
DE LA PREVALENCE DE LA DETRESSE CONJUGALE

- **5 - Prévalence faible de la satisfaction conjugale**
chute de 60% à 37% en 25 ans,
surtout lors des recompositions : *La prédiction qu'un taux de divorce élevé favoriserait une meilleure qualité des unions n'est pas confirmée*, (Snyder 2005)
> moins de couples heureux (cqvd + turbulences)
> désunion = facteur de risque > anxiété, dépression
- **6 - Demande d'aide individuelle :**
Les problèmes de couple sont le motif le plus souvent rapporté pour la justifier (Verof 1980)
Les problèmes relationnels (+ divorce) sont la cause la + souvent mentionnée d'une détresse émotionnelle (Swindle 2000)

Horizon 2011, On envisage de codifier les troubles
conjugaux sur l'axe 1 ou 2 du DSM V
(Beach, Wambolt... 2006 , Wright 2007)

- Les dysfonctions conjugales ont des caractéristiques distinctives.
- Association avec une altération de l'adaptation sociale, émotionnelle, occupationnelle.
- Risques de morbidité et mortalité accrues.
- Facteur de risques identifiés avec pronostics sombres sans traitement.

Horizon 2011 (Beach, Wambolt...2006; Wright, 2007)

DSM V, diagnostic formel des troubles conjugaux sur l'axe 1 ou 2

- Corrélation des dysfonctions conjugales aux troubles de la personnalité
(névrosisme, impulsivité forte, amabilité et conscience faibles...)
- Étiologie intégrée consensuelle mixte bio-psycho-sociale de la détresse de couple.
Continuité psychologique reconnue de certains troubles pathologiques sur un continuum avec la normalité, ce qui réconcilie la psychologie et la psychiatrie.
- Description quasi-identique de l'évolution clinique entre les divers courants.

Intérêt de codifier les troubles conjugaux sur l'axe 1 ou 2
pour le DSM V

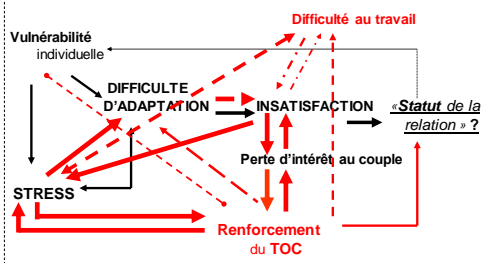
- La détresse conjugale répond de façon prévisible et favorable au traitement.
- Comorbidité : C'est un problème majeur de santé publique. Cooccurrence des troubles relationnels et des troubles mentaux et de la santé physique.
- La mésentente conjugale à *elle seule une fois le trouble individuel traité se répercute négativement sur la capacité de s'engager dans les activités sociales*.

CONDITIONS D'INTERVENTION
SUR LE STRESS
DANS LE COUPLE

STRESS DANS LE COUPLE ET TOC

- Les difficultés du couple sont un facteur de stress qui à son tour peut être un facteur d'emballement de l'anxiété !
 - Elles aggravent les manifestations du TOC.
 - Elles perturbent l'intervention thérapeutique
- Les attributions erronées des 2 partenaires sur les stratégies à adopter face aux problèmes peuvent être
facteur de maintien du TOC...
risque d'accroissement du dysfonctionnement conjugal.

- 1) **Stress** facteur d'activation d'anxiété donc du **TOC**
- 2) **Dysfonctionnement** professionnel et relationnel
- 3) **Chute de la satisfaction dans la relation**



PATTERN INTERACTIONNEL DYADIQUE ASYMETRIQUE DE LA DYNAMIQUE (DYS) FONCTIONNELLE DU COUPLE

DEPENDANCE--CODEPENDANCE

Il s'ajoute aux 5 schémas d'interactions destructrices classiquement repérés dans la clinique de la détresse du couple:

- 1 **Demande / Évitement** – 2 **Émancipation / Contrôle** – 3 **Menace / Retrait** –
- 4 **Autonomie / Dépendance** – 5 **Rationnel / Émotif** (John Wright - 2007)

Mise en place graduelle qui peut s'avérer durable, stable dans le temps et résistante au changement avec oscillation entre entente délétère et conflits jusqu'à une éventuelle rupture d'homéostasie qui va ouvrir une grave crise pour le couple et pour l'anxieux.

La relation asymétrique s'organise selon le trouble anxieux,
Un patient « **passif** » qui sollicite de l'aide
Un Partenaire qui **alimente la dépendance**
Des occasions réduites de confrontation
(agoraphobe évitant les courses)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 1 - Processus :
Soulagement à court terme,
Déresponsabilisation à long terme. • 2 - Patterns asymétriques :
Aidant, survvalorisé, protecteur
maintien pathogène des rôles
Aidé, Exigences
renforcement du trouble | <ul style="list-style-type: none"> • 3 - Renversement:
Chronisation pénible
Charge pour l'aidant.
Insatisfaction de la relation
Processus de
Coercition / Contre-coercition. • 4 - BASCULEMENT
Interactions culpabilisantes
Perte de soutien. Blâmes.
Stress accru de l'anxieux |
|--|---|

INCLURE L'ENTOURAGE DANS LES CONTEXTES THERAPEUTIQUES ?

- Si **hostilité de l'entourage** des patients
 - > **Remise en question des procédures thérapeutiques**
 - > **Invalidation du patient. Détresse psychologique.**
 - > **Environnement stressant et négatif.....**
- 1 - Baisse de motivation.
- 2 - Moins bonne réponse thérapeutique.
- 3 - Abandon prématuré de la thérapie.

Utilisation de l'Intervention de Couple dans le contexte d'une pathologie individuelle

Andrew CHRISTENSEN (2001)

Même s'il n'y a que Stress sans détresse de couple, l'intervention permet une
formulation claire des patterns d'interaction conjugaux associés au trouble.

PARTNER COUPLE ASSISTED INTERVENTION
A. Christensen 2001 & NS. Jacobson 1999

- Impliquer le partenaire dans les buts du traitement.
- Identifier / modifier :
ce qui renforce ou maintient le symptôme dans l'environnement inter-personnel.
- **Créer un contexte où le patient fait face plus efficacement.**

MODELES THERAPEUTIQUES APPLICABLES SUR UN TROUBLE INDIVIDUEL EN CONDITION DE STRESS DANS LE COUPLE

3 Scénarios d'Intervention auprès d'un Couple

Baucom 1998

- **IAP Intervention Assistée du Partenaire**
Le/la conjoint(e) est **substitut du thérapeute**.
- **IMST Intervention Maritale Spécifique au Trouble**
Cibler tout **élément modifiant le trouble**.
Considérer les **patterns d'interaction** comme **facteur de maintien** du symptôme.
- **TC Thérapie de Couple**.
Difficultés relationnelles indépendantes du trouble.
Patterns dyadiques pathogènes pour la relation.
Promouvoir une relation saine et diminuer le stress
Objectif secondaire: baisse de l'anxiété du patient

I - Thérapie Assistée par le Partenaire

PARTNER ASSISTED THERAPY

DEFINITION DE BAUCOM 1998

« Coaching » sans attention

aux conséquences relationnelles

- Planification des expositions.
- Prévention de l'évitement cognitif de la peur
- Modification du contexte environnemental
habiletés de communication / stratégies de coping

85% d'efficacité pour l'intervention assistée par le partenaire (ou la famille) sur les TOC

50% si le patient n'est pas assisté, (thérapie individuelle)

II - Intervention Maritale Spécifique au Trouble

DISORDER SPECIFIC COUPLE INTERVENTION

DEFINITION DE BAUCOM 1998

1 - **On focalise sur la manière dont l'autre partenaire interagit pour manipuler la situation reliée au trouble de la personne .**

2 - On focalise sur ce qui peut contribuer ou gêner la guérison.

Partenaire critiquant un déprimé,
ou traitant le sujet TOC de « fou »

Intervention Maritale Spécifique au Trouble

John Wright 2007

- Explorer **l'arrimage du symptôme au fonctionnement du couple**.
- Adapter le style relationnel du couple pour ne plus renforcer l'expression du système anxieux à l'intérieur du système communicationnel du couple
- **Apprendre au couple à ne plus utiliser le symptôme comme outil de communication.**
- Obtenir le soutien mutuel en dehors du pattern relationnel propre au trouble.
- **Maintenir les acquis thérapeutiques hors des stratégies dysfonctionnelles antérieures**

III - Thérapie « classique » de couple

GENERAL MARITAL (AND FAMILY) THERAPY

DEFINITION DE BAUCOM 1998

➤ Application des approches de couple classiques visant les conséquences du trouble relationnel que l'on pense associées étimologiquement au désordre individuel ou impliquées dans le maintien du trouble .

➤ EVALUER LE CONTEXTE

EVALUER LE CONTEXTE LORS DE LA CONSULTATION DU COUPLE ?

« Lorsqu'un couple consulte pour des ruptures de l'homéostasie, il faut comprendre le sens du stress du couple car la rupture de l'homéostasie du système peut être bénéfique à long terme » John Wright 2007

- 1 - Evaluer le couple.
- 2 - Evaluer la présence d'un trouble anxieux: s'il est antérieur ou postérieur à la détresse conjugale ?
- 3 - Evaluer les interactions liées au trouble anxieux.
- 4 - Evaluer l'impact sur le couple du changement de comportement de chaque partenaire.

EVALUER LES RISQUES PSYCHIATRIQUES

La détresse conjugale ou le divorce ne sont pas des désordres psychiatriques, mais ce sont des facteurs de risques psychiatriques!

Andrew CHRISTENSEN 1999

Il y a 2 manières d'intervenir auprès d'un couple:

«Aider le couple à être plus satisfait de la relation actuelle».

«Assister le couple à en terminer avec une relation malsaine ou destructrice».

INTEGRATIVE BEHAVIORAL COUPLE THERAPY

INTEGRATIVE BEHAVIORAL COUPLE THERAPY THERAPIE COMPORTEMENTALE INTEGRATIVE DE COUPLE

NS Jacobson & A Christensen 1996

- A) Définition du **thème de conflit** considéré comme **véhicule de proximité** qui rapproche les partenaires (D Wilde 1981)
- B) Création en séance des contextes d'expérimentation des impacts émotionnels liés aux valeurs personnelles lors de **Contextual Shifts**.
- C) **Reformulation verbale** face au **processus de coercition et diffamation** (Blâmes sur les différences incompatibles par attribution causale)

ACCEPTER LES DIFFERENCES ET FOCALISER SUR L'INTIMITE

NS Jacobson & A Christensen 1996

D) **Acceptation de la différence** de l'autre plutôt que demander le changement, **faire équipe avec des styles différents**

- 2 **techniques d'acceptation** des différences :
- Empathic Joining & Unified Distance*
- 2 **techniques de tolérance** aux comportements aversifs :
- Tolerance Building & Self Care*

E) Utilisation du **langage d'acceptation** pour **focaliser sur l'intimité**. (Proximité relationnelle LA; Kelley 1983)

POSITION COMPASSIONNELLE DE VALIDATION DU THÉRAPEUTE

- F) Retour à un **esprit de collaboration** et de **coopération face au problème** qui est le **LEUR**
- G) L'approche est contextuelle et selon les **contingences naturelles** centrée sur les **variables antécédentes**.
- H) Maintien de l'approche traditionnelle du **changement gouverné par les règles**, centré sur les **variables dérivées**, les comportements négatifs, par les **3 modules de base** :

Échange de Comportements Positifs.

Communication / Résolution de Problème.

L'ÉVALUATION EST PRIMORDIALE

EN CONTEXTE DE RECHERCHE -&-
POUR L'ANALYSE FONCTIONNELLE
ET CONTEXTUELLE DE CHAQUE CAS

EVALUATION EN THERAPIE DE COUPLE (QUESTIONS A SE POSER)

- *Qu'est-ce qui marche, sur qui, quand, comment et pourquoi ? (et ensuite ...?)*
- Jusqu'à quel point les résultats obtenus dans les recherches évaluatives sont-ils applicables au milieu naturel ?
- Quels seraient les résultats si une étude était conduite avec ma propre clientèle ?
- Comment faire le transfert entre les conditions de recherche et les conditions de la pratique ?

QUESTIONS SUR LE STATUT EMPIRIQUE DE LA THERAPIE DE COUPLE

1. La Thérapie de couple est-elle **efficace** pour réduire la **détresse conjugale** ?
2. La Thérapie de couple permet-elle de traiter une **pathologie individuelle comorbide** associée ?
3. Qu'est-ce qu'une thérapie de couple **réussie** ?
4. Combien de temps ses effets sont-ils maintenus ?
5. Peut-on prédire quels couples en bénéficieront ?
6. Quel processus explique le changement ?
7. **Les recherches sont-elles représentatives de la réalité clinique ?**

Lambert et Ogles 2004

QUESTIONS POUR LE CLINICIEN

Epstein et Baucom 2002, Jacobson et Christensen 1996, Wright Sabourin 2007

- ✓ Disposer d'un répertoire de compétences
- ✓ Disposer de stratégies décisionnelles
- ✓ Distinguer les situations, crises, prévention,
- ✓ Élaborer un cadre conceptuel.
- ✓ Renforcer l'alliance thérapeutique.
- ✓ (Éviter les erreurs.)

Nécessité déontologique de fonder la thérapie de couple sur une évaluation clinique complète et approfondie de la psychopathologie conjugale et de disposer d'une approche clinique intégrative A. Christensen 2004, J. Wright 2007

Variables envisagées lors des études ou dans l'évaluation en thérapie de couple

Instruments d'évaluation pour couples utilisables en recherche et en clinique

Questionnaires généraux ou spécifiques:

- Questionnaire d'adaptation à la vie conjugale (Locke Wallace 1959) – Test de survie du couple (Wright 1985) - Questionnaire général (Upper) - Questionnaire sur vous et votre couple (Knox) – Questionnaire sur les sources de désaccord dans le couple - Échelles de satisfaction générale, maritale, sexuelle, des problèmes familiaux (Hudson 1982) – Questionnaire sur les changements désirés (Weiss 1973) - Echelle d'ajustement dyadique (Spanier 1976) - Questionnaire sur les relations de couple (Spanier) - Questionnaire sur la communication (Boyd) - Inventaire des activités préférées de communication - Grille d'auto observation de la communication – Liste d'observation du conjoint (Weiss) – Évaluation de l'estime de soi - Évaluation des attitudes parentales - Echelle de Kansas de la satisfaction conjugale (Schumm) - Questionnaire d'évaluation de l'attachement (Brennan 1998) - Echelle de tactique de conflit, (Straus et coll 1996) CTS-2) – Indice des symptômes psychiatriques (Ilfed 1976) – Inventaire de personnalité NEO-FI (Costa..1991)
- Questionnaire de satisfaction du service rendu - Appréciation du Thérapeute - Fréquence et acceptabilité des comportements du partenaire (Christensen et Jacobson 2002, traduction François Allard) -

Variables descriptives ou reliées au problème : durée du problème, incidents de violence conjugale, problèmes de santé mentale – Atteinte des objectifs thérapeutiques (Boisvert 2007) - Echelle des objectifs thérapeutiques (Kiresuk 1994) - ADIS-IV et tous les outils d'évaluation des pathologies individuelles