

LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE DE COUPLE

Louis Guérette m.d.

LES DIFFICULTÉS CLASSIQUES DE LA THÉRAPIE DE COUPLE

La pratique de la thérapie conjugale est renommée pour être une entreprise tumultueuse, difficile et aux résultats souvent décevants (Wesley et Waring 1996). Cette évaluation peu encourageante, est néanmoins partagée par tous ceux qui l'ont pratiquée, que ce soit pour en faire une pratique spécialisée ou une approche occasionnelle, mais elle n'en a pas pour autant détourné les praticiens. Les raisons de ce pessimisme sont multiples; on n'en citera ici que quelques unes, parmi les plus souvent invoquées.

a) L'inégalité des partenaires: Les partenaires sont souvent inégaux à plusieurs égards, ce qui risque fréquemment de compromettre le succès de l'entreprise. Par exemple:

- Un partenaire plus narcissiquement vulnérable que l'autre sera fortement tenté de quitter la thérapie plutôt que de continuer à s'exposer à des humiliations parfois cuisantes en présence d'un tiers.

- Comme dans toute partie, le partenaire qui croit avoir moins à perdre que l'autre investira moins et se montrera plus rapide à tout abandonner. Celui qui a le plus à perdre s'estime au contraire forcé de tout concéder mais n'en sera pas pour autant récompensé.

- Un partenaire pourra se révéler plus verbalement sinon intellectuellement habile que l'autre et trouvera dans le cadre de la psychothérapie l'occasion idéale de manifester cette supériorité pour écraser l'autre d'une façon difficilement contrôlable par le thérapeute. Ce dernier pourra également voir son contre-transfert pencher en faveur de ce conjoint plus habile.

b) La difficile impartialité: Dans certains contextes, en particulier dans les cliniques externes, les informations dites "privilégiées" que certains patients réussissent à nous transmettre malgré nous, contribuent à placer les thérapeutes dans des situations parfois fort délicates.

c) L'inaltérable interdépendance des conjoints Les liens de dépendance profondément ancrés entre les participants les empêchent souvent de considérer la seule issue raisonnable, c'est-à-dire la séparation, mais ne les rend pas pour autant plus enclins à chercher à améliorer ce qu'ils se sentent incapables de quitter.

d) La fierté d'un conjoint l'empêche souvent d'avouer devant son partenaire ce qu'il admettrait facilement dans la sécurité d'une relation individuelle avec le thérapeute.

e) L'attrait suprême de la vengeance: Bien que les conjoints déclarent vouloir sincèrement changer, leur principal objectif inavoué ("*hidden agenda*") en consultant un thérapeute, consiste souvent à assouvir leur rage et leur besoin de vengeance, tout en exposant à la face du monde l'ignominie du conjoint et l'étendue des souffrances qu'il leur inflige. Cette attitude, quoique fréquente, n'est pas universelle, mais une de ses formes plus insidieuse qu'on décrira maintenant l'est beaucoup plus

f) La judiciarisation du processus: Le facteur probablement le plus délétère pour le succès des thérapies conjugales réside dans le phénomène de "judiciarisation" du processus: les conjoints conçoivent plus ou moins consciemment le thérapeute comme un juge à qui les plaignants s'imaginent devoir soumettre leur cause dans l'espoir de voir la décision morale pencher en leur faveur. Ceci est un puissant facteur de ressentiment et de résistance qui déplace le sens de la démarche du succès commun vers la victoire individuelle. Ce glissement empêche encore plus chaque conjoint d'assumer ses responsabilités personnelles

dans les problèmes du couple. Le simple fait que deux personnes consultent pour un même problème entraîne presque fatalement l'assomption que l'autre est responsable et que tous les efforts doivent être mis en œuvre pour le démontrer au "juge".

UN PARCOURS DE THÉRAPEUTE DE COUPLE FATIGUÉ

L'entraînement classique en thérapie conjugale s'appuie généralement sur trois modèles qui se recourent et se complètent

1) Le modèle psychodynamique met l'accent sur l'interprétation de la répétition des expériences infantiles, de l'identification aux parents respectifs ou de la projection sur le conjoint du rôle d'un des parents),

2) Le modèle systémique vise à la correction des communications biaisées, obscures, incomplètes, contradictoires ou absentes

3) Le modèle behavioral cherche à établir des systèmes efficaces de renforçateurs et corriger des contrats implicites non respectés.

Les deux dernières approches sont souvent utilisées conjointement par les thérapeutes de couples (Wright, 1985) mais avec l'expérience, les thérapeutes finissent généralement par harmoniser et intégrer leur pratique autour d'un certain éclectisme dépassant les limites étroites de leur modèle initial.

L'auteur de ce texte a pour sa part été entraîné au fil des années à abandonner la position classique à trois partenaires pour se diriger, sans pour autant abandonner les conceptions et les techniques évoquées plus haut, vers une approche individuelle des problèmes de couple. Parmi les facteurs de ce glissement technique, on relèvera principalement:

1) L'abandon éventuel fréquent du plus malade des deux partenaires, laissant le plus sain ou le plus dépendant des deux entre les mains impuissantes du thérapeute.

2) L'épuisement quasi inévitable du thérapeute devant le marathon intense et tonitruant que constitue souvent ce genre de thérapie.

3) Certains thérapeutes conserveront toujours une préférence personnelle et idiosyncrasique pour le contact individuel plutôt que pour les entreprises collectives. Cette préférence a probablement des origines profondément intimes et subjectives, mais ne constitue pas pour autant un handicap comme on tentera de la montrer.

4) Enfin et de toutes façons, bien des milieux, (comme par exemple les quartiers largement défavorisés du centre-ville) ne nourrissent pas le genre de valeurs qui permettent aux hommes d'accepter de rencontrer un thérapeute avec leur épouse et de se soumettre devant elle à l'expertise d'un autre homme. Cette vision masculine du rapport entre les sexes tend à diminuer aujourd'hui mais a prévalu jusqu'à la fin des années 70.

3- LE PROCESSUS DE LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE DE COUPLE

a) description de la population

Je suis identifié comme un thérapeute éclectique à la fois dans les modèles auxquels je me réfère et aux types de patients que je traite. Je reçois donc peu de références spécifiquement pour une thérapie de couple, d'autant plus que la nature peu orthodoxe de l'approche utilisée favorise peu ce genre de référence. Mais le travail de tout thérapeute non spécialisé le conduit nécessairement à considérer fréquemment la pertinence d'une approche conjugale et c'est à travers ma pratique régulière que j'ai été amené à adopter cette approche dans un certain nombre de situations dont par exemple :

a) avec des patients¹ individuels dont les difficultés conjugales sont apparues graduellement au cours de la thérapie, difficultés reliées, il est important de le préciser, à une pathologie objective et active chez un conjoint absolument pas intéressé à une thérapie de couple.

b) un bon nombre de patients ont aussi bénéficié de cette approche après l'échec d'une thérapie conjugale causé par le manque de coopération puis éventuellement l'abandon du partenaire.

c) dans un cas, c'est la patiente qui, bien qu'elle me paraisse devoir quitter son mari, insiste fortement pour rester avec lui car elle dit qu'elle l'aime. A mon corps défendant, j'accepte et nous travaillons alors, avec des succès étonnants, sur sa capacité de changer son mari. Mais ce qui change en même temps, c'est sa structure névrotique masochiste, de sorte que deux ans plus tard, elle prendra elle-même la décision de quitter, au moment où elle m'avait presque convertie à la justesse de sa position initiale. Le plus étonnant, c'est que le mari avait pourtant bel et bien changé. Mais l'ayant marié pour des raisons de toutes façons névrotiques et ayant pu éprouver à travers ses efforts récents l'amplitude de ses propres capacités, j'imagine qu'elle avait alors assez évolué pour ne plus rien ressentir de ses pulsions pathologiquement dépendantes d'autrefois.

Ceci ne signifie donc pas qu'il faut préconiser toujours la thérapie conjugale individuelle de préférence à la thérapie conjugale classique, et particulièrement pas pour les thérapeutes qui aiment le contact à trois; ceci est matière de préférence individuelle, mais il persiste suffisamment de situations cliniques inévitables pour justifier une approche conjugale individuelle ne serait-ce que parce qu'aucune autre n'est possible.

b) les postulats généraux du traitement

Le programme d'intervention préconisé ici se base sur trois principes simples, accessibles à toute personne désireuse d'aider ou d'être aidée.

1) **LE LIEN NEVROTIQUE:** Saint-Thomas d'Aquin posait les trois objectifs du mariage comme étant, par ordre d'importance décroissante, 1) la procréation, 2) le soutien mutuel des époux et 3) l'apaisement de la concupiscence! Il en oubliait probablement, parmi bien d'autres, un quatrième: la satisfaction des besoins névrotiques. Un lien névrotique est celui qui relie deux personnes l'une à l'autre en vertu d'éléments négatifs tels que la culpabilité, le mépris de soi, l'insécurité, etc.. plutôt que par des éléments positifs tels que l'amour authentique, l'altruisme ou le sentiment de responsabilité². Ce principe implique logiquement que si les éléments négatifs, disparaissent sans survivance d'éléments positifs, le couple se dissoudra spontanément et comme par indifférence. Si l'on considère la séparation comme une issue potentiellement aussi souhaitable que le maintien de la vie commune dans certains cas, il faut bien admettre que toute dissolution du lien névrotique ne peut être que bénéfique.

Le lien névrotique maintient la relation entre les deux partenaires en fonction d'un certain nombre de postulats cognitifs par exemple

¹ Tout au long de ce texte, le terme "patient" s'appliquera au seul membre du couple qui est en thérapie alors que le terme "conjoint" s'appliquera au partenaire absent.

² J'exprime souvent cette idée aux patients en les comparant aux protagonistes des duels à la hache dont étaient friands les Vikings. Afin de ne pas se voir frustrés de leur juste part d'émotions fortes par la fuite honteuse et surtout décevante de l'un des deux combattants, les spectateurs attachaient les adversaires l'un à l'autre par une corde solide de six à huit pieds rendant impossible toute fuite et assurant une issue déterminante et appropriée au goût sanguinaire de l'assistance. En quelque sorte, c'est l'antithèse du loup qui présente sa jugulaire à son vainqueur. Il n'y a pas d'"Éloge de la fuite" (Laborit) chez les Vikings! Les patients ne manquent jamais d'être fortement impressionnés par cette comparaison.

- une vague conscience de sa propre faiblesse: *"Notre relation se porterait mieux si j'étais moi-même plus adéquat et il ne sert donc à rien de partir tant que je conserve l'espoir de le devenir un jour"*

- soient qu'ils se reconnaissent confusément comme suffisamment inadéquat pour ne pas pouvoir espérer vivre avec un conjoint plus "normal" qui, croient-ils et souvent avec raison, ne tolérerait pas leurs excès *"Qui d'autre qu'un conjoint aussi mauvais que le mien, pourrait bien tolérer une partenaire aussi mauvais que moi; je reste car je n'ai que peu de chances d'être acceptée par un autre"*.

- les partenaires qui se savent inadéquats sont souvent plus tolérants des excès de leur conjoint parce qu'il y ont été désensibilisés très tôt dans leur propre milieu familial: *À quoi bon partir puisque je sais par expérience que tous les couples fonctionnent ainsi!*

Ces postulats, irrationnels ou non, n'ont pas à être abordés comme tels en thérapie mais se dissoudront d'eux même en même temps que le lien névrotique, laissant alors les patients libres de décider de leur avenir conjugal.

Bien entendu, dans les couples dysfonctionnels, le lien névrotique établi par l'un se retrouve souvent renforcé de façon complémentaire par le lien névrotique établi par l'autre. Cette complémentarité névrotique du genre domination-dépendance, culpabilisation-auto-accusation, sadisme-masochisme, est bien décrite par Jürg Willi (1982, 1984). On a même vu des individus très handicapés établir des mariages somme toutes satisfaisants (Willi 1984). On retrouve également, bien entendu des liens névrotiques chez les couples harmonieux, mais en quantité et en intensité moindre que chez les couples dysfonctionnels.

2) L'EFFET D'ENTRAÎNEMENT: c'est le principe selon lequel le comportement des conjoints est suffisamment mutuellement déterminé pour qu'un changement chez l'un entraîne généralement un changement chez l'autre. Il s'agit ici d'une position que les systémiciens comme les behavioristes n'auront pas de peine à accepter. Toute la question porte sur la magnitude et la profondeur du changement qu'on peut ainsi espérer réaliser. Il s'agit là d'un principe généralement vérifié mais dont la puissance varie considérablement, en regard par exemple de la sévérité du trouble de personnalité sous-jacent. Convenons simplement pour l'instant que toute personne qui se comporte avec considération, justice et sympathie envers son conjoint est susceptible de provoquer chez lui une réaction réciproque, à moins que ce dernier ne soit profondément pathologique, dans lequel cas, l'échec de l'entreprise conduira probablement, par dissolution du lien névrotique, à une séparation bénéfique.

3) L'AMOUR: c'est le principe selon lequel les gens sont généralement ensemble parce qu'à une période de leur vie ils se sont aimés fortement, pour des raisons que la psychologie est encore aujourd'hui incapable d'expliquer sans tomber dans le ridicule ou la pédanterie, et que ces éléments sont susceptibles de réémerger spontanément si on se contente d'éliminer les éléments qui leur font obstacles. Par amour, je n'entends pas ici les sentiments nobles des poètes ou des chrétiens ni non plus le désir sexuel ou la passion soudaine, obsédante et torturante qu'on a appelé parfois infatuation (Christie, 1972) ou "limerence" (Tennov, 1979), mais un mélange des deux et plus encore, inexplicable, très fort, et qui peut souvent être réactivé ou durer toute la vie. En d'autres termes, un couple qui s'est beaucoup aimé, quelque soit son niveau de mésentente, se retrouve infiniment mieux armé devant les obstacles relationnels inévitables qu'un couple qui n'aurait été formé que par la raison ou par un désir superficiel.

Les trois principes qui précèdent peuvent maintenant nous servir d'appui pour élaborer une plan générale d'intervention. On visera, en thérapie individuelle, à corriger les comportements névrotiques du patient, de façon à produire un effet d'entraînement chez le conjoint et faire émerger ainsi une relation amoureuse qu'on croyait disparue mais qui n'était que masquée par l'escalade des mauvais traitements quotidiens.

En résumé, la disparition du lien névrotique chez le patient est susceptible d'exercer un effet d'entraînement chez son conjoint et réactiver une dimension amoureuse qu'on croyait pourtant disparue à jamais.

c) les principales techniques du traitement

Les techniques qui suivent sont présentées parce qu'elles ne deviennent possibles ou prennent toute leur efficacité que dans le cadre de la thérapie individuelle et seraient plus difficilement praticables dans le cadre d'une rencontre de couple. Elles portent sur les trois grandes composantes du vécu humain: la pensée, les émotions et l'action.

1- L'AUTO-RESPONSABILISATION TOTALE: un principe à acquérir

Le thérapeute doit avertir d'emblée son patient de l'absolue nécessité de prendre sur lui-même la responsabilité de tout ce qui va désormais se produire dans le couple. A première vue, voici une proposition qui en fait sursauter plus d'un et semble aller à l'encontre de tout sentiment intuitif de justice ou même de logique. Evidemment, les patients résistent spontanément à une proposition aussi provocante et il faudra alors leur fournir patiemment les explications suivantes, lesquelles devront bien entendu être répétées à plusieurs reprises et sous bien des formes différentes au cours des entrevues subséquentes. Ces explications se déploient sur trois fronts de complexité philosophique croissante. Les patients en arrivent à s'auto-responsabiliser 1) parce que c'est là l'attitude générale des couples heureux 2) parce que le patient est la seule personne sur qui il peut exercer un pouvoir réel et 3) parce que la responsabilisation est d'abord un devoir envers soi-même avant que d'être un geste de considération envers autrui. Clarifions maintenant ces trois niveaux d'argumentation.

a) Premier niveau d'argumentation: "Les couples qui s'aiment et qui sont heureux agissent exactement ainsi". En d'autres termes: "Si vous voulez être heureux, faites comme eux!". Dès la première (et inévitable) résistance le thérapeute explique ce qui suit: si l'on considère soigneusement le fonctionnement des couples heureux, on réalise que, bien qu'on puisse y retrouver un contrat plus ou moins implicite déterminant les tâches et les comportements attendus de chacun, les conjoints heureux agissent dans la réalité comme s'ils étaient chacun totalement responsable personnellement de tout ce qui se passe, ou, en d'autres termes, chacun s'attend à faire la tâche de l'autre si ce dernier en est empêché ou chacun s'attend en prendre sur soi les problèmes de l'autre si celui-ci est débordé (étant assumé, cela va de soi, que l'autre agit exactement de la même façon). Par exemple, si le souper n'est pas prêt ou s'il a faim, le membre d'un couple fonctionnel va prendre sur lui d'initier la préparation du repas plutôt que de s'impatisser parce que l'autre n'y a pas encore vu. De même pour le soin immédiat qu'un enfant réclame, pour une course à faire, etc... tout cela bien entendu dans une mesure compatible avec les contraintes normales aux activités de chacun, mais nonobstant le contrat préalable, explicite ou non, de distribution des tâches. Cette description provoque une angoisse immédiate et des résistances typiques:

Pt: "Mais, avec votre système, je vais tout donner et ne rien recevoir!"

Th: "Soyez sans craintes, Si votre conjoint ne change pas, votre questionnement sur le couple va s'en trouver grandement éclairé". En d'autres termes, l'effet d'entraînement jouera sur le conjoint du patient, à défaut de quoi ce dernier, partiellement délivré de son lien névrotique, développera tôt ou tard une conviction tranquille de l'impossibilité de continuer la vie de couple.

Pt: "Qu'arrivera t-il si nous avons des besoins simultanés?"

Th: "Vous serez surpris de voir comment des besoins simultanés se négocient facilement dans un climat de confiance mutuelle". La pertinence de cette réponse réside en ce que, justement, dans un contexte de mutualité confiante, chacun est souvent spontanément préparé à considérer que les besoins de l'autre sont plus importants et à leur

donner préséance en prenant sur soi de refréner ses propres besoins. Initialement cependant et au sein d'une escalade désespérée pour contrôler la situation, la chose n'est pas évidente et un engagement apparemment risqué s'impose ici avant tout.

C'est ainsi qu'après la surprise initiale et des explications et démonstrations répétées, la colère, la crainte et un sentiment générale d'injustice laissent normalement la place à un sentiment de force basée sur la conviction intime de faire son devoir, sur l'estime de soi qui l'accompagne et sur le sentiment de travailler positivement à la réussite du couple. Le rationnel employée jusqu'ici demeurant tout de même un peu abstrait et idéal pour la majorité des couples, le thérapeute devra s'attendre à revenir souvent sur une défense de cette position, défense qui pourra prendre au besoin l'allure des deux autres propositions qui suivent:

Un autre argument fréquemment rencontré à ce stade est le suivant:

Pt: *"Vous dites que tous les couples heureux agissent ainsi, mais je ne connais aucun couple heureux dans mon entourage. Le bonheur conjugal constitue probablement d'un mythe".*

Th: *"Vous n'avez probablement pas bien regardé. Les couples heureux n'ont pas d'histoire et passent généralement inaperçu; regardez mieux! On voit apparaître ici un mélange frappant de dissonance cognitive (Festinger 1959) et d'"heuristique de disponibilité" décrite magistralement par Nisbett et Ross dans leur célèbre ouvrage *Human Inference: Strategies and Shortcomings of Social Judgment* (1980): on a généralement tendance à ne percevoir dans notre entourage que ce qui correspond à nos opinions préalables et on se base ensuite sur cette perception pour établir nos jugements.*

b) Second niveau d'argumentation: *"Vous êtes le seul ici à pouvoir faire quelque chose!"* (sous entendu: *dans ce bureau où le conjoint ne se trouve pas, mais aussi dans ce monde où, quelle que soit la légitimité de vos plaintes, personne ne prendra vos responsabilités à votre place, vous êtes le seul à pouvoir décider de votre action*). En d'autres termes, le patient est le seul partenaire en thérapie, donc le seul à pouvoir faire quelque chose. Cette position est généralement nouvelle et étonnante car jusque là le patient se demandait plutôt ce que son conjoint pourrait faire pour le couple plutôt que ce qu'il pourrait faire lui-même pour son couple, comme l'illustre la première page du texte de cette conférence. Ce sera un peu long avant que le patient comprenne la portée existentielle puissante de cette vision, mais elle est impitoyable et inéluctable. On doit y revenir à plusieurs reprises. Par exemple, une fois qu'un patient s'est vidé le coeur longtemps sur les torts et les déficiences de son conjoint, le thérapeute lui fait remarquer doucement que tout cela est sans doute vrai et bien regrettable, mais que, le principal coupable n'étant manifestement pas là, et le thérapeute ne pouvant non plus rien sur lui, il convient maintenant de se demander ce que le patient lui-même entend faire à ce sujet? Une fois passée la phase de catharsis, ce sobre retour à la réalité peut ramener un patient sur la voie du travail constructif.

Une technique plus délicate à employer ici consiste pour le thérapeute à s'excuser sur un ton désolé d'être dans l'impossibilité de remettre le conjoint à sa place et à faire partager son impuissance au patient, ce qui devrait tôt ou tard faire apparaître à ce dernier l'incongruité de sa position. L'attitude à laquelle on veut le faire parvenir est bien entendu qu'il est inutile de se préoccuper de ce qu'on veut faire faire au conjoint, alors qu'on ne se préoccupe même pas à ce qu'on peut se faire faire à soi-même (Epictète³).

Pt: *"Mais c'est injuste; c'est elle qui est irresponsable et cause tous nos problèmes!"*

³ *"Il est ridicule de ne point vouloir échapper à sa propre malignité, ce qui est possible, et de prétendre échapper à celle des autres, ce qui est impossible" (Maximes).*

Th: "*Vous avez peut-être raison, mais malheureusement (regards circulaire dans la pièce...) je ne vois que vous dans ce bureau! Elle n'est pas ici, je ne puis pas la rappeler à l'ordre et vos propres efforts en ce sens n'ont guère été fructueux non plus. Que proposez-vous qu'on fasse dans cette situation?*"

Pt: "....." (silence lourd et méditatif, dans lequel le sentiment de responsabilité personnelle va peut-être germer...).

Quoiqu'il en soit, l'absolue responsabilité du patient devant son existence prendra graduellement une dimension incontournable à la condition que le thérapeute représente cette réalité de façon consistante. La force personnelle susceptible de jaillir éventuellement de cette perception de soi sera discutée un peu plus bas.

c) Troisième niveau d'argumentation: "c'est à vous-même et à vous-même avant tout que vous devez de faire toujours ce que vous trouvez juste". Ce troisième rationnel est plus philosophique quoique tout à fait accessible à n'importe qui: toute personne est responsable de faire ce qui est en son pouvoir pour que ce qu'elle considère juste et désirable se produise, et ceci indépendamment de l'action d'autrui. Il s'agit là avant tout d'un devoir envers soi-même qui n'a rien à voir avec le devoir envers autrui et qui doit en être bien distingué. Ainsi, je paie mes dettes parce que je les dois et non pas parce qu'on pourrait me poursuivre si je ne le fais pas; je répare le tort que j'ai fait parce que c'est mon tort et que je n'accepte pas une image de moi comme abusant injustement d'autrui, je m'excuse du mal que j'ai fait à mon conjoint, non pas parce qu'il ferait de même à mon endroit (pas garanti...!), non pas parce que qu'il va m'en tenir gré (peut-être pas..!), non pas même pour que ça marche mieux dans le couple (pas nécessairement...!), mais simplement et avant tout parce que m'excuser correspond à la notion de justice que je veux incarner et sans laquelle je ne pourrais pas me respecter. Inutile de dire que cet argument va dans les deux sens et que je ne me blâmerai pas d'actions que fondamentalement je trouve justes. La résistance du patient à cet argument prend alors souvent une forme névrotique tout à fait typique et que tous les psychothérapeutes reconnaîtront:

Pt: "*Mais comment puis-je alors me respecter si elle ne me respecte pas?*"

Th: "*Dites-moi: croyez-vous plus important d'être respecté par les autres ou de vous respecter vous-mêmes?*"

Pt: "*Les deux sont importants.... "*"

Th: "*Mais il semble malheureusement surgir des situations où il devient inévitable d'avoir à choisir entre les deux... Et en ce moment, vue la façon dont vous agissez, vous n'obtiendrez ni l'un ni l'autre... Alors? Que choisissez-vous?*"

Pt:(silence).

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les membres névrotiques du couple acceptent tout aussi souvent des blâmes moraux pour des torts qui ne sont pas les leurs, qu'ils refusent d'en admettre lorsqu'ils sont responsables. Cette confusion intérieure peut être considérée comme morale ou psychologique selon les approches que le thérapeute voudra bien alors utiliser, mais on peut certainement y voir là l'une des manifestations du lien névrotique évoqué plus haut.

Le thérapeute pourra utiliser, au gré de ses inclinations philosophiques, diverses approches pour élaborer sur ces questions. On pourra emprunter au choix à la philosophie kantienne (impératif catégorique⁴) ou à la position existentialiste sur l'engagement envers des valeurs. Il

⁴ "*Agis en sorte que la maxime de ta volonté puisse toujours valoir en même temps comme principe d'une législation universelle*" ce qui ne signifie pas que la volonté d'un individu devrait prévaloir sur toutes les autres mais plutôt que tout individu devrait agir comme si son action devrait servir de modèle à celle de tous les autres individus. (Critique de la raison pratique, page 1). Kant voyait ce principe comme le fondement rationnel nécessaire et absolu de toute loi morale, d'où l'expression d'"*impératif catégorique*". En ce sens, la nécessité de faire comme tous les couples qui s'aiment pour être heureux aurait été qualifié par

n'est pas indifférent observer comment les niveaux respectifs de ces motivations évoquent également l'évolution du sens éthique individuel tel que décrit par Lawrence Kohlberg (1981): la démarche psychothérapeutique de façon générale est toujours susceptible de soulever la question du développement éthique de la personne.

2- L'EXPLORATION DE LA SOLITUDE : une émotion à mieux connaître

Il apparaît de plus en plus clairement maintenant que l'auto-responsabilisation décrite ci-haut met en lumière un autre phénomène essentiel à la condition humaine: la solitude irrémédiable des êtres. Comme toutes les dimensions incontournables de l'existence humaine, cette réalité comporte en elle-même un grand potentiel d'aliénation aussi bien que de croissance. Illustrons cette apparente contradiction par trois situations familières et fréquemment rencontrées par le clinicien:

- Brusquement confrontés à la séparation imminente et à la solitude consécutive à la menace de séparation, les membres d'un couple en désagrégation éprouvent tout à coup un impérieux désir de rapprochement. La plupart du temps cette amélioration est illusoire car l'enfer reprend dès que la crainte de la solitude est passée.

- Les patients qui viennent de se séparer se remettent souvent à idéaliser leur ancien conjoint, ne se rappelant plus que leurs qualités, les phases amoureuse de leur vie commune, etc., et bloquent sélectivement toute considération des événements désagréables, pourtant tout aussi réels, ayant entraîné la séparation dont ils souffrent tant maintenant. Comme dans le cas qui précède, cet élan d'aveuglement dans la frénésie anxieuse d'une dépendance menacée entraîne souvent des réconciliations hâtives, malavisés et éphémères.

- Les thérapeutes eux-mêmes, confrontés au tableau navrant et quotidien de la folie conjugale destructrice, développent une conscience plus aiguë de leur propre relation conjugale et deviennent ainsi plus à même d'en prendre un meilleur soin.

Les deux premiers phénomènes précédents semblent plutôt contribuer à l'aliénation des partenaires, mais on peut se demander tout de même s'il n'y a pas dans la solitude réelle ou appréhendée un facteur potentiellement positif de rapprochement., ne serait-ce que par le surcroît d'énergie qu'elle semble mobiliser, et si ce phénomène ne peut pas, en d'autres circonstances, acquérir une dimension thérapeutique.

En réalité, la solitude est un facteur de rapprochement, autant pour de bonnes que de mauvaises raisons. Impulsivement, on peut chercher n'importe quel rapprochement pour soulager, avant même de la comprendre, la détresse évoquée dans les exemples qui précèdent. Mais par ailleurs, lorsqu'on peut tolérer, avec parfois l'aide du thérapeute, la conscience aiguë de la solitude, on perçoit la valeur du lien interpersonnel, la grandeur tragique de la solitude, mais aussi l'énergie et le potentiel de découverte de soi qui s'y trouvent. En ce sens, le vrai drame n'est pas la conscience de la solitude, mais au contraire la perte de cette conscience qui pourrait être assimilée en Gestalt à une perte d'"awareness"⁵. Cette perte de conscience ("awareness") s'exerce souvent dans le couple à travers une forme typique de résistance au processus que les gestaltistes appellent la confluence :

"When the individual feels no boundary at all between himself and his environment, when he feels that he and it are one, he is in confluence with it.. Parts and whole are indistinguishable from one another. Newborn infants live in confluence; they have no sense of any distinction between inside and outside, between the self and the other. In moments of ecstasy or extreme concentration, grown people, too, feel confluent with their environment. Ritual demands this

Kant d'"impératif hypothétique", c'est-à-dire qui s'impose uniquement dans le cas où l'on désire un résultat particulier.

⁵ Il est difficile de traduire adéquatement en français le terme "awareness" dans le sens où l'entendent les gestaltistes. Il s'agit d'une conscience algusée, totale et surtout immédiate de tous les aspects d'un phénomène, émotif, cognitif, sensoriel, etc... sens que le mot français "conscience" à lui seul ne peut rendre.

sense of confluence, in which boundaries disappear and the individual feels most himself because he is so closely identified with the group. Part of the reason ritual produces a sense of exaltation and heightened experience is that normally we feel the self-other boundary quite sharply, and its temporary dissolution is consequently felt as a tremendously impactful thing. But when this sense of utter identification is chronic and the individual is unable to see the difference between himself and the rest of the world, he is psychologically sick. He cannot experience himself because he has lost all sense of himself.

The person in whom confluence is a pathological state cannot tell what he is and he cannot tell what other people are. He does not know where he leaves off and others begin. As he is unaware of the boundary between himself and others, he cannot make good contact with them. Nor can he withdraw from them. Indeed, he cannot even make contact with himself⁶. (Perls, 1973, page 38-40).

En bref, lorsque la confluence s'installe dans un groupe, les individus qui le constituent perdent la notion de leur individualité, se mettent à attendre d'autrui ce qu'ils devraient attendre d'eux-mêmes, ressentent comme une attaque ou une trahison tout mouvement de l'autre pour agir en fonction de lui-même, et perdent dans le même mouvement tout contact intime et vivant avec leur propre capacité individuelle de faire face à l'adversité. La conscience de la solitude fondamentale de chaque être est ainsi effacée, ce qui explique pourquoi, tableau toujours impressionnant, des conjoints dont nous savons pertinemment l'incapacité à se retrouver seul, se comportent avec une arrogance méprisante et provocante envers leur partenaire comme si la séparation qu'ils précipitent ainsi ne pouvait que détruire l'autre et surtout pas eux-mêmes. Ils marchent ainsi comme des somnambules grandioses vers un précipice existentiel dont le thérapeute avisé devra bien leur faire entrevoir la réalité.

Les gestaltistes assimilent avec raison la confluence à une résistance et ont imaginé de nombreuses approches pour la briser, en individuel, en couple ou en groupe. En thérapie individuelle, bien des exercices de type gestalt, mais aussi la simple structure de l'approche individuelle, avec son accent impitoyable sur la responsabilité de l'individu et son impuissance à mouler les autres selon son désir, permettent de briser cette confluence et de souligner le sentiment de solitude qui fait partie de la vie normale de l'homme. Dans la thérapie individuelle d'un patient souffrant de difficultés conjugales, le patient est à la fois seul (dans sa thérapie, dans son couple qui est remis en question, comme dans sa vie) et en même temps potentiellement relié à l'autre, car il a toujours (pour le moment du moins..) son couple qui n'est pas encore détruit. Cette situation décapante et éclairante en soi, les gestaltistes la qualifient de "safe emergency"⁶.

Un exercice fréquemment employé qui consiste à faire imaginer au patient la vie après la séparation provoque alors de la tristesse et parfois des larmes, idéalement non pas déclenchées par la perte de l'objet de dépendance, ce qui signerait probablement un trouble de personnalité au mieux dépendant et au pire limite (*borderline*), mais préférablement par la perte de l'objet aimé pour son existence même. Ce sentiment transitoire n'a pas nécessairement plus de valeur que lorsqu'il se produit impulsivement à la fin d'une chicane et lorsque les valises sont déjà sur le paillason, mais il permet d'étudier, en face à face avec le thérapeute, la véritable valeur de l'autre et de la relation. De par sa nature même, la thérapie de couple individuelle devient alors une démarche de gestalt visant à amplifier, par l'usage thérapeutique du fantasme, le processus normal de solitude inhérent à l'existence de chacun. Désormais, c'est sur l'arrière-fond constant de la solitude existentielle que seront dessinées, comme elles auraient toujours dû l'être, les interactions conjugales.

3- L'AUTO-CONTRÔLE : une pulsion à inhiber

⁶ En gestalt, le terme "safe emergency", qu'aucun terme français, encore une fois, ne paraît pouvoir vraiment traduire, qualifie ce qui à la fois émerge et réclame impérieusement une attention urgente (*emergency*), mais tout en demeurant relativement non menaçant (*safe*) parce que manifesté dans un contexte sûr et ouvert sur la possibilité d'une nouvelle attitude plus saine (Perls 1951, page 277).

Étant accepté au préalable le principe d'auto-responsabilisation, l'auto-contrôle par le patient sur ses propres comportements inappropriés est présenté simplement au patient sous forme d'injonctions: "contrôlez votre colère" ou "taisez-vous et écoutez" ou encore "attendez au lendemain avant de répondre", etc.. Ces injonctions peuvent porter sur des comportements bien différents, mais elles partagent toutes une caractéristique commune: leur valeur ne vient pas du geste lui-même qui sera posé (ou inhibé), mais plutôt des conséquences que le thérapeute croit devoir en découler dans le système conjugal. La première injonction habituellement donnée porte sur un geste simple et catégorique: "pas de chicanes!". Encore faut-il cependant bien déterminer ce qu'est une chicane de ménage dans ce couple, c'est-à-dire le point passé lequel, dans un conflit, les échanges sont plus destructifs que négatifs; bien des patients vivent dans le conflit comme des poissons dans l'eau et n'en reconnaissent plus la nature exceptionnelle. Il faut alors donner carrément au patient, avec moult exemples, l'injonction de ne plus se quereller, de se taire, de battre en retraite, et même, à la limite, de quitter la pièce, non sans pour autant spécifier au conjoint que ce retrait ne devra absolument pas pouvoir être interprété par le conjoint comme un désintérêt, une fuite ni une provocation (tentation trop facile!), mais comme une suspension temporaire du débat parce que l'échange entre eux a cessé d'être à qui que ce soit profitable. L'injonction consiste, quoique le conjoint fasse ou dise, à formuler simplement son opinion en termes sobres, modérés et non confrontants pour l'autre, puis à ne plus discuter à moins que ce ne soit dans une veine constructive et de solution de problème (*problem solving*). On peut aussi réaffirmer alors son désir de reprendre plus tard le débat, mais certainement pas dans les conditions présentes qui sont destructrices pour les deux partenaires. La réaction initiale des patients est prévisible:

- l'incrédulité outrée:

Pt: "*Quoi, vous voudriez que je ne dise rien quand elle m'engueule et me traite de tous les noms; je voudrais bien vous y voir...un homme ne peut pas laisser faire cela...!*"

Th: "*Précisément, c'est ce que je veux, et vous allez le faire parce que vous êtes le seul à pouvoir faire quelque chose dans cette situation*".

- la fierté soi-disant légitime:

Pt: "*Voyons, docteur, il est impossible de ne pas réagir quand on se fait insulter*".

Th: "*Au contraire, c'est parfaitement possible, et ça peut même procurer un sentiment de puissance non négligeable...*" (argument à utiliser avec précaution cependant, puisqu'il table sur le narcissisme du patient).

- le sentiment d'injustice:

Pt: "*Mais ce n'est pas à moi de me taire et me laisser faire quand c'est elle qui fait des folies et qui ne se contrôle plus*"

Th: "*Précisément, il faut qu'il y en ait au moins un qui se contrôle et je n'en vois pas d'autre que vous à pouvoir le faire pour le moment...*". (voir l'argument b) précédemment).

- la protestation d'impuissance:

Pt: "*Vous voulez dire que si elle me traite d'écoeurant, je ne devrais pas répondre...!*"

Th: "*Parfaitement! Essayez, ça va vous faire du bien! Vous ne le savez pas encore, mais ça se prend très bien.*"

Pt: silence incrédule et navré

Soulignons au passage qu'à plusieurs reprises on a donné ici des exemples de réparties thérapeutiques qui paraissent surprendre ou même choquer le patient, et elles le choquent

effectivement. Mais elles le font également réfléchir dans la mesure où la relation thérapeutique préalablement établie empêche ce dernier d'écarter comme inappropriées ou frivoles des opinions à première vue étonnantes mais exprimées par une personne soucieuse d'aider et qui s'est montrée précédemment digne de respect. Ceci constitue encore ici, sois dit en passant, une "safe emergency". C'est sur cette mince frontière, entre la provocation stérile d'une part et l'étonnement spectaculaire d'autre part, que le thérapeute doit souvent cheminer.

Cette consigne qui paraît simple de compréhension mais ardue d'application, demeure tout de même plus facile à appliquer qu'elle ne le paraît, à partir du moment où le client a assimilé les principes qui précèdent et à partir du moment où il réalise la puissance qui est impartie à celui ou celle qui ne perd jamais son sang-froid dans les conflits. Mais encore faut-il aborder la question avec un minimum de méthode. Dans le magma tumultueux du malheur conjugal, un certain ordre conceptuel peut être imposé. C'est ainsi que la pratique de ce principe implique plusieurs étapes préalables précises:

1) Savoir reconnaître les situations problématiques, ce qui n'est pas évident. Bien des gens s'engouffrent dans les conflits comme dans une glissade en toboggan, pour se retrouver bientôt au fond du malheur avant même de réaliser ce qui les y a conduit.

2) Savoir identifier le moment où la discussion n'est plus productive. Évidemment, il ne s'agit pas ici d'éviter toutes les situations potentiellement explosives, au risque de laisser pourrir des conflits importants qui ne seront ainsi jamais réglés: il s'agit plutôt d'identifier à partir de quel point une discussion devient improductive et risque de faire plus de mal que de bien. Par exemple lorsque les invectives apparaissent, lorsque les mêmes arguments sont répétés *ad nauseam* sans qu'on puisse avancer plus loin, lorsque les interlocuteurs cessent de s'écouter et ne répondent donc plus aux arguments de l'autre, c'est alors que la discussion devient stérile; tout patient d'intelligence normale et désireux de moins souffrir est apte à le comprendre.

3) Savoir interrompre adéquatement une interaction qui s'est mal engagée, c'est à dire savoir proposer de façon convaincante une suspension temporaire du débat, sans céder à l'envie irrésistible de décocher une dernière flèche de Parthe⁷ en quittant le terrain. Il faut aussi savoir rassurer le conjoint que l'arrêt du débat ne constitue ni une déclaration de victoire pour l'une des parties, ni une remise aux calendes grecques du sujet de conflit, ni une culpabilisation de l'autre supposément "pas parlable", etc...

Même si ces observations paraissent triviales, l'expérience démontre facilement le riche potentiel de dérapage de ces situations d'abandon temporaire des hostilités. C'est ici en particulier que la relation individuelle permet au thérapeute de donner au patient des injonctions dont l'acceptation devient beaucoup plus facile du fait de l'absence du conjoint qui n'est pas le témoin potentiellement méprisant de son obéissance. Soulignons pour terminer que toutes ces habiletés dialectiques font partie intégrante de l'entraînement à l'affirmation de soi et appartiennent au répertoire de tout individu confiant et sûr de soi, tant dans le règne humain qu'animal (Sapolsky 1990).

La pratique de l'auto-contrôle permet aussi de faire face à une résistance particulièrement suave que j'appellerais "la défense de Nuremberg" parce qu'elle se résume à dire que l'accusé n'a fait qu'obéir aux ordres de ses supérieurs (en l'occurrence le thérapeute), et devient donc plutôt une victime qu'un coupable. Ce genre d'obéissance donne souvent lieu

⁷ Les Parthes, adversaires d'Alexandre le Grand, avalent la réputation de feindre la fuite devant une armée ennemie, pour ensuite brusquement se retourner et cribler de flèches meurtrières leurs ennemis tout entier absorbés dans leur poursuite plutôt que dans leur propre protection. Une flèche de Parthe est une attaque meurtrière déclenchée au moment d'une fuite apparente.

à des manoeuvres passives-agressives de sabotage visant à blesser l'autre sous couvert d'une immense bonne volonté, manoeuvres qu'on pourrait résumer sous le grand titre de "...*mais je ne fais que ce qu'on m'a dit de faire..!*" Par exemple, le patient quitte brusquement une discussion chargée sans autres justifications, laissant sa conjointe au summum de l'émotion, puis après un long silence lourd de souffrances pour la conjointe, consent miséricordieusement à laisser tomber avec la douloureuse lassitude d'un martyr agonisant: "...*je ne fais que ce que le thérapeute m'a dit de faire..!*". De nombreux exemples de ce genre de stratégie ont d'ailleurs été abondamment décrits dans un petit chef d'oeuvre de la littérature psychologique populaire contemporaine, "*Des jeux et des hommes*" (Berne, 1964)

Or, cette stratégie comporte beaucoup moins de gratifications quand le conjoint n'était pas là pour assister à, et en quelque sorte partager, l'établissement d'une conduite à tenir. Ce dernier n'a pas de contrat à tenir, pas de règles à violer, et le patient si pervers soit-il, ne peut que s'en prendre à lui-même des échecs volontaires comme involontaires de ses actions, comme dans la "vraie vie" en définitive!. Car, bien entendu, le patient est seul en thérapie et le seul à assumer les conséquences des gestes qu'il pose avec son conjoint. Ceci doit être bien clair de façon à ce que le patient ne puisse jamais déclarer, faussement désolé: "...*mais je n'ai fais que ce qu'on m'a dit de faire..!*". Et si, à l'entrevue suivante, il se présente devant le thérapeute et tente à nouveau sa manoeuvre: "...*mais je n'ai fais que ce que vous m'avez dit de faire..!*", ce dernier, imperturbable, peut toujours déclarer, "*c'est bien dommage en effet. que nous n'ayons pu trouver une bonne solution.. Mais que ce soit de ma faute, de la vôtre ou de la sienne, ça n'a pas d'importance, vous êtes dans le pétrin... qu'est-ce qu'on pourrait bien faire pour améliorer la situation...?*". En d'autres termes, le principe de responsabilité totale n'est en rien modifié. Le thérapeute n'est pas responsable d'autre chose que de chercher une solution avec le patient; si la solution échoue, que ce soit ou non par la mauvaise foi du patient, c'est ce dernier qui demeure de toute façon responsable des répercussions sur sa propre existence.

Ceci dit, la technique de l'auto-contrôle a trois objectifs::

a) D'une part, le conjoint provoqué qui ne se démonte pas se fait la preuve à lui-même de sa force, il a le temps de penser, et la chose est sûre, on pense à un tas de choses intéressantes lorsqu'on garde le silence sous l'engueulade passionnée d'un conjoint... comme par exemple à la futilité des querelles stériles, à la tristesse d'une complicité détruite, à l'élaboration d'une ouverture constructive de pacification, etc...

b) Ensuite, ceci contribue grandement à dissoudre le lien névrotique. Il n'y a pas de bassesses verbales auxquelles les conjoints furieux ne peuvent pas s'abaisser, mais ils savent généralement très bien qu'il sont alors méprisables. Et qui d'autres au monde voudrait d'une personne aussi détestable que soi-même lorsqu'on se perçoit clairement comme se livrant à une attaque vicieuse et de mauvaise foi? L'auto-contrôle par contre, passée l'épreuve initiale de résistance au plaisir du combat, renforce généralement l'estime de soi et dissout d'autant le lien névrotique.

c) Enfin, il existe une possibilité d'évolution positive du conjoint soumis alors à l'effet d'entraînement. Évidemment, il ne faut pas triompher prématurément: plus d'un couple essaient l'auto-contrôle une première fois, se calment, en arrivent peu après à parler constructivement et dans la foulée triomphale de se voir ainsi débarrassés de leur furie respective, glissent innocemment dans un nouveau conflit plus sauvage que le premier. Donc, si ça marche, le thérapeute doit se cantonner dans une dubitative prudence et encourager le patient dans la même direction tout en l'assurant qu'"une hirondelle ne fait pas le printemps", sagesse qui peut même s'agrémenter d'une prédiction éricksonnienne à l'effet que le prochain conflit ne saurait manquer de surgir bientôt (Haley 1973).

4- L'INTERVENTION POSITIVE : un comportement à développer

Un patient qui se sent suffisamment responsable de sa vie individuelle et conjugale pour ne pas s'abandonner à toutes ses réactions négatives en cas de conflit peut maintenant envisager d'exercer une action positive sur son conjoint. Inutile de préciser que ces actions seront supervisées de façon discrète par le thérapeute et, en ce sens, on peut les considérer, même si le thérapeute ne fait que les conseiller ou les encourager (mais parfois aussi les dicter...) comme des manoeuvres thérapeutiques au même type que tout ce qui précède.

Quelles sont les interventions positives à encourager ici? Je ne citerai aucune approche qui ne fasse pas déjà partie intégrante du traitement conjugal classique mais on peut maintenant apprécier comment leur emploi peut être facilité par le fait d'être préconisées dans un cadre individuel.

a) **ÉCOUTE ET REFLET**: c'est le premier niveau de la relation. Il s'agit ici de se mettre à la place de l'autre avec un maximum d'empathie et de se contenter de l'écouter en tentant de comprendre comment il vit la situation, sans porter de jugements de valeur d'aucune espèce; ceci paraît d'emblée difficile mais demeure réalisable avec de la pratique patiente. Le thérapeute favorisera cette attitude en en donnant spécifiquement l'injonction au client, mais aussi en questionnant longuement le patient sur les motivations de son conjoint et ses états d'âme, en manifestant clairement l'intérêt curieux qu'il espère inspirer chez lui à l'endroit de son conjoint.

Pt: "À ce moment là, alors que j'étais parfaitement calme, elle m'a sauté dans la face et m'a traité de "maudit chien sale"! Est folle, je vous dis!"

Th: "Voyons, c'est très intéressant. Qu'est-ce qui a bien pu la provoquer, à votre avis?"

Pt: "Je l'sais-tu moé! Est folle!"

Th: "Peut-être avez-vous raison, mais c'est quand même étrange qu'elle explose soudainement comme cela... Pouvez-vous penser à une explication... ?" Et ainsi de suite....

Au début, ces questions paraîtront bizarres au patient, pour ne pas dire incongrues, mais il n'en demeure pas moins qu'il en ignore souvent le premier mot, ce qui finit normalement par le frapper et, dans le meilleur des cas, l'intriguer. A force d'être confronté au questionnement du thérapeute, le patient est bien obligé d'écouter son conjoint lorsqu'il sait que le thérapeute va lui demander un compte rendu détaillé de la discussion en cours avec une présentation objective des arguments de l'autre. Et l'écoutant, ce qui n'est pas si fréquent dans les couples dysfonctionnels, sa perspective sur le problème risque de changer!

Mais cette objectivité attentive n'est pas atteinte du premier coup, on s'en doute bien. Bien des patients, au début de l'entreprise, n'ont aucune idée du point de vue ou des arguments du conjoint avec lequel ils viennent pourtant d'avoir un échange extrêmement violent. Le thérapeute qui n'a aucun élément de réponse quant aux motivations du conjoint, peut entreprendre des spéculations avec son patient sur les motivations du conjoint d'agir ainsi; au début, les explications sont simplistes pour ne pas dire démonologiques: la méchanceté, la perversité ou la folie sont invoquées, mais à la longue, les explications se "psychologisent" et rendent plus justice à la position de l'autre, sur un mode impartial qui ne se produirait jamais en présence du conjoint. A la faveur de la complexité psychologique croissante des explications découvertes, on passe imperceptiblement du jugement moral à la "compréhension psychologique" de l'autre. Sans pour autant prétendre que, comme le disait Albert Camus, "*Tout comprendre c'est tout pardonner*", il n'en demeure pas moins que plus on comprend les motivations de l'autre, plus il est difficile de le condamner sans appel et que la réponse à ses demandes risque alors d'être plus adéquate, sinon plus satisfaisante.

la stratégie de Sganarelle⁸

Parfois, lorsque je crois la démarche possible, j'irai même jusqu'à pousser encore plus loin la position du patient mécontent de son conjoint en blâmant encore plus sévèrement que lui ce dernier, mais tout en portant attention à la réaction du patient. Si celui-ci est porté alors à défendre son conjoint, je serai alors tenté de croire qu'il reste un fond de tendresse et de compréhension susceptible d'alimenter le travail en cours. Il s'agit d'une manoeuvre que je n'essaierai qu'un fois la thérapie avancée, avec prudence et jamais de façon machiavélique: ainsi, je choisirai plutôt les situations où je serai naturellement outré par le comportement présumé du conjoint. Si le patient défend son conjoint de façon cohérente et raisonnable, j'y verrai à la fois une marque d'autonomie du patient et d'attachement authentique envers le conjoint. S'il me suit avec enthousiasme, je ferai marche arrière rapidement et me poserai des questions nouvelles sur la solidité de ce couple.

b) la SOLUTION DE PROBLÈME; Cette approche que tout le monde connaît, s'enracine dans la capacité d'inhiber la réponse initiale d'agression ou de colère qui est souvent devenue quotidienne et régulière dans le couple, pour passer à la discussion rationnelle de tous les problèmes qui se présentent. Elle procède de l'auto-contrôle, mais pousse le patient à élaborer plus loin sa stratégie conjugale. La technique consiste à faire tout le processus de solution de problèmes avec le patient dans un premier temps, puis à l'entraîner à le faire lui-même et enfin à tenter d'impliquer son conjoint dans cette démarche. Les tâches domestiques, la répartition du budget du couple, la discipline des enfants et le choix des loisirs communs ou séparés, constituent les thèmes les plus fréquemment travaillés par cette approche.

c) L'AFFIRMATION DE SOI est un sujet plus délicat mais presque toujours essentiel. Beaucoup de conjoints, poussés par leur propre insécurité, tyrannisent leur partenaire qui cède initialement puis, le moment de culpabilité névrotique passé, cherche à prendre une revanche au moins aussi motivée par la colère envers l'autre que la honte envers soi-même. Ce comportement où alternent la soumission et l'agression vengeresse subséquente, a été fréquemment décrit dans les interactions pathologiques entre parents insécures et enfants aveuglés par le pouvoir démesuré qu'on leur laisse. Mais il est tout aussi fréquent dans les couples pathologiques. Lorsque le patient, supporté par le thérapeute sait s'affirmer calmement et fermement sur des conflits où le bon sens est clairement de son côté, le conjoint rassuré se calme comme si la force de l'un protégeait l'autre contre sa propre folie. Un complément essentiel de cette pratique implique bien entendu la capacité de reconnaître ses torts et s'en excuser envers l'autre, attitude qui fait tout aussi partie du tableau générale de l'affirmation de soi et qui ne manque pas de provoquer l'étonnement ou la stupéfaction du patient lorsque le thérapeute l'y incite pour la première fois.

Cette pratique "bidirectionnelle" de l'affirmation de soi entraîne souvent des revirements dramatiques dans la relation du couple. Il ne faut pas voir là autre chose qu'un gain à court terme puisque l'autorité, fut-elle morale, d'un conjoint par l'autre ne constituera jamais les fondements d'une relation très riche. Mais c'est une étape profitable vers de nouveaux développements, car le conjoint, porté par l'effet d'entraînement, en viendra probablement lui aussi à soutenir ses actes ou s'en excuser en fonction d'une bonne foi croissante. A la longue, l'affirmation de soi est un facteur puissant pour briser le lien névrotique. et dissoudre la culpabilité et l'infériorité ressenties par le patient.

d) le SOIN DE L'AUTRE: je n'emploierai pas ici le terme "renforcement positif" qui pourtant pourrait sembler s'appliquer à une partie de ces comportements. Dans un sens plus large, j'entend plutôt par "action positive" tout geste positif posé par le patient envers son

⁸ La comédie de Molière *Le Médecin malgré lui* s'ouvre sur une scène célèbre où le héros, Sganarelle, réprimande sur la voie publique un homme qui bat sa femme, mais cette dernière s'alle alors à son mari pour rosser son protecteur en s'écriant "Et s'il me plaît à moi, Monsieur, d'être battue!"

conjoint en dehors du strict contrat quotidien. Ces gestes peuvent appartenir à plusieurs catégories:

- support général, encouragement, reconnaissance, gestes spontanés d'empathie. Ex.: émettre spontanément un commentaire d'empathie quant à des difficultés du conjoint, ou un commentaire de satisfaction quant à un événement agréable qui lui survient.

- renforcement positif: certain commentaires positifs peuvent être vus simplement comme des gestes de renforcement positif. Mais le fait que dans le contexte du couple ils semblent surgir spontanément plutôt que comme conséquence d'une injonction du thérapeute aux deux conjoints dans son bureau, me paraît ajouter à leur efficacité. Ex: reconnaître le geste positif ou affectueux du conjoint en le remerciant.

- l'initiative inusitée: mais d'autres gestes ne visent pas à renforcer une action posée par le conjoint. mais plutôt à amorcer une spirale positive en brisant une situation chronique défavorable. Cette action positive peut être initiée par le patient, mais souvent suite à l'injonction du thérapeute et parfois même en dépit d'un fort sentiment de résistance ou d'incrédulité de la part du patient. Ex: un patient timide et non assertif face à ses émotions reçoit l'ordre d'acheter des fleurs à sa femme, geste qu'il feint de trouver "quétaine" et banal, mais qui lui répugne en réalité à cause de l'exposition des sentiments qu'il révèle.

Toutes les démarches qui précèdent provoquent de multiples effets bénéfiques dont deux, entre autres, méritent d'être soulignés.:

a) L'effet gestalt: Certaines de ces actions positives ont pour fonction de révéler au patient ses propres sentiments, et ce en dépit du fait de leur origine dans une injonction extérieure. Il y a ici un phénomène d'entraînement que les thérapeutes de gestalt connaissent bien. Un sentiment qu'on cherche à révéler au patient peut être aussi parfois le sentiment de tendresse dans l'accomplissement d'un mouvement de rapprochement ou de générosité qui, quoiqu'ordonné par le thérapeute, entraînera néanmoins l'accroissement de la perception de la générosité et de la tendresse. "*Prenez l'attitude de la foi et la foi viendra!*" (Blaise Pascal).

b) L'effet d'entraînement sur l'autre: Dans un autre cas, le but de l'exercice n'est pas de familiariser le patient avec ses propres sentiments, mais plutôt de provoquer une réaction prévisible par le thérapeute chez le conjoint et engendrer ainsi une spirale positive, ou encore de démontrer au patient le pouvoir qu'il a sur son système conjugal. Mais dans aucun cas, bien entendu, le but premier ne consiste à régler dans l'immédiat le problème conjugal par la manipulation de l'autre, ce qui se révélerait généralement tôt ou tard inefficace.

Une pratique à déconseiller particulièrement me paraît être l'INTERPRÉTATION d'un conjoint à l'endroit de l'autre. Il s'agit là d'une arme dévastatrice dans les couples, particulièrement les couples dont l'un des membres (ou les deux) est lui-même un thérapeute. L'interprétation est un outil thérapeutique extrêmement délicat et qui ne peut être employé à bon escient que par ceux qui occupent une distance émotionnelle appropriée par rapport au sujet de l'interprétation, ce qui n'est manifestement pas la position de nos protagonistes!

ÉVOLUTION DE LA THÉRAPIE

Trois évolutions sont possibles: réussite, échec ou statu quo. Mais, comme on le verra, aucune des trois n'est à redouter.

1) Dans le premier cas, le conjoint extérieur devient moins agressif, plus confiant, moins contrôlant, plus rassuré, et son comportement se modifie. C'est l'évolution positive recherchée et tout le monde s'en félicite. On peut bien entendu apporter plusieurs explications à ce phénomène:

- Explication rogéienne: empathie et changement.

Explication par modeling: apprentissage de nouveaux comportements.

Explication systémique: modification du mécanisme de contrôle mutuel.

Explication par conditionnement opérant: renforcement des comportements coopératifs et extinction des comportements destructifs.

Explication psychodynamique: amélioration de l'estime de soi et reflet de ceci sur la considération envers le conjoint par arrêt des projections.

Les théories explicatives n'ont finalement de valeur, dans ce genre d'entreprise clinique, que dans la mesure où elles aident le thérapeute à complexifier et améliorer ses démarches privilégiées. Il ne faudrait pas faire l'erreur de confondre explication plausible avec explication réelle.

2) Dans un second cas, le conjoint ne change pas ou, parfois et dans une ultime et désespérée tentative de maintenir une position névrotique, intensifie ses manœuvres pathologiques. On peut parfois y voir l'équivalent de la "relation thérapeutique négative" (Karen Horney): narcissisme blessé. chez un conjoint non seulement très malade mais encore inaccessible au traitement. Car il arrive souvent qu'un conjoint intrigué par les progrès de son partenaire réclame lui aussi une thérapie ou tout au moins se montre maintenant coopératif. S'il ne le fait pas, et même augmente ses agressions et ses provocations, je crois qu'il faudra se résigner tôt ou tard à faire le deuil du couple, dans la mesure où le patient, débarrassé de son sentiment de culpabilité ou d'incompétence interpersonnelle, pourra atteindre plus ou moins rapidement l'autonomie affective et matérielle suffisante pour le dissoudre. En effet, il faut alors s'attendre à ce que le patient voit à la fois son estime de lui s'améliorer et sa qualité de vie se détériorer. Inévitablement, il va se détacher et effectuer dans des conditions souvent moins affreuses qu'autrefois, un mouvement qu'il n'aurait jamais pu poser au summum de l'horreur précédente: il va se détacher graduellement sans culpabilité mais avec un sentiment croissant d'authenticité, ceci jusqu'à la séparation complète et sans haine ni rancune, mais marquée plutôt dans la tristesse et le soulagement.

Cette dernière évolution semble aller à l'encontre du principe initial que les couples qui se sont aimés peuvent encore le faire. Mais on peut raisonnablement dans ces cas postuler que le lien qui les unissait en premier lieu comportait probablement plus de névrose que d'attraction amoureuse essentielle.

3) Une troisième issue demeure possible: le patient demeure dans le couple sans avoir changé l'autre, pour diverses raisons pragmatiques ou névrotiques. Son comportement demeure raisonnable et contrôlé pour un certain temps puis recommence à se dégrader faute de renforcement. Ce genre de couple risque de se retrouver au point de départ quelques années plus tard, mais peut être alors, et la chose a été souvent vérifiée, en meilleure position pour régler alors le problème puisqu'au moins un des deux partenaires aura eu une expérience préalable quoique brève de la santé interpersonnelle.

CONCLUSION

Les philosophes existentialistes, chrétiens comme athés ont cherché à voir l'existence humaine comme déterminée par quatre grands phénomènes essentiellement liés à notre existence et qui sont susceptibles de déterminer à la fois notre aliénation comme notre libération. Ces grandes catégories de l'existence sont la **solitude** à laquelle on n'échappe jamais que partiellement, la **mort** inéluctable, la **responsabilité** impitoyable de chacun envers sa vie et la **nécessité** de donner un sens à un univers **absurde** qui n'en comporte pas d'évident. La psychothérapie individuelle, quelle que soit son orientation, reprend forcément tôt ou tard ces grands thèmes qui constituent inévitablement l'arrière-plan de l'approche individuelle de couple. C'est la solitude qui nous rapproche des autres, c'est la liberté qui nous rend responsable de cette approche, c'est la mort qui nous révèle l'insignifiance des

petits conflits quotidiens qui la menacent et c'est l'absurde qui nous pousse à y chercher un sens transcendant les banalités du quotidien.

A partir de ces principes généraux, on n'a cherché à démontrer ici qu'une seule chose: l'approche individuelle peut être aussi fructueuse pour traiter le couple que l'approche conjointe. Lorsqu'elle est aussi la seule possible, les psychothérapeutes ne devraient pas s'en détourner.

BIBLIOGRAPHIE

- Berne, E. (1964). Games People Play. Ballantine.
- Bourgault, D. et L. Guérette (1982). La gestalt-thérapie. Cours donné à l'Hôpital Notre-Dame de 1982 à 1991.
- Christie, G. (1972). "The Origins of Falling-in-Love and Infatuation." American Journal of Psychotherapy XXVI(2): 244-256.
- Festinger, L. and J. Carlsmith (1959). "Cognitive consequences of forced compliance." Journl of Abnormal and Social Psychology 58: 203-210.
- Haley, J. (1973). Uncommon Therapy: The psychiatric Techniques of Milton Erickson, m.d. Ballantine.
- Horney, K. (1933). The Problem of the Negative Therapeutic Reaction. The Psychoanalytic Quarterley, 5, 29-44.
- Kant, E. (1781). Critique de la raison pratique.
- Kohlberg, L. (1981). The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and the Idea and Justice. San Francisco, Harper & Row.
- Marc-Aurèle: Pensées pour moi-même, suivi de Manuel d'Epictète. Paris, Garnier-Flammarion (1964).
- Nisbett, R. and L. Ross (1980). Human Inference: strategies and shortcomings of social judgment. Englewood Cliffs. New-Jersey, Prentice Hall, Inc.
- Perls, F. (1973). The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy. New-Yok, Bantam Books.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. New-York: Dell Publishing.
- Sapolsky, R. (1990). "Stress in the Wild." Scientifici American(Janvier): 116-123.
- Tennov, D. (1979). Love and Limerence: The Experience of Being in Love. New-York, Stein & Day.
- Wesley, S., & Waring, E. (1996). A Critical Review of Marital Therapy Outcome Research. Can J Psychiatry, 41(7), 421-428.
- Willi, J. (1982). Couples in Collusion. New-York, Jason Aronson.
- Willi, J. (1984). Dynamics of Couple Therapy. New-York, Jason Aronson.
- Willi, J. (1984). "Gegluckte ebeliche Partnerschaften schwer neurotischer Persönlichkeiten ("Mariages réussis de personnes extrêmement névrotiques")." Gruppendynamik und Gruppentherapie.
- Willi, J. (1984). The Concept of Collusion: A Combined Systemic-Psychodynamic Approach to Marital Therapy. Family Process, 23(2), 177-185.
- Wright, J. (1985). La survie du couple. Montréal, Les Editions La Presse, Ltée.

