

La co-intervention homme-femme en thérapie conjugale, un mode de traitement sous-estimé

Male-female cotherapists in marital therapy : a treatment underestimated

La co-intervencion hombre-mujer en terapia conyugal : Una forma de tratamiento subestimada

André Benoit et Lucie Pétrin

Volume 24, numéro 1, printemps 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031593ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031593ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Benoit, A. & Pétrin, L. (1999). La co-intervention homme-femme en thérapie conjugale, un mode de traitement sous-estimé. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 221–244. <https://doi.org/10.7202/031593ar>

Résumé de l'article

Le présent article introduit à un type peu habituel de thérapie conjugale. Il relève les avantages et les difficultés pour une dyade de thérapeutes de conduire conjointement une démarche de thérapie pour couple. Ce processus psychothérapeutique permettrait-il au couple client de mieux se sortir d'impasses relationnelles et d'apprendre plus rapidement à relever les défis inhérents à la vie de couple? À partir de réflexions et d'illustrations tirées de leur expérience de co-thérapie homme-femme, les auteurs répondent à cette question. Ils soulignent la spécificité et les implications de ce mode thérapeutique utilisé dans le cadre précis d'un modèle systémique-interactionnel.



La co-intervention homme-femme en thérapie conjugale, un mode de traitement sous-estimé

André Benoit*

Lucie Pétrin*

Le présent article introduit à un type peu habituel de thérapie conjugale. Il relève les avantages et les difficultés pour une dyade de thérapeutes de conduire conjointement une démarche de thérapie pour couple. Ce processus psychothérapeutique permettrait-il au couple client de mieux se sortir d'impasses relationnelles et d'apprendre plus rapidement à relever les défis inhérents à la vie de couple ? À partir de réflexions et d'illustrations tirées de leur expérience de co-thérapie homme-femme, les auteurs répondent à cette question. Ils soulignent la spécificité et les implications de ce mode thérapeutique utilisé dans le cadre précis d'un modèle systémique-interactionnel.

La co-thérapie, très populaire dans les interventions de groupe, conserve son caractère d'exception en thérapie conjugale. La co-intervention est surtout employée dans des contextes spécialisés comme la thérapie sexuelle (Masters et Johnson, 1970), l'évaluation de la dangerosité, les cours de préparation au mariage et diverses entrevues d'évaluation où plus d'une discipline doivent collaborer. La co-thérapie est principalement utilisée de façon instrumentale pour la formation et la supervision de thérapeutes où l'on jumelle thérapeute expérimenté et thérapeute débutant. Elle est plus rarement utilisée comme démarche principale par deux thérapeutes expérimentés choisissant de faire équipe.

En pratiquant ce mode de traitement, nous avons observé certains phénomènes différents de la thérapie à un seul thérapeute. Lorsque nous avons voulu nous documenter sur ces manifestations, nous avons constaté que la littérature sur la co-thérapie se faisait rare, et encore les écrits ne font-ils état que du contexte de la thérapie de groupe ou familiale. C'est à peine si l'on peut trouver quelques écrits d'un courant américain de counselling matrimonial qui a été populaire dans les

* A. Benoit et L. Pétrin sont psychologues en pratique privée à Sherbrooke. A. Benoit travaille également au Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE).

années 60-70. Bref, la documentation sur la co-thérapie conjugale de type homme-femme¹ affiche disette actuellement.

En ces temps de coupes et de compressions budgétaires, il peut paraître pour le moins paradoxal, au Québec, d'opter pour la co-thérapie comme mode principal de traitement. Il est vrai que la co-intervention augmente les coûts non facturables et multiplie les efforts d'adaptation des professionnels, en temps comme en énergie (prises de rendez-vous, rencontres d'arrimage et autorégulation post-entrevue). Une tarification doublée peut difficilement être assumée par le payeur, que ce soit en privé ou en institution. Cependant, certains thérapeutes² qui font régulièrement de la co-thérapie conjugale croient que dans bien des cas ce mode d'intervention, qui mise sur la relation intersystémique, est préférable à la fois pour le système-clients et pour le système-thérapeutes. En tant qu'approche systémique, cette « demande s'inscrit dans un protocole thérapeutique qui vise à saisir l'interrelation entre les individus plutôt qu'à prendre en compte la dynamique psychique des individus » (Miermont, 1987, 141). La co-intervention dans un tel système à quatre permet d'installer une dynamique relationnelle aussi spécifique qu'efficace.

Comme nous le verrons, intervenir en dyade avec un couple en difficulté est d'abord une question de choix : s'utiliser soi comme membre d'une dyade et utiliser le lien particulier existant entre les deux thérapeutes. Lazarus (1976, 231) le remarque : « Le plaisir que les co-thérapeutes éprouvent en travaillant ensemble peut avoir un effet contagieux sur leurs patients. » Cet aspect subjectif de la question est plus difficilement mesurable. Les recherches abordent généralement cette co-thérapie en comparaison avec la thérapie à un seul sous l'angle de l'efficacité et surtout pour traiter les problèmes sexuels. « D'après nos expériences en laboratoire, disent Masters et Johnson (1971, 15), il était également devenu évident que l'approche des problèmes sexuels du couple relevait d'une équipe mixte et non d'un seul praticien, homme ou femme. » Pour Clement et Smith (1983), il n'y a pas d'évidence quant à la supériorité du traitement effectué par une équipe de co-thérapie sexuelle. Les recherches de Mehlman et al. (1983) vont dans le même sens : « les résultats indiquent que les co-thérapeutes ne sont pas significativement plus efficaces pour produire des changements chez les couples en détresse que les thérapeutes seuls ». Pour Crowe et al. (1981), la supériorité de la co-thérapie en termes d'efficacité est faiblement démontrée, mais leur recherche ne peut être davantage affirmative car des variables confondues ont pu interférer. Il est vrai, comme le mentionne Lopiccio (1985), que la plupart de ces études comparatives

sur des thérapies sexuelles démontrent à l'instar de Masters et Johnson (1971) que la thérapie menée conjointement n'est pas significativement plus efficace qu'une thérapie en solo si les expérimentateurs tiennent compte du sexe du thérapeute seul *et* de la personne qui présente la dysfonction. Citons finalement Gellman et Gellman (1979) :

Le symptôme sexuel n'est qu'un des aspects des troubles psychopathologiques que peut présenter un individu ou un couple. Il s'agit parfois d'un « résidu », stigmate de difficultés affectives depuis longtemps dépassées dans d'autres domaines, ce peut être un élément encore très actif dont la disparition ne sera pas sans poser de multiples questions tant à l'individu qu'au niveau de son couple. Dans de très nombreux cas, la disparition du symptôme chez l'un des partenaires (éjaculation précoce par exemple) fera « apparaître » un symptôme chez l'autre (dyspareunie ou frigidité) qu'il faudra alors traiter. Ce qui montrerait, s'il était besoin de le prouver, que les partenaires ne se sont pas choisis par hasard, mais en fonction, entre autres, de motivations psychopathologiques très subtiles.

Donc, si une raison peut justifier une plus grande fréquence d'utilisation de ce mode de traitement, ce n'est pas exclusivement l'efficacité de la démarche pour le client. Très souvent, la co-thérapie est choisie comme élément pivot du cadre d'intervention « pour la relation dont peuvent bénéficier ensemble clinicien et patient » (Nelson et Roller, 1991). Un tel travail d'équipe accroît le niveau de satisfaction ou de frustration de chacun. Il augmente considérablement l'intensité et les possibilités du processus psychothérapeutique. Ce mode d'intervention brise la routine et offre des possibilités insoupçonnées d'autosupervision. Chacun peut y trouver une grande source de croissance tant personnelle, qu'interpersonnelle et professionnelle.

Cependant, nous restons conscients que le traitement par un dyade mixte de thérapeutes, comparativement à une thérapie en solo, ajoute une dimension à la relation thérapeutique. Étant donné que la relation thérapeutique est déjà en soi très complexe, il n'est peut-être pas toujours souhaitable d'opter pour la co-thérapie. Une approche en tandem risque parfois de forcer l'intégration de la vie personnelle et professionnelle. Elle peut même rendre un travail ultérieur difficile en ayant poussé insidieusement les thérapeutes vers une intimité qu'ils ne souhaitent pas nécessairement vivre. Selon Guilhot (1980), en co-thérapie de groupe de couples, « si les animateurs homme et femme doivent être à l'aise avec leur problématique réciproque, ils doivent aussi être très au

clair avec le type de relation qu'ils entretiennent entre eux. » Des relations d'amitié de longue date ont parfois été mises à rude épreuve en servant à ce à quoi elles n'étaient ni destinées ni préparées. Mais, avant de regarder les limites de cette approche, voyons comment nous en sommes venus à apprécier ce travail en tandem puis à y réfléchir.

D'abord, une question nous était venue alors que nous travaillions en solo. Est-ce qu'une dyade serait mieux placée que chacun de nous séparément pour en aider une autre ? Nous avons alors tenté une démarche conjointe avec la première équipe disponible de thérapeutes : notre couple naturel respectif ! L'effervescence du début est partie, mais nous avons conservé un grand intérêt pour ce mode d'intervention. Actuellement, nous adoptons tous deux régulièrement la co-thérapie conjugale pour favoriser l'apprentissage de thérapeutes débutants. Nous utilisons aussi à l'occasion notre propre couple naturel parce qu'il nous permet de peaufiner ce modèle et d'employer certaines particularités de la co-thérapie dans d'autres contextes de co-intervention : thérapie ou croissance de couples en groupe, support conjoint aux compétences parentales et conciliation pour ex-conjoints. Nous utilisons la co-thérapie principalement lorsque le référent nous amène à anticiper qu'il nous faudra rencontrer les conjoints séparément.

En co-thérapie, les intervenants n'utilisent pas que des outils, techniques et stratégies que chacun a appris, ils utilisent la puissance symbolique et effective de leur couple « professionnel », même si ce soi-disant couple est formé dans un contexte d'exigences situationnelles et organisationnelles.

Nous disons parfois aux couples qui nous consultent que $1 + 1 = 3$ (1 : l'individu, plus 1 : l'autre, égale 3 : le couple). Le tout, c'est connu, est plus que la somme de ses parties. Le couple est cette globalité qui dépasse chacune des deux personnes qui le composent. C'est cette entité qui « grandit » chacun, « l'ennoblit » ou « l'empoisonne ». En co-thérapie, c'est cette entité, le couple-client, qui est travaillée indirectement et parfois directement par la dyade thérapeutique. « Elle est en soi une entité dynamique qui, au delà des interventions de chacun des partenaires de l'action thérapeutique, favorise les changements et la mise en œuvre de stratégies adaptées à chaque groupe familial. » (Bowen, 1978, in Miermont, 1987)

Il est généralement accepté, en thérapie individuelle, que la congruence du thérapeute dans l'interaction avec son client est un important facteur de changement. L'interaction que le thérapeute établit avec son client sert de modèle à ce dernier. Les co-thérapeutes, quant à eux, ont

non seulement chacun cet indispensable levier de changement mais ils en possèdent un second : leur relation. Ils peuvent miser sur la congruence de leurs interactions spontanées et stratégiques entre eux deux pour provoquer l'émergence de nouveaux schèmes relationnels dans le système-couple. Ils deviennent implicitement des exemples au niveau de la communication. Qu'il en soit conscient ou non, chacun des conjoints est à la recherche d'un modèle qui lui servirait de référent. Chacun cherche un modèle de conjoint ou de conjointe, de partenaire ou de co-équipier pour diverses tâches (éducation des enfants, etc.). Chacun recherche aussi et surtout... un modèle d'interaction !

L'utilisation du « modelage » par la dyade thérapeutique

La présence de deux thérapeutes et la référence à leur relation permettent d'apporter au couple client un autre modèle de couple parental que celui que chacun des partenaires a connu durant son enfance. Cet enseignement par l'exemple se fait habituellement de façon implicite et presque toujours en parallèle. Ainsi, par exemple, l'aptitude à la méta-communication, si importante pour résoudre des problèmes conjugaux (Joly, 1986), est cultivée en même temps que sont poursuivis les autres objectifs de la démarche thérapeutique. Même si le mode verbal peut être utilisé pour favoriser la prise de conscience des distorsions et des incongruences de la communication, il serait illusoire de croire que toute pédagogie passe par la parole. Selvini-Palazzoli a précisé sa pensée à ce sujet dans une entrevue accordée à la revue allemande *Socialmagazin* :

« La théorie pragmatique de la communication humaine nous enseigne en effet que toute communication comprend un niveau de contenu, constitué le plus souvent par le langage, et un niveau de relation qui s'exprime essentiellement au moyen du code analogique non verbal » (Selvini, 1987, 127).

Faire de la co-thérapie homme-femme, c'est alors accepter de servir de modèle à plusieurs niveaux (conjoint, co-équipier, éducateur, partenaire, etc.) avec une façon particulière de faire. C'est montrer, en l'assumant, comment co-existent et entrent en relation nos deux univers complémentaires, nos réalités masculines et féminines. Gray a bien démontré et vulgarisé le rôle joué par nos différences inter-sexes :

« Non seulement les hommes et les femmes communiquent-ils différemment, mais ils pensent, ressentent, perçoivent, réagissent, se conduisent, aiment et apprécient différemment. Ils ont presque l'air de venir de planètes différentes, d'avoir un langage différent et même des besoins fondamentaux différents » (Gray, 1994, 17).

Faire de la thérapie systémique-interactionnelle, c'est prendre les problèmes qui sont amenés et les traduire dans un langage relationnel commun pour que chacun se sente concerné. Ainsi recadré, chacun peut reprendre du pouvoir sur sa vie en y assumant sa responsabilité. De plus, faire de la thérapie en co-intervention, c'est utiliser l'exemple que nous fournissons par nos interactions, entre nous et avec eux. Ces interactions et leur contexte deviennent un moyen privilégié d'éducation. La propre dyade des thérapeutes, devenue une métaphore vivante, est porteuse d'espoir et riche d'enseignements pour les clients. Les difficultés conjugales antérieures vécues par chacun des thérapeutes sont des preuves que les clients aussi peuvent s'en sortir. Ces exemples, telles des images ou des allégories, permettent souvent de contourner des résistances, de dédramatiser et de rejoindre les clients plus facilement et plus efficacement. Dits en présence du co-thérapeute, ces exemples vécus semblent avoir un impact plus puissant sur les clients ou tout au moins sur la qualité du climat. Il en résulte souvent une atmosphère plus ouverte et légère, surtout s'ils sont amenés simplement, avec à point, humour et détachement.

Ces processus d'identification et d'enseignement par l'exemple ne sont pas sans rappeler les processus thérapeutiques opérant dans les fraternités anonymes de type *Alcoolique Anonyme* et divers autres groupes d'entraide. Après tout, comme le disent Bélec et Gaudreau (1986, 76) :

Tout schéma de relation élabore sa différence à partir d'une identité première. Qu'on le situe dans les patterns intériorisés à partir des premières images de l'enfance ou dans l'actualisation concrète de jeux de couple, le champ polarisé cristallise une mimésis identificatoire qui rend cet espace (ou mouvance) significatif.

Ce qui fut nouveau pour nous a été de constater que la co-thérapie mixte permettait un plus haut niveau de dévoilement et d'identification tout en demeurant compatible avec une approche experte et professionnelle.

Vignette clinique 1

La vignette clinique suivante illustre la puissance du dévoilement comme levier de changement en co-thérapie. Lorsque Lise et Pierre ont consulté, chacun reprochait à l'autre sa non-implication dans le couple. Paradoxalement, en faisant ces critiques, chacun refusait de s'engager dans la démarche. Pour contourner cette impasse, le thérapeute masculin a choisi de faire du dévoilement. Lors d'une rencontre, il a exprimé au couple, et particulièrement à Pierre, les profondes résistances (évidem-

ment fort légitimes !) qui l'avaient paralysé pendant les premiers mois de sa propre thérapie. Plus le thérapeute élaborait ouvertement sur sa non-implication, sur son désir de changer sa conjointe et sur son impuissance, plus Pierre se reconnaissait en lui et bizarrement, acceptait d'être en thérapie. Simultanément, la thérapeute féminine soutenait Lise par son attitude. Celle-ci, à l'inverse de son conjoint, se sentait coupable de tous les problèmes rencontrés par le couple. Ce travail concomitant sur les deux membres du couple, par chacun des thérapeutes, a permis à Pierre et à Lise d'avoir une attitude moins polarisée quant à la responsabilité que chacun avait dans leur dynamique conjugale.

Ce fut comme si, en agissant simultanément sur les deux conjoints, l'équipe thérapeutique touchait plus directement le couple. Elle influait ainsi sur la règle des conjoints (« Implique-toi d'abord dans le couple ! »), sans la nommer. Chacun d'eux, en voulant provoquer l'engagement de l'autre, entraînait en fait son désengagement. En voulant forcer l'implication de chacun, les thérapeutes n'auraient fait que répéter, du moins dans un premier temps, ce que les conjoints tentaient sans succès de faire eux-mêmes depuis longtemps. À partir de cette rencontre, le lien thérapeutique est devenu plus efficace car chacun des partenaires faisait maintenant équipe pour le mieux-être du couple. L'objectif accessoire de gagner sur l'autre était relégué au second plan, d'un commun accord.

Cet exemple montre comment chacun des membres du couple client peut être materné en parallèle par les co-thérapeutes. À l'instar de Lise et Pierre, plus d'un client reçu en thérapie entretient le souhait plus ou moins avoué que, par la thérapie, son conjoint se conformera à ses attentes, comme si la thérapie était un cours de « dressage avancé ». La dyade thérapeutique va devenir pour ces conjoints une preuve qu'on peut faire équipe, commettre des erreurs et s'affirmer tout en respectant l'autre.

De plus, la co-thérapie mixte s'avère particulièrement efficace pour aider au développement des compétences parentales si les problèmes amenés se situent à ce niveau. Ce mode de traitement peut inclure des rencontres simultanées en individuel, comme nous le verrons tantôt. Ces rencontres ou parties de rencontre permettent d'enrichir directement le modèle de père et de mère auquel chacun a été exposé durant l'enfance. Cette identification à chacun des thérapeutes peut faciliter le travail de guidance parentale afin de rendre les comportements parentaux actuels plus adéquats et les attitudes plus réalistes.

Le travail dans les cas de transfert d'opposition

Nous avons vu que la co-thérapie peut s'avérer particulièrement efficace et précieuse par sa fonction spécifique de « modelage ». La co-thérapie permet aussi aux conjoints de travailler à résoudre le transfert même quand il agit pour eux deux simultanément. Cette méthode s'avère très utile dans les situations où les clients ont beaucoup de difficultés à accepter la relation thérapeutique. Les cas où les deux clients (ou un des deux) présentent des traits marqués de narcissisme ou d'état-limite en sont d'éloquents exemples.

Vignette clinique 2

Le cas de Louis et Louise illustre comment un des thérapeutes peut servir d'interprète entre le co-thérapeute et un conjoint. Il montre aussi comment la cohérence de l'équipe peut servir à modifier le cadre établi par le couple client quant à la responsabilité du problème.

Louis et Louise avaient plusieurs points en commun : abus sexuels (Louise) et physiques (Louis) durant l'enfance, père absent, mère castrante, aînés de famille. Chacun comptait trois séparations antérieures à son actif. Ils avaient eu ensemble un jeune enfant avec lequel chacun tentait de s'allier en formant un triangle. Cette habitude à vivre en relation triangulée était tellement forte pour chacun que nous devions en tenir compte. Nous avons donc décidé de l'utiliser pour faciliter le processus thérapeutique.

Louise était sécurisée par la présence d'une femme ; l'abus ne serait pas répété. Louis, quant à lui, était très réactif au thérapeute masculin et tentait constamment de l'invalider et de s'allier au thérapeute féminin. Il était rassuré par la présence féminine, il ne serait pas exclu, car cette femme servirait d'interprète dans un premier temps et lui traduirait les messages du thérapeute masculin. De plus, chacun des deux thérapeutes cautionnait chez Louis son besoin de s'affirmer. Tandis que le thérapeute féminin suivait un partenaire dans son processus de pensée, le thérapeute masculin observait les interactions. Cet accompagnement par l'un des thérapeutes *montrait* à l'autre les caractéristiques spécifiques de ce système par les redondances dans celui-ci.

En fait, les thérapeutes ne croyaient pas que les problèmes du couple dépendaient uniquement des abus vécus durant l'enfance. Ils y voyaient plutôt une règle dysfonctionnelle actuelle que le système-clients maintenait active dans et par ses interactions. À deux thérapeutes, ce cadre de référence a pu être installé avec assez de force pour être aidant. Chacun des conjoints a consenti peu à peu à s'approprier une part de responsabilité dans la règle dysfonctionnelle puisqu'il se

sentait soutenu par au moins un thérapeute qu'il percevait à la fois comme son allié et comme l'allié du couple.

Les difficultés de Louis et Louise illustrent bien ce « principe selon lequel les époux portent souvent les mêmes blessures affectives, mais élaborent des mécanismes de défenses opposés » (Hendrix, 1994, 237). Par le biais des rencontres de couple, chacun a pu amorcer la guérison d'une blessure de l'enfance reliée à un homme en situation d'autorité.

Connaissant après coup leur dynamique, on peut faire l'hypothèse que si le thérapeute masculin l'avait conduit seul, le processus thérapeutique aurait risqué d'avorter à cause de résistances trop grandes. De même, si le thérapeute féminin avait été seul, Louis aurait sûrement joué la carte de la séduction, entraînant le retrait de Louise, qui aurait perçu une coalition. Heureusement, ainsi que l'affirment Gellman et Gellman (1979), les équipes thérapeutiques mixtes font « obstacle au rite traditionnel de séduction du thérapeute de sexe opposé ». Enfin, une incapacité à se dévoiler ou à être en relation directe, comme chez Louis et Louise, peut souvent être contournée pour quelques rencontres, le temps d'ancrer cette nouvelle relation par un lien thérapeutique.

Un système à 4, ou deux sous-systèmes à 2 ?

Figure 1

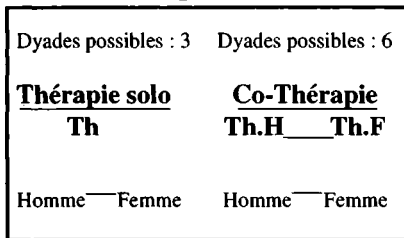
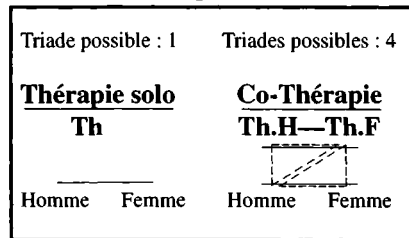


Figure 2



L'intervention à deux thérapeutes augmente les possibilités. Dans une thérapie solo, nous avons un maximum possible de 3 dyades et 1 triade. Alors que dans un système co-thérapeutique à quatre nous doublons le nombre de dyades possibles (figure 1) et passons à 4 triades potentielles (figure 2), même sans tenir compte des transactions possibles de personnes aux sous-systèmes !

Le système thérapeutes-clients peut au besoin se diviser en deux sous-systèmes. Cette division peut se faire comme dans le cas d'une *co-thérapie scindée* (Elkäim, 1995) où l'un des thérapeutes ne s'attarde qu'aux finalités du système alors que l'autre porte attention aux finalités

du patient désigné. Mais cette division peut aussi se faire en deux micro-systèmes distincts et séparés afin de réaliser simultanément une entrevue (ou partie d'entrevue) en individuel. Elle est une alternative à la solution fort onéreuse et peu accessible de rencontrer monsieur et madame la même semaine, puis le couple. Pour plusieurs personnes, des parties concomitantes de rencontre en individuel, à l'occasion, semblent plus rentables par rapport au temps investi. C'est comme si la limite de temps favorisait et justifiait une « condensation » en diminuant le temps d'approvisionnement et en amenant chacun à se révéler plus rapidement. L'impact est souvent plus grand que si chacun avait été rencontré sur le mode habituel (une semaine, l'un ; une semaine, l'autre ; et une semaine, le couple). Les rencontres de couple avec une partie simultanée en individuel permettent que les rencontres soient hebdomadaires. Elles facilitent l'identification des résistances individuelles et la gestion de celles-ci sans rien sacrifier de la démarche de couple. Ces rencontres, malgré leur caractère individuel, conservent plus facilement un angle systémique. Nous remarquons que les cadres de références utilisés en individuel sont souvent introduits en couple ou, du moins, sont fortement compatibles avec la démarche de couple. Cet avantage est particulièrement précieux pour les situations où les thérapeutes tiennent à éviter les interprétations qui les éloigneraient de leur vision circulaire.

Pour les parties de rencontre en individuel, nous optons habituellement pour que l'homme aille avec l'homme et la femme avec la femme (Hh, Ff), surtout s'il s'agit d'un problème relié à un sujet très intime : sexualité, spiritualité, etc. Cette combinaison favorise généralement chez chacun l'impression de se sentir expérimentalement compris. Il se dégage souvent de ces moments en individuel des instants de grande intensité relationnelle où prime la complicité entre personnes du même sexe. Notons qu'il est parfois plus utile d'inverser les sexes (Hf, Fh) pour créer un précédent en permettant à chacun de comprendre le sexe opposé ou de s'en sentir compris.

Nous en sommes venus à croire que commencer et terminer dans le système à 4 (ou encore d'y commencer ou d'y terminer seulement) nous aidait à garder le même client — le couple — surtout s'il est nommé directement. Cette façon de faire semble diminuer le risque que ne s'installent des dynamiques relationnelles problématiques (coalition, aide individuelle, secrets). Cette procédure permet aussi à chacun des membres du système-clients de vérifier si l'autre thérapeute continue de l'accepter inconditionnellement. Nous avons remarqué que les co-thérapeutes deviennent très sensibles aux multiples formes que prennent systématiquement ces vérifications implicites. Humour, questions, regards

et poignées de main de la fin serviront à chacun, de façon plus ou moins subtile ou avouée, à évaluer si la complicité a pris la forme d'une coalition.

Synthèse des avantages de la co-thérapie conjugale

Ce mode de traitement permet certains avantages qui sont impensables avec un thérapeute seul et favorise ou intensifie d'autres atouts. Ces avantages profitent parfois à l'équipe clients parfois à l'équipe thérapeutes et souvent aux deux équipes. Nous les avons classés suivant les aspects suivants :

- 1) technique : avantage pratique et utilitaire relié au fait d'être deux ;
- 2) stratégique : avantage communicationnel permettant une plus grande efficacité à rejoindre chacun des partenaires.
- 3) apprentissage : avantage touchant principalement les thérapeutes en favorisant leur formation continue ou leur supervision ainsi que le support qu'ils peuvent s'apporter.

Aspect technique ou utilitaire

Le fait d'être deux permet d'utiliser certaines techniques de thérapie de groupe. Par exemple, nous avons remarqué que le psychodrame s'avère particulièrement pertinent, efficace et profond, en particulier si, au besoin, un des thérapeutes accepte d'entrer dans le contenu du jeu. Des attitudes et des techniques peu ou pas envisageables en solo peuvent être employées. Ex. : un silence stratégique, le dialogue initiateur³, même toucher physiquement semble plus acceptable lorsque quelqu'un d'autre est présent. Par la co-thérapie, nous pouvons voir que :

- La diversité des expertises de chacun des thérapeutes permet d'inclure d'autres objectifs ou modalités de traitement en cours de démarche (thérapie individuelle, familiale, relationnelle, support aux compétences parentales, counselling sexologique, conciliation, médiation, etc) en fonction de la problématique présentée ;
- La présence de deux personnes différentes au lieu d'une seule augmente les possibilités et les probabilités d'identification, d'alliance et d'opposition ;
- Le temps de rencontre peut être utilisé au maximum. Ex. : l'un peut écrire ou préparer un matériel pendant que l'autre donne des consignes ou explique. À deux, il est aussi plus motivant

de se remettre dans le contexte avant l'entrevue. Ex. : rappel du devoir, d'un objectif oublié, réalignement prévu, etc ;

- Les co-thérapeutes ont un prétexte pour s'absenter de la pièce pour prendre du recul, se réaligner sur une hypothèse d'enquête commune ou actualiser une intention thérapeutique. Ex. : donner un devoir, une prescription ou le commentaire de la fin, etc ;
- Les informations recueillies lors d'une entrevue individuelle peuvent être partagées si notre client demeure le couple. Les deux versions sont ainsi recueillies simultanément ;
- La formation de deux types de sous-systèmes distincts et différents est possible : en gardant ou en séparant les sexes (composition homogène ou hétérogène) ;
- Un travail en double polarité peut être fait ou amorcé. Ex. : un partenaire peut apprendre à donner pendant que l'autre apprend à recevoir. Les deux pôles de la relation peuvent être travaillés en parallèle. Ce travail synchrone facilite le changement en diminuant la tendance à chercher un coupable, un « malade » ou « celui qui a commencé le premier ».

Aspect stratégique ou communicationnel

Des propos de Masters et Johnson (1971) introduisent bien aux avantages stratégiques de la co-thérapie :

« Il est bien connu [...] qu'une femme interrogée par un homme [seul] répond à ses questions suivant un schéma stéréotypé. En règle générale [...], elle commence par lui dire ce qu'elle veut qu'il sache, puis ce qu'elle croit qu'il veut savoir ou peut comprendre. Ensuite seulement et après un effort soutenu du thérapeute, elle en vient à présenter les choses telles qu'elles sont ou telles qu'elles lui apparaissent. L'équipe mixte permet de s'évader de ce schéma. En présence d'une autre femme, même si c'est l'homme qui pose les questions, toute femme se sent à la fois surveillée et soutenue et parvient plus rapidement à la troisième étape. Il s'instaure entre les deux femmes une sorte de dialogue, souvent muet, où la seule « présence » de la thérapeute suffit à fermer d'éventuelles échappatoires. »

En co-thérapie, les sexes, les stéréotypes culturels et les rôles sexuels peuvent être utilisés de façon plus spécifique. Certaines interventions venant d'un homme thérapeute n'ont pas la même portée que s'ils viennent d'une femme thérapeute et vice-versa. « L'utilisation du

couple thérapeutique hétérosexuel est un autre aspect important de notre travail », rapporte Selvini (1987) en citant Selvini-Palazzoli (1978). « Il nous semble réaliser un équilibre plus « physiologique » dans l'interaction entre les deux co-thérapeutes et entre ceux-ci et la famille. » Nous avons aussi remarqué que :

- Une démonstration vivante de situations ou de comportements illustre mieux qu'une explication rationnelle et incite davantage les clients à l'action. Ex. : préparer un jeu de rôle, dégeler l'atmosphère, etc ;
- Les deux grandes fonctions de la thérapie peuvent être isolées stratégiquement. L'un peut accepter inconditionnellement (supporter ou valoriser) tandis que l'autre peut mettre des limites (structurer ou organiser). Si les thérapeutes acceptent d'exercer chacune de ces fonctions, ils peuvent interchanger leur rôle stratégiquement ;
- La co-thérapie permet de partager la double fonction d'observateur-participant. Chacun des thérapeutes peut à certains moments être « outsider » et être attentif à des niveaux différents de la rencontre (contenu-processus, parler-observer, implicite-explicite, etc). Rappelons que Selvini-Palazzoli (1978) souligne la nécessité d'un tel observateur quand le client est *un couple* ou *une famille à transactions schizo-phréniques*. Comme pour une famille, le « co-thérapeute permettra souvent au thérapeute « phagocyté » par le système de prendre du recul et d'éviter des contre-attitudes qui annulent sa neutralité. Il lui propose un éclairage nouveau et analyse sa fonction au sein du système. » (Walrond-Skinner, 1980) ;
- Un climat ou une attitude souhaités peuvent être générés plus rapidement et plus intensément. Ex. : confusion, confrontation ou support, moments de divergence ou de convergence, double contrainte thérapeutique, etc. Ainsi les interactions permettent d'expérimenter plus rapidement dans l'ici et maintenant d'autres règles que celles vécues habituellement par le couple. À deux, les thérapeutes peuvent faire expérimenter « une brèche » plus naturellement dans une règle trop restrictive ;
- La communication sera probablement plus efficace car elle utilise, reconnaît et valorise les différences interindividuelles (auditif-visuel, introverti-extraverti, concret-abstrait, homme-femme, etc) ;

- Un thérapeute peut réaliser seul une entrevue après quelques rencontres, stratégiquement ou par obligation, car chacun est au courant du dossier, des objectifs, des stratégies et du contenu. Une rencontre en solo modifie le système thérapeutique et permet de faire émerger des aspects qui apportent une vision différente du système et du processus thérapeutique ;
- L'implication du deuxième thérapeute dans l'interaction permet de travailler directement les réactions de transfert même si, selon Gellman et Gellman (1979), « les équipes thérapeutiques mixtes [...] limitent le rôle du transfert et refusent le transfert à implication sexuelle » ;
- Le fait d'être deux sécurise les conjoints et permet d'amorcer une thérapie même si l'un n'a pas encore fait le choix d'être en démarche de changement, car les deux clients peuvent être supportés individuellement et simultanément de façon très appropriée. Cette possibilité est précieuse dans les cas de contrôle négatif d'un des conjoints ou quand l'un ne vient que pour accompagner l'autre.

Apprentissage, formation-supervision et support

Il est bien connu que la co-thérapie favorise l'augmentation rapide et stimulante du savoir et du savoir-faire des thérapeutes. Ce travail d'équipe peut préparer le thérapeute à d'autres formes de co-intervention (de groupe, familiale, etc) ou lui permettre d'approfondir la thérapie conjugale. « La thérapie est rencontre personnelle et ne s'apprend que par la pratique », nous dit Haley (1979, 194). La co-thérapie peut être « le filet » qui permettra au débutant de se mettre en action. En plus, la co-intervention favorise la réflexion sur l'action, encourage celle-ci et incite les thérapeutes à se donner du temps à cette fin (St-Arnaud, 1992). Nous avons remarqué que :

- Le travail en co-intervention permet de diminuer l'anxiété face à un système-clients difficile ou nouveau et permet de s'appuyer un soutien mutuel. Ce mode d'intervention contribue à diminuer l'isolement professionnel et à faciliter les demandes d'aide en cas de besoin ;
- Des attitudes de coopération et d'entraide peuvent être gardées présentes et actives chez les thérapeutes et ainsi déteindre sur la relation des clients. Ces attitudes peuvent aider à retirer les diverses formes de compétition du contexte de co-intervention et encourager la créativité ;

- Les vécus contre-transférentiels peuvent être abordés plus rapidement en supervision ou en autosupervision car l'autre a été présent. Formelles ou informelles, ces rencontres peuvent s'avérer efficaces si les règles implicites du tandem de thérapeutes autorisent à aborder les vécus clés ;
- Un deuxième thérapeute peut permettre de compléter une démarche même s'il n'a pas d'information sur le contenu. Il peut être une ressource pour le processus thérapeutique et un agent de feed-back par rapport à ce qui se passe lors des entretiens. Le travail d'équipe avant, pendant et après la rencontre permet de recadrer dans un angle circulaire et d'éviter les interprétations de causalité linéaire ;
- « D'autre part, la co-thérapie empêche le thérapeute en formation de prendre le superviseur pour un gourou, car elle fait en quelque sorte descendre le superviseur de son piédestal » (Elkaïm, 1995, 381).

Les difficultés de la co-thérapie conjugale

Malgré tous les avantages de la co-thérapie, développer une relation co-thérapeutique satisfaisante ne se fait pas du jour au lendemain. Et intervenir en dyade comportera toujours certaines difficultés qui varieront selon « l'âge » de l'équipe. Ces difficultés sont des réalités de la co-intervention dont l'expérience nous a amenés à tenir compte. L'on peut voir les premiers obstacles à la co-thérapie comme étant reliés aux coûts de l'opération. Ces coûts sont à plusieurs niveaux. Nous avons vu qu'il peut être difficile aux professionnels d'adapter leurs honoraires au fait qu'ils ne peuvent facturer en double les clients même en oeuvrant dans une structure organisationnelle qui favorise la co-intervention. La littérature mentionne aussi des difficultés que nous résumons en cinq points :

L'investissement régulier de temps et d'énergie

Nous avons remarqué que l'intervention en co-thérapie doit être priorisée par les deux thérapeutes car il peut s'avérer très difficile de trouver des espaces communs à quatre agendas ! Tout travail d'équipe demande qu'on y consacre régulièrement temps et efforts. Le travail en co-thérapie n'échappe pas à cette règle même si nous ne sommes que deux. Chacun reconnaît la nécessité de l'appropriation et de l'adaptation lors de la formation de l'équipe de travail. Cette phase d'adaptation est habituellement stimulante. Elle inclut le choix du partenaire et le

partage des façons de travailler (orientation théorique, philosophie d'intervention et techniques), selon Roller et Nelson (1991). Ce travail initial d'adaptation servira à chacun des thérapeutes à s'interroger sur ses motivations personnelles à intervenir en tandem. Après avoir priorisé ses propres objectifs, chacun pourra s'assurer d'une compatibilité avec ceux de son futur partenaire. Ce travail d'ajustement devra aussi se poursuivre dans les moments plus ardues de la relation sous une forme ou une autre, que ce soit autosupervision, supervision par un troisième thérapeute, supervision de groupe ou par une autre méthode. La méthode de réflexion-sur-le-processus (Lescarbeau et al., 1990), méthode de recherche-action, nous semble particulièrement compatible avec les moyens énumérés plus haut. Bref, la co-thérapie doit, pour durer et être efficace, inclure ce travail d'autorégulation portant sur l'équipe et sur les divers niveaux de clivage; clivage entre les clients, entre les deux équipes et entre les thérapeutes eux-mêmes.

C'est souvent en co-thérapie conjugale que s'exprime le plus subtilement la tendance des clients à séparer le duo thérapeutique en « bon » et « méchant » thérapeute. Les autosupervisions pourront servir à replacer ces phénomènes ainsi que les *transferts doubles* (Walrond-Skinner, 1980) dans une perspective aidante pour le système-clients. Cet auteur explique : « L'expérience transactionnelle complexe qui se présente dans le travail d'équipe en co-thérapie avec une famille se prête au phénomène curieux de *transfert du transfert*, en utilisant le co-thérapeute ou la famille (le couple) comme intermédiaire. » Un thérapeute peut ressentir un sentiment négatif de nature transférentielle et l'exprimer envers son co-équipier plutôt qu'envers le couple. « Celui-ci reçoit donc le *transfert transféré* de son collègue. Pareillement un transfert vécu par rapport à son collègue peut être transféré à un membre du groupe familial » ou du couple. Devant la complexité inhabituelle du transfert présent dans l'équipe à quatre, nous pouvons comprendre pourquoi cet auteur conseille de « garder ouvert les canaux de la communication » et de recourir à la supervision dès qu'un inconfort persiste dans la relation thérapeutique. Car, point n'est besoin de rappeler que ce n'est plus seulement les thérapeutes qui traitent, mais l'état et la qualité des relations qu'ils entretiennent.

Rivalité, compétition et leadership

La co-thérapie, selon Schneider (1979), pose un important problème, celui de « la rivalité toujours présente entre les co-thérapeutes ». Jordi et Genevard (1968) opinent en ce sens lorsqu'ils parlent de « l'entente cordiale » que les co-thérapeutes ont à bâtir et à maintenir. Les diverses formes de compétition sont à identifier et à gérer en co-thérapie

car tout ce qui dérive d'une compétition intra-équipe n'apporte rien de plus, à notre avis, qu'un surplus de stress (anxiété de performance, spontanéité bloquée, attitudes défensives) et une difficulté accrue à maintenir la cohérence des interventions.

Cette notion de conflit implicite ou explicite est si omniprésente en co-thérapie familiale et dans la formation à la thérapie, que Haley (1979) a émis l'opinion suivante : « Les problèmes en thérapie et en formation sont identiques. Il est préférable qu'une seul thérapeute soit impliqué avec la famille plutôt que plusieurs, que ce soit comme co-thérapeutes ou comme thérapeutes individuels de différents membres de la famille. Cette approche évite de piéger les clients entre les thérapeutes, tout comme on doit éviter de piéger un apprenti thérapeute dans un conflit entre enseignants d'écoles différentes. »

Sous le couvert de rivalité ou de compétition, c'est souvent la question du leadership dans le duo de thérapeutes qui se joue. « Chaque thérapeute apporte là ses attentes face au partage du pouvoir en co-thérapie. Pour une répartition efficace et non névrotique de ces fonctions, les difficultés propres au leadership doivent être soigneusement débattues avant les séances. Dans une relation co-thérapeutique bien établie, les fonctions de leader sont partagées de façon complémentaire » (Walrond-Skinner, 1980). Toutefois le couple-client aura inexorablement tendance, à différents degrés, à désigner un thérapeute comme leader et à reléguer l'autre au rang d'auxiliaire ou de subordonné. Les facteurs qui amènent les conjoints à élire l'un ou l'autre thérapeute comme leader sont multiples. Outre les facteurs reliés aux stéréotypes culturels et aux thérapeutes (comme l'expérience, l'assurance, le ton de voix ou le sexe), il y aurait aussi les facteurs reliés aux conjoints et à leurs besoins défensifs. Les thérapeutes ont un double défi : celui de ne pas se laisser définir puis emprisonner dans les rôles assignés par les clients, et celui de dépasser la tendance à entrer dans un jeu de « compétition pour savoir qui est le plus « dévoué », plus « perspicace », ou plus « dynamique ». En d'autres termes, quel est le « meilleur » thérapeute ! » (Walrond-Skinner, 1980).

Le « thinking couple »

La dyade thérapeutique est un groupe, le plus petit qui soit. Comme lui, elle peut en arriver à penser en « circuit fermé », si chacun des co-thérapeutes est exclusif. Le danger est qu'à deux, les thérapeutes peuvent avoir plus de poids pour nier certaines réalités du couple-client si elles constituent des zones d'ombre de leur propre couple à chacun. Certaines valeurs, qui risquent d'être communes à cause de la similitude

recherchée chez un partenaire, peuvent être surreprésentées dans le local. Par exemple, deux thérapeutes qui partageraient la valeur de demeurer ensemble à tout prix, pourraient obstinément ne pas voir qu'un couple à la relation trop détériorée veut s'orienter vers une séparation.

À chacune des étapes de croissance de leur propre couple, les co-thérapeutes vont privilégier certaines attitudes, croyances et valeurs relatives à cette étape. Par exemple, si les deux thérapeutes sont au stade romantique dans leurs propres couples, ils devront être vigilants afin de ne pas mettre l'accent sur une vision idéalisée du couple. Le thérapeute verra à ne pas accentuer chez le couple-client une stérile idéalisation de son propre couple en le proposant comme un modèle absolu ou en n'étant pas conscient des illusions qu'il entretient. Le fait d'être et d'agir en couple peut renforcer des illusions de part et d'autre et, par exemple, faire prendre le dynamisme insufflé aux personnes pour du changement.

Signalons que ce n'est tant la convergence de points de vue qui deviendrait problématique mais le fait d'avoir chassé hors de la relation toute opinion contraire ou toute permission implicite de s'exprimer ou de penser différemment.

Les interventions bifocales

En co-thérapie, beaucoup d'énergie est perdue lorsqu'un thérapeute part sur une piste alors que son partenaire était déjà sur la sienne. Le tandem de thérapeutes propose ainsi deux directions différentes et parfois opposées au système-clients. Les conjoints peuvent être désorientés par ces changements de direction. Ces interventions bifocales sont parfois sources de frustration. Ce serait d'ailleurs ce type d'interventions, que Selvini-Palazzoli a appelé *l'entremêlement des hypothèses*, qui l'aurait amenée à remplacer la *co-thérapie homme-femme avec supervision directe derrière une glace sans teint* par *l'intervention en solo en conservant ce même mode de supervision directe*. « Car, explique-t-elle, lorsqu'un des deux poursuit le fil de son hypothèse, l'autre risque d'en être réduit à une inactivité forcée, ou bien s'il s'en mêle, il est probable qu'il s'engage sur une piste qui ne soit pas exactement synchrone avec celle de son collègue. La séance devient alors tout à fait confuse et difficile à superviser, car deux enquêtes différentes s'entremêlent et se superposent. » (Selvini, 1987, 128).

Toutefois, après l'entrevue, ces interventions bifocales peuvent être l'occasion pour chacun d'approfondir sa façon d'intervenir, si la bête noire de la co-thérapie, la compétition, n'est pas trop présente. L'intervention bifocale émerge de la différence entre les deux théra-

peutes. En ce sens, elle est précieuse pour renseigner chacun sur l'autre, qu'il s'agisse de son orientation théorique, de son approche, de sa technique ou de sa façon d'être. Le partage mutuel de l'intention thérapeutique et du vécu ainsi suscité permet généralement de gérer cette difficulté inhérente à toute co-intervention. Cette activité d'autorégulation permet d'augmenter la cohésion de l'équipe et par le fait même d'accroître la cohérence de ses interactions.

Le questionnement éthique

La co-thérapie suscite parfois des questionnements éthiques accentués ou différents par rapport à la thérapie en solo. Nous aborderons ici l'une de ces difficultés. Nous avons vu que la co-thérapie conjugale permet une division temporaire en deux sous-équipes. Pouvons-nous alors offrir la « confidentialité intra-couple » ? Le simple fait d'accepter de rencontrer chacun seul nous rend vulnérables comme thérapeutes. Certains systémiciens refusent même cette alliance implicite, et si d'autres l'acceptent, ce n'est sûrement pas pour y perdre en efficacité.

Prenons comme exemple une démarche thérapeutique où l'un des conjoints profite d'une rencontre individuelle ou d'un moment où il est seul avec un des thérapeutes pour avouer qu'il trompe régulièrement son conjoint ! Le thérapeute risque d'être coincé. Il en parle à son co-équipier, ils sont maintenant trois à être coincés. Comment réagir ?

Une sagesse clinique en co-thérapie incite à ne pas nous laisser « museler » ou désactiver en portant les secrets de l'un ou de l'autre. Les thérapeutes peuvent s'attendre à ces tentatives de coalition, comme nous préviennent Joly et Guay (1985). « Or la situation thérapeutique est elle-même une situation triadique où les conjoints mettent en application leur habileté à utiliser les tierces personnes. Les coalitions se forment à partir des informations qui sont retenues ou qui sont communiquées dans la triade. »

Une seconde sagesse, que nous pourrions appeler éthique, consiste à prévoir cette éventualité afin d'y adapter notre cadre d'intervention. Une façon parmi d'autres d'éviter l'épineuse situation décrite plus haut consiste à définir clairement tant le client que le cadre d'intervention. Pour nous, le couple est notre premier client, même si la modalité d'intervention devient individuelle pour un temps. Les rencontres ou parties de rencontre en individuel sont au service de la démarche de couple, et non l'inverse. Ainsi les thérapeutes peuvent établir comme balise que tout ce qui sera dit en individuel peut être ramené en couple. Nous pouvons prévenir certaines attentes en nous positionnant tôt. Ce genre de

prise de position permet souvent de sécuriser chacun et de consolider l'équipe de thérapeutes. Quant à la confidentialité, que nous devons garantir, elle est *pour le client*, le couple. Son sens n'est-il pas de protéger les clients contre l'extérieur et non contre l'intérieur du couple ?

L'échange d'information à l'intérieur du couple, du moins celle qui est jugée nécessaire par le chef d'orchestre, peut être vue et présentée comme une clef. Il est important que les conjoints gardent la liberté de ne pas ouvrir et il n'est pas moins important que les thérapeutes gardent la liberté d'agir face à un « *hit and run* ». Ainsi des aveux piégeants peuvent être vus comme de l'*acting out* face au cadre thérapeutique et peuvent être gérés comme tels.

Allons un peu plus loin, en gardant à l'esprit que ce rationnel thérapeutique n'est qu'une façon de voir parmi d'autres. Pour celui qui avoue ses escapades extra-conjugales au thérapeute, l'aide voulue ou attendue semble individuelle, mais nous pouvons extrapoler qu'il désire une modification de la relation vu que la demande du couple est à ce niveau. L'intention peut être d'éviter un long séjour au « banc des punitions », un désir de diminuer sa culpabilité, la peur de perdre un aspect de sa liberté, de prendre ou de faire prendre une décision, etc. Le thérapeute peut choisir *délibérément* de ne pas répondre à ce besoin individuel s'il estime que son client, le couple, peut en bénéficier.

Ainsi l'éthique dans cette situation serait d'être affirmatif quant au fait qu'avec cette façon de fonctionner, il n'y aura pas de « confidentialité intra-couple ».

Ce questionnement éthique, qui a l'avantage de se faire à deux en co-thérapie, risque paradoxalement d'avoir l'inconvénient de *devoir* se faire à deux. Et ce sont souvent des points sur lesquels il est difficile de faire consensus car ils nous touchent de près, là où nous sommes le moins portés au compromis : nos valeurs.

Conclusion

Ce texte a tenté de souligner les implications de la co-thérapie conjugale traduits en termes d'avantages et de difficultés. La lecture de ces réflexions peut avoir amené le lecteur à une vision plus large de la co-thérapie conjugale de type homme-femme. Pour la co-thérapie conjugale, ce mode de traitement n'est pas significativement plus efficace si l'on ne tient compte que du client et de ce qui concourt directement à l'atteinte de ses objectifs. Toutefois, si nous prenons en considération les autres facteurs relevés ici (relationnels, de formation continue, de supervision etc), cela peut inciter à tenter l'expérience.

Quoi qu'il en soit, les champs de l'expérimentation personnelle et de la recherche restent ouverts. Certaines orientations théoriques sont-elles plus susceptibles de bénéficier de l'intervention en tandem ? Lorsque les co-thérapeutes vivent une profonde complicité (partenaires de sport, de loisir, couple naturel), cela augmente-t-il ou diminue-t-il leur efficacité ?

Pour utiliser au maximum les avantages et la spécificité de ce mode de traitement, les thérapeutes ont, somme toute, à relever le défi de former une équipe de travail. Comme pour former un couple, ils doivent viser un partage des compétences de chacun dans le respect, la recherche, l'appréciation et la valorisation des différences. Les co-équipiers devront éviter de se polariser mais tendre plutôt à maximiser l'utilisation de leurs complémentarités. C'est à ce prix que deviendra optimale cette association de théories, de techniques et de thérapeutes qu'est la co-thérapie.

Notes

1. Nous utiliserons indifféremment les expressions « *co-thérapie homme-femme* », « *thérapie conjointe* », « *thérapie mixte* », « *duo thérapeutique* », etc, tout au long de cet article. Ces expressions ne font aucunement référence à un *couple naturel* de thérapeutes et se veulent neutres afin de convenir à toute dyade hétérosexuelle de thérapeutes.
2. *La Maison de la Famille de Sherbrooke*, où les auteurs sont actifs depuis 1993, possède une philosophie et une structure de fonctionnement qui favorisent la co-intervention chez ses membres, professionnels ou bénévoles.
3. *Le dialogue initiateur* connaît plusieurs variantes mais il consiste essentiellement à interagir, chacun debout derrière les clients assis, comme si nous étions ces derniers pour atteindre un ou plusieurs objectifs thérapeutiques.

RÉFÉRENCES

- BÉLEC, D., GENDREAU, C., 1986, *Traité de psychiatrie sociale*, Les éditions Louise Courteau.
- CAMPBELL S., 1988, *Changer ensemble, Actualisation*, Les Éditions de l'Homme, division de Sogides Ltée.
- CLEMENT, U., SCHMIDT, G., 1983, The outcome of couple therapy for dysfunctions using three different formats, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 67-78.
- CROWE, M. J., GILLAN, P., GOLOMBOK, S., 1981, Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction, A controlled study, *Behaviour Research and Therapy*, 19, 47-54.

- ELKAÏM, M. (sous la dir. de), 1995, *Panorama des thérapies familiales*, Les Éditions du Seuil.
- GENEVARD, G., JORDY, P., 1968, Essai d'évaluation des concepts de statut et de fonction des co-thérapeutes en groupes, in Schneider, P.-B., *Pratique de la psychothérapie de groupe II, Les techniques*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GELLMAN, R., GELLMAN, C. 1979, Les co-thérapies de couple, in *Co-thérapies et co-thérapeutes*, Les Éditions ESF, Paris.
- GRAY, J., 1994, *Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*, Éditions Logiques Inc.
- GUIHOT, J., GUIHOT, M.-A., 1980, *Psychothérapie de groupe pour les couples*, Éditions ESF, Paris.
- GUTTMAN, H.-A., 1985, Le transfert et le contre-transfert dans la thérapie conjugale, portée thérapeutique et théorique, *Systèmes Humains*, 1, 2, printemps.
- HALEY, J., 1979, *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Éditions Universitaires Jean-Pierre Délarge, Paris.
- HENDRIX, H., 1994, *Le défi du couple*, Éditions Modus Vivendi.
- HOFFMAN, L. W., HOFFMAN H. J., 1981, Husband-wife co-therapy team, exploration of its development, *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 18, 2, Summer.
- JOLY, Y., GUAY, R., 1985, Secrets et énigmes des couples à trois, description et intervention, *Systèmes Humains*, 1, 3, été.
- JOLY, Y., 1986, Métacommunication et thérapie conjugale, in *La thérapie de couple dans une perspective systémique*, Éditions Bellarmin, Montréal.
- LAZARUS, L., 1976, Family therapy by a husband-wife team, *Journal of Marriage and Family Counselling* XX, 225-233.
- LESCARBEAU, R., PAYETTE, M., ST-ARNAUD, Y., 1990, *Profession, Consultant*, Collection Intervenir, Les Presses de l'Université de Montréal.
- LOPICOLLO, J., HEIMAN, J. R., HOGAN, D. R., ROBERT, C. W., 1985, Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sex therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 3, 287-204.
- LOW, P., LOW, M., 1975, Treatment of married couples in a group run by husband and wife, *International Journal of Group therapy*, 25, 54-66.
- LUTHMAN, S. G., 1978, *La famille dynamique*, Éditions Aurèle St-Yves Inc.

- MASTERS, W., JOHNSON, V. E., 1970, *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little Brown, (traduction française, 1971, *Les mésententes sexuelles et leurs traitements*).
- MEHLMAN, S. K., BAUCOM, D. H., ANDERSON, D., 1983, Effectiveness of single cotherapists versus therapists and immediate versus delayed treatment in behavioral marital therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 2, 258-266.
- MERCURE, J., HONE, G., 1993, *Les saisons du couple*, Novalis, Université St-Paul, Ottawa.
- MERMONT, J. (sous la dir. de), 1987, *Dictionnaire des thérapies familiales*, Payot, Paris.
- MINTZ, E. E., Male-Female co-therapist, some values and some problems, *American Journal of Psychotherapy*, 293-301.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. ET AL., 1978, *Paradoxe et contre-paradoxe*, Éditions ESF, Paris.
- SEKVINI, M., 1987, *Mara Selvini Palazzoli histoire d'une recherche*, Éditions ESF, Paris.
- REDING, G. E., ENNIS B., 1964, Treatment of the couple by a couple, *British Journal of Medical Psychological*, 37, 325.
- ROLLER B., NERSON V., 1991, *The Art of Co-Therapy, How Therapists Work Together*, Berkeley, California, The Guilford Press.
- ST-ARNAUD, Y. 1992, *Connaître par l'action*, Coll. Intervenir, Éditions Les Presses de l'Université de Montréal.
- SCHNEIDER, P.-B., 1979, Association des techniques et co-thérapie, in *Co-thérapies et co-thérapeutes*, Les Éditions ESF, Paris.
- WALROND-SKINNER, S., 1980, *Thérapie familiale, traitement de systèmes vivants*, Éditions ESP, Collections Sciences Humaines appliquées, Paris.

ABSTRACT

Male-female cotherapists in marital therapy : a treatment underestimated

This article introduces a less usual type of marital therapy. It describes the advantages and the difficulties of a team of male-female cotherapists in jointly conducting a marital therapy. Could this psychotherapeutic process allow the couple to better settle relational impasses and learn more rapidly to face the challenges inherent to life as a couple? Drawing from their personal experiences as cotherapists, the

authors discuss this issue. They constantly underline the specificity and the implications of this type of therapeutic approach in the precise framework of a systematic-interactional model.

RESUMEN

La co-intervención hombre-mujer en terapia conyugal Una forma de tratamiento subestimada

El presente artículo introduce a una forma poco común de terapia conyugal. Hace sobresalir las ventajas y las dificultades de un duo de terapeutas para realizar conjuntamente una terapia para pareja. Este proceso terapéutico le permitirá a la pareja cliente de salir librada del atolladero de la relación y de aprender rápidamente a hacerle frente a los desafíos inherentes a la vida de pareja? Los autores responden a esta pregunta partiendo de las reflexiones y de los ejemplos sacados de su propia experiencia de co-terapia hombre-mujer. Ellos subrayan la especificidad y las implicaciones de esta forma terapéutica utilizada en el marco preciso de un modelo sistémico interaccional.