

Évaluation et intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à la transition parentale

Mathilde Baumann, M.A., Candidate au doctorat, Département de psychologie, UQAM
baumann.mathilde@courrier.uqam.ca

Claude Bélanger, Ph.D., Département de psychologie, UQAM
belanger.claude@uqam.ca

Natacha Godbout, Ph.D., Département de sexologie, UQAM
godbout.natacha@uqam.ca

RÉSUMÉ :

La transition parentale est reconnue comme un stade développemental critique au sein de la relation de couple et s'accompagne de changements majeurs susceptibles d'influencer la satisfaction relationnelle des coparents. Cet article présente des pistes pour l'accompagnement des couples qui consultent pour des difficultés liées à cette période de transition. Après avoir examiné les facteurs déterminants associés à la transition parentale et les méthodes d'évaluation multiaxiale disponibles, un protocole des principales interventions comportementales et cognitives visant à aider à remédier aux difficultés associées à cette période est détaillé. Ces interventions ciblent les sphères inter et intrapersonnelles (par ex. alliance parentale, identité parentale, satisfaction relationnelle et sexuelle). Finalement sont présentées des suggestions concernant l'avenir de la recherche empirique et de l'accompagnement thérapeutique des couples transitant vers la parentalité.

47

MOTS-CLÉS :

Transition parentale, détresse relationnelle, ajustement dyadique, thérapie de couple

INTRODUCTION

La transition parentale caractérise la naissance d'un premier enfant et s'échelonne habituellement du début de la grossesse à la première année de vie de l'enfant (Bouchard, 2017). Reconnue comme un stade développemental critique, elle s'accompagne de changements majeurs qui sont susceptibles d'hypothéquer tant les ressources adaptatives des partenaires que leur ajustement dyadique (Doss et al., 2009). Cette période n'est pas vécue uniformément, puisque certains parents s'adaptent relativement bien à cette nouvelle réalité en trouvant notamment un équilibre relationnel dans leur projet conjoint de coparentalité, alors que d'autres vivent une transition plus ardue, empreinte d'une détresse caractérisée par l'altération persistante de leur fonctionnement individuel et relationnel (Saxbe et al., 2018). La transition parentale peut, pour ces couples, s'avérer être un facteur déclencheur d'une augmentation des conflits et de la détresse relationnelle (Doss et Rhoades, 2017). En retour, la détresse relationnelle est liée à long terme à un risque de désunion (Hirschberger et al., 2009) et s'accompagne parfois de violence conjugale (Kan et al., 2012). Qui

plus est, ces répercussions négatives sur la sphère relationnelle sont susceptibles d'engendrer des pratiques parentales délétères et d'affecter négativement le développement de l'enfant (Linville et al., 2010). Par ailleurs, la relation amoureuse figure parmi les déterminants les plus robustes du bien-être et de la qualité de vie à l'âge adulte (Kielcolt-Glaser et Wilson, 2017), ainsi que de la qualité de la relation parent-enfant (Linville et al., 2010). En raison de ces constats, une prise en charge psychothérapeutique peut s'avérer particulièrement utile pour les couples qui vivent des défis importants face à leur transition parentale. À ce propos, nous examinerons ici les stratégies disponibles pour guider les thérapeutes conjugaux et familiaux dans l'évaluation et l'intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à la transition parentale.

1. Du couple dyadique au couple parental

Deux éléments distincts sont à prendre en compte lorsqu'il est question de transition parentale (Favez, 2013), soit la relation dyadique (qui représente le lien entre les deux partenaires) et l'alliance parentale, aussi nommée relation coparentale (qui représente le lien entre les deux coparents). La relation dyadique est typiquement décrite dans les écrits empiriques en termes d'ajustement dyadique et de satisfaction relationnelle, laquelle correspond au sentiment subjectif de vivre une relation de couple épanouissante avec un partenaire stable (Sabourin et al., 2005). L'alliance parentale, quant à elle, fait référence à la façon dont les coparents arrivent à former une équipe en partageant les mêmes valeurs éducatives tout en se faisant confiance et se soutenant mutuellement (Abidin et Konold, 1999). La particularité de cette relation est qu'elle devrait être pérenne, même si le couple devait se séparer (Becher et al., 2019). La recherche a mis en lumière plusieurs éléments (p. ex. empathie, collaboration, présence, capacité de compromis, partage des tâches et soutien) favorisant une alliance parentale cohésive (Sheedy et al., 2019). Or, lorsque les partenaires n'arrivent pas à bâtir ou à maintenir une alliance parentale cohésive, des effets délétères (p. ex. conflits concernant l'enfant, exclusion d'un parent) sont susceptibles d'influencer négativement leur expérience de transition parentale (Sheedy et al., 2019) et se répercutent sur leurs enfants (Becher et al., 2019). Ainsi, l'interaction des coparents en tant que couple agit comme un déterminant crucial de l'expérience qu'ils retirent de leur parentalité (Doss et al., 2009; 2017).

Des chercheurs ont tenté de comprendre l'émergence de trajectoires divergentes entourant la transition parentale (certains couples s'adaptent relativement rapidement et avec aisance, alors que pour d'autres la transition est difficile et source de détresse). De fait, d'après une recension non exhaustive effectuée à l'aide de mots-clés (p. ex. transition à la parentalité, détresse relationnelle ou adaptation) utilisés dans les principaux moteurs de recherche (p. ex. *Google Scholar*, *PsyInfo*), la recherche empirique fait état de trois catégories de facteurs déterminants qui permettent de mieux saisir l'impact d'une transition parentale plus difficile sur l'ajustement relationnel du couple parental (Barimani et al., 2017; Bouchard et al., 2017; Trillingsgaard et al., 2014) : les facteurs individuels, les facteurs contextuels et les facteurs relationnels (voir le tableau 1).

Tableau 1 Principaux facteurs impliqués dans la transition parentale¹

Catégories	Variables déterminantes	Références pertinentes
Facteurs individuels (liés à la personne)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croyances et attentes concernant la parentalité¹ ▪ Identité parentale² ▪ Stress parental³ ▪ Trouble de santé mentale⁴ ▪ Maladie physique⁵ ▪ Traumas interpersonnels (violence physique, psychologique, sexuelle, négligence, intimidation) et traumas cumulatifs en enfance⁶ ▪ Attachement romantique (sécurisant/insécurisant)⁷ ▪ Capacités du soi⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barimani et al., 2017^{1,3} ▪ Berthelot et al., 2016⁶ ▪ Bouchard, 2017^{1,4,5} ▪ Christie et al., 2017⁶ ▪ Godbout et al., 2023^{4,6} ▪ Kohn et al., 2012⁷ ▪ Lévesque et al., 2020^{1,2} ▪ Parfitt et Ayers, 2014⁴ ▪ Rassart et al., 2022^{3,6,8} ▪ Trillingsgaard et al., 2014⁴
Facteurs contextuels (liés au contexte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques socio-économiques⁹ : <ul style="list-style-type: none"> - Revenus - Âge des coparents - Soutien social et familial ▪ Liés à la grossesse et à l'accouchement¹⁰ : <ul style="list-style-type: none"> - Planification - Type de grossesse (p. ex. naturelle, fécondation <i>in vitro</i>, adoption) - Associés aux modalités de l'accouchement (p. ex. par voie naturelle ou par césarienne, violences obstétricales, problèmes médicaux, etc.) ▪ Caractéristiques du nouveau-né¹¹ : <ul style="list-style-type: none"> - Tempérament de l'enfant - Troubles congénitaux ou développementaux (p. ex. naissance prématurée, trisomie 21, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bouchard, 2017^{9,10,11} ▪ Saxbe et al., 2018¹⁰ ▪ Watson et al., 2013¹¹
Facteurs relationnels (liés au couple)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien¹² ▪ Communication¹³ ▪ Stratégies de résolution de conflits et attributions relationnelles¹⁴ ▪ Satisfaction relationnelle¹⁵ ▪ Alliance parentale¹⁶ ▪ Satisfaction sexuelle¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doss et al., 2017¹⁵ ▪ Favez, 2013¹² ▪ Kan et al., 2012¹⁴ ▪ Sheedy et al., 2019^{13,16} ▪ Rosen et al., 2018; 2020¹⁷ ▪ Trillingsgaard et al., 2014^{12,13}

2. Les répercussions d'une transition parentale difficile

Deux principaux impacts sont associés à une transition parentale difficile et au cours de laquelle l'ajustement dyadique est altéré, soit une diminution de la satisfaction sexuelle (voir notamment Rosen et al., 2018) et de la santé mentale (voir notamment Saxbe et al., 2018). En effet, lors de la grossesse et après la naissance de l'enfant, la sphère sexuelle est généralement affectée par une baisse de la satisfaction sexuelle, des niveaux différents de désir sexuel entre les partenaires (Rosen et al., 2018) et davantage de défis entourant l'intimité, comme de trouver du temps ensemble ou de gérer les insécurités liées à l'image corporelle (Lévesque et al., 2020). Or, la satisfaction sexuelle et

1. Chaque variable déterminante présentée dans le tableau 1 est annotée d'un chiffre en exposant pour permettre aux lecteurs.trices de retrouver aisément des références pertinentes qui y sont associées.

l'ajustement dyadique sont intimement liés et influencent les problématiques rencontrées par les couples (Rosen et Byers, 2020). Sur le plan de la santé mentale, la recherche indique notamment que les couples parentaux pour qui la transition parentale est difficile encourent un risque accru de stress, de dépression et d'anxiété, qui semble lié au sentiment perçu d'une perte de contrôle sur leur vie (voir notamment Epifanio et al., 2015). Ainsi, la période périnatale est favorable à l'apparition de symptômes dépressifs, notamment en contexte de dépression post-partum (DPP; trouble dépressif caractérisé survenant au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement; APA, 2013). La DPP est la difficulté de santé mentale la plus souvent rapportée chez les nouveaux parents. Même si les femmes semblent plus à risque et peuvent être affectées par des composantes biologiques et hormonales post-accouchement (p. ex. baisse des hormones de grossesse), elle peut également survenir chez les hommes (Scarff, 2019).

En définitive, l'adaptation à la parentalité est le fruit d'un ensemble complexe de facteurs d'ordre individuel, contextuel et relationnel. Certains couples s'adaptent relativement facilement à cette période et leurs expériences positives prennent le dessus sur le stress vécu lors de cette étape (Doss et Rhoades, 2017). Pour d'autres couples, la transition parentale est plus difficile et il devient alors utile de comprendre les différentes trajectoires de transition parentale, de même que les facteurs qui déterminent les trajectoires problématiques. En raison du stress généré, les couples pour qui la détresse se cristallise de façon durable et qui présentent un affaiblissement persistant de leur fonctionnement individuel et relationnel (Doss et al., 2009) sont plus susceptibles de consulter en psychothérapie de couple pour tenter de remédier à leurs difficultés. De plus, étant donné le rôle central de la relation de couple en lien avec la qualité des pratiques parentales et le bien-être de l'enfant (Linville et al., 2010), une prise en charge optimale des couples vivant une transition parentale difficile est essentielle. Comment, dès lors, outiller les thérapeutes conjugaux et familiaux souhaitant intervenir auprès de ces couples qui consultent pour des difficultés entourant les sphères relationnelle et parentale? C'est la question à laquelle nous tenterons de répondre dans la prochaine section.

3. Comment évaluer et intervenir?

Il est important que les psychothérapeutes qui interviennent auprès de couples en transition parentale soient outillés pour offrir à la fois une évaluation et une intervention où la complexité des sphères dyadique (p. ex. satisfaction relationnelle, communication, soutien, sexualité) et parentale (p. ex. alliance parentale, identité parentale) est considérée. Bien qu'à notre connaissance, aucune procédure d'évaluation ni d'intervention n'ait été développée et validée spécifiquement pour les couples en transition parentale, plusieurs interventions présentant une visée préventive et prophylactique ont été élaborées pour cette population (pour une recension, voir la méta-analyse de Pinquart et Teubert, 2010). Le développement de protocoles psychothérapeutiques pour les couples qui consultent en raison de la détresse entourant leur transition parentale reste donc à développer.

Pour ce faire, il semble particulièrement pertinent de construire un tel programme en se basant sur la psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale (PCCC) (Dugal et al., 2018; Epstein et al., 2016; Wright et al., 2008). Le modèle de PCCC stipule que les comportements, les cognitions et les émotions des couples s'interfécondent. Plus précisément, les interprétations (cognitions) des comportements de l'autre influencent les émotions vécues par chaque partenaire et contribuent à expliquer les difficultés du couple (Epstein et al., 2016). De fait, il est suggéré que l'évaluation et l'intervention en PCCC chez les couples en transition parentale portent précisément sur ces facteurs et sur leur modification, avec l'objectif principal d'atténuer les interactions problématiques qui perturbent l'ajustement du couple (Wright et al., 2008).

3.1 L'évaluation en contexte de transition parentale

L'évaluation des couples en transition parentale suit le même *modus operandi* que la PCCC classique (pour plus d'informations sur la PCCC, voir Dugal et al., 2018; Eid et Bélanger, 2019; Sabourin et al., 2008), tout en se focalisant sur les facteurs qui déterminent la transition parentale, ainsi que sur la complexité qui caractérise cette période. Lors de l'évaluation fonctionnelle (Epstein et al., 2016), les psychothérapeutes s'intéressent aux fonctions des comportements, des pensées et des émotions, ainsi qu'au rôle de l'environnement dans le développement et le maintien de la problématique du couple. La signification et la fonction des problèmes rencontrés au sein de la dynamique relationnelle doivent également être relevées (Dugal et al., 2018). Précisons qu'une attention particulière doit être portée sur les contre-indications tout au long de l'évaluation (p. ex. motivation faible, idées suicidaires, troubles de consommation, infidélité) (Sabourin et al., 2008) afin de déterminer si une psychothérapie auprès du couple parental est appropriée. De plus, le niveau de gravité des conflits non résolus chez les nouveaux coparents doit être évalué à l'aide de questions sur certaines caractéristiques et déclencheurs de ces conflits. Dans la même lignée, la présence éventuelle de violence conjugale (psychologique et/ou physique) doit être évaluée, puisque dans ce cas une PCCC peut être contre-indiquée (pour plus de précisions, voir Bélanger et al., 2011). Finalement, les psychothérapeutes doivent tenir compte de la réalité particulière des couples en transition parentale qui peuvent, par exemple, avoir moins d'énergie à investir dans la psychothérapie (p. ex. difficultés concernant la garde de l'enfant, fatigue, manque de temps pour des exercices à la maison, etc.) (Rosen et Byers, 2020). Il est donc essentiel que les psychothérapeutes sondent les partenaires et s'adaptent à leur réalité (p. ex. proposer des séances plus courtes, par téléthérapie, un nombre plus limité de séances avec un engagement plus important en thérapie une fois la problématique de garde gérée, ou lorsque l'enfant fait ses nuits, etc.).

Les sessions d'évaluation (environ cinq rencontres, dont deux mutuelles et deux individuelles, suivies d'une séance mutuelle de bilan) servent ainsi à relever le point de vue de chaque partenaire, à dresser l'anamnèse des difficultés soulevées par la naissance de l'enfant et des problèmes adaptatifs subséquents, ainsi qu'à examiner les répercussions et les tentatives de résolution des conflits (Sabourin et al., 2008). Le motif de consultation en lien avec le processus de transition parentale doit être situé dans le temps (planification de la grossesse, conditions et problèmes associés à la grossesse actuelle, impacts de la naissance du nouveau-né, etc.). En outre, l'historique de la relation, l'ajustement à la vie familiale et la conciliation entre les sphères parentale et relationnelle sont à documenter. Enfin, les psychothérapeutes récoltent de l'information sur l'historique personnel et relationnel de chaque partenaire (p. ex. environnement familial, point de vue respectif sur la relation, vie sociale et professionnelle, attentes envers la thérapie et les relations au sein de leur couple, etc.).

Les éléments colligés lors de l'évaluation permettent de clarifier le mandat de la psychothérapie, tel que l'amélioration de la relation, la résolution des problèmes associés à la réalité de jeunes parents, l'ambivalence suscitée par le nouveau statut du couple, les vellétés de séparation, etc. (pour plus de détails, voir Sabourin et al., 2008; Dugal et al., 2018).

Étant donné la complexité de la transition parentale, une évaluation multiaxiale selon le modèle biopsychosocial permettant de relever les facteurs de risque et de protection associés à l'expérience du couple est nécessaire (Rosen et Byers, 2020). Une attention particulière est mise sur l'évaluation des facteurs reconnus comme influençant la transition parentale, soit, comme discuté précédemment : 1) les variables individuelles, 2) les variables contextuelles, 3) les variables relationnelles (voir le tableau 1). De plus, il est important d'évaluer l'évolution (passée, présente, future) des facteurs qui sont susceptibles de changer avec le temps (p. ex. croyances parentales, ajustement dyadique, alliance parentale, stress parental).

L'évaluation cible également les composantes comportementales, cognitives et émotionnelles associées aux sphères relationnelle et parentale. D'abord, du point de vue comportemental, les psychothérapeutes évaluent les habitudes de vie pour chacun des coparents (p. ex. alimentation, qualité du sommeil, activités sportives et de loisir, soutien social, etc.) de même que l'intimité et la sexualité (p. ex. temps accordé à passer des moments intimes ensemble, stratégies utilisées à cet égard, activités communes, confort au sein de la relation, défis qui attendent le couple parental, etc.). Du point de vue cognitif, les croyances entourant la parentalité et les cognitions qui sont en relation avec leur nouveau rôle de parent (p. ex. sentiment de compétence, impuissance, etc.) sont évaluées, puisqu'elles peuvent entraîner des symptômes anxieux et dépressifs et avoir un impact sur la satisfaction relationnelle et sexuelle (voir notamment Rosen et al., 2018). De même, il est important d'évaluer les rôles associés à l'identité de genre des coparents, et plus précisément les croyances et préjugés qui y sont associés, de même que les ententes entre les partenaires quant aux changements dans les rôles respectifs qu'ils sont amenés à mettre en place. En effet, il importe de bien cerner les enjeux entourant les ententes et les divergences quant au partage des tâches à la suite de la naissance de l'enfant, puisque celles-ci peuvent nuire à la qualité de la transition parentale (Barimani et al., 2017; Lévesque et al., 2019). Finalement, les capacités de régulation émotionnelle et de mentalisation de chaque coparent gagnent à être examinées, en raison de leur rôle et de leur impact sur le processus de transition parentale (p. ex. Christie et al., 2017; Trillingsgaard et al., 2014). Aussi, étant donné que les dynamiques d'attachement sont susceptibles d'être activées par l'arrivée d'un nouveau-né (Hirschberger et al., 2009), il est recommandé d'évaluer attentivement les insécurités d'attachement des partenaires. En effet, la recherche empirique indique que de hauts niveaux d'attachement anxieux (anxiété d'abandon) ou d'attachement évitant (évitement de l'intimité) représentent des facteurs de risque d'une détresse relationnelle importante chez les nouveaux parents. Par exemple, les insécurités d'attachement sont associées à davantage de conflits en lien avec la conciliation travail-famille, ainsi qu'à une perception plus faible du soutien reçu par les partenaires (Kohn et al., 2012).

Il est également suggéré d'avoir recours à des questionnaires psychométriques auto-rapportés comme mesure complémentaire à utiliser dans le cadre d'une évaluation multimodale des couples en transition parentale (Sabourin et al., 2008; Dugal et al., 2018). Une variété de questionnaires de ce type peuvent être utilisés afin d'évaluer les facteurs déterminants de la qualité ou de la détresse qui sont associées à la transition parentale (voir le tableau 2 pour une liste non exhaustive).

Tableau 2 Questionnaires psychométriques auto-rapportés pour une évaluation multimodale

Construits à évaluer	Exemples de questionnaires
Alliance parentale	<i>Mesure d'alliance parentale</i> (PAM) (Abidin et Konold, 1999)
Stress parental	<i>L'index de stress parental</i> (PSI) (Abidin et al., 2013)
Symptômes de dépression post-partum	<i>L'échelle de dépression post-partum d'Edinburgh</i> (EPDS) (Cox et al., 1987)
Satisfaction relationnelle	<i>L'échelle d'ajustement dyadique</i> (EAD) (Sabourin et al., 2005)
Résolution de conflits et violence conjugale	<i>Le questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux</i> (CTS-2) (Straus et al., 1996)
Attachement amoureux	<i>Le questionnaire sur les relations amoureuses</i> (ECR-12) (Lafontaine et al., 2016)
Satisfaction sexuelle	<i>La mesure générale de la satisfaction sexuelle</i> (GMSEX) (Lawrence et al., 2011)

3.2 L'intervention en contexte de transition parentale²

Les psychothérapeutes qui sont appelés à intervenir auprès des couples en situation de transition parentale gagnent à adopter une approche d'intervention structurée, où le développement d'une bonne alliance thérapeutique est central (Dugal et al., 2018; Epstein et al., 2016). L'intervention avec un mandat d'amélioration de la relation cible autant les sphères intra qu'interpersonnelles par l'entremise de différentes stratégies d'intervention qui seront détaillées plus bas. De plus, en raison de l'inter-influence de l'alliance parentale et de la satisfaction relationnelle et étant donné leurs impacts respectifs sur la transition parentale (Doss et Rhoades, 2017; Favez, 2013), le développement d'une alliance parentale cohésive est au cœur des cibles de l'intervention. Précisons que le processus d'évaluation de même que le début de l'intervention thérapeutique peuvent parfois entraîner un soulagement et un certain espoir chez les couples qui consultent, mais aussi et à l'inverse, une augmentation de la détresse (Wright et al., 2008). Par conséquent, les psychothérapeutes doivent rester vigilants afin d'éviter une escalade des conflits et pouvoir identifier les signes avant-coureurs d'une dégradation ou d'un risque de débordement en dehors des séances. Cette mise en garde est particulièrement importante puisque les coparents qui consultent risquent d'être en manque de sommeil, ce qui entraîne plus de fatigue et d'irritabilité.

Quels seraient donc, dans ce contexte, les principaux objectifs thérapeutiques qui devraient être visés par les thérapeutes conjugaux et familiaux? Le tableau 3 propose quelques-unes des cibles à considérer pour l'intervention.

2. L'intervention pour un mandat de séparation n'est pas détaillée ici. Les lecteurs.trices peuvent se référer aux protocoles de la PCCC classique pour en savoir plus sur les interventions à utiliser dans ce contexte (voir entre autres Dugal et al., 2018).

Tableau 3 Exemples d'objectifs d'une psychothérapie pour des couples en transition parentale

Cibles d'intervention	Objectifs associés
Éducation psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normaliser et valider l'expérience des nouveaux parents (p. ex. modifications apportées par le nouveau statut de coparents au sein de la relation de couple). ▪ Comprendre les impacts de la parentalité sur les conjoints et sur leur relation de couple (p. ex. concessions à faire, gestion de la nouveauté, des imprévus, du stress, des exigences, de la vie sexuelle, de la diminution du temps disponible ensemble, de la satisfaction relationnelle et des modifications à cet égard, etc.). ▪ Soutenir les coparents dans la définition de leur identité parentale et de leurs différents rôles (p. ex. comme parents, comme partenaires romantiques, modifications dans leurs rôles au travail, etc.). ▪ Démystifier les croyances irrationnelles entourant les rôles mutuels des partenaires et les rôles de genre. <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des priorités de chacun, répartition des tâches et conciliation travail-famille.
Cognitions, émotions et communication constructive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer l'anxiété et la dépression associées à la transition parentale. Dans le cas d'une dépression post-partum, viser la diminution des symptômes en travaillant le soutien relationnel et la diminution du stress parental, en plus de soutenir les stratégies axées sur le repos et la consolidation des ressources internes. <ul style="list-style-type: none"> - Suggérer si nécessaire une consultation médicale pour prise de médication. ▪ Apprendre à collaborer en tant que coparents et développer une alliance parentale cohésive. ▪ Améliorer la communication efficace et la résolution de problèmes en lien avec les nouveaux rôles et fonctions de chaque coparent. ▪ Comprendre les besoins de chacun et favoriser une base sécuritaire au sein de laquelle le couple peut grandir et offrir une famille optimale à l'enfant.
Développement de l'intimité et de la satisfaction sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter le temps alloué au couple, ainsi que le temps personnel accordé à chacun. ▪ Améliorer l'intimité, identifier des manifestations d'affection appréciées par chacun, promouvoir le soutien et l'entente satisfaisante entre ce que l'un pense offrir et ce que l'autre perçoit recevoir, faire une place au couple dans la parentalité. ▪ Améliorer la satisfaction sexuelle de chacun (p. ex. clarifier les attentes et le rythme attendu par chaque partenaire aux différentes étapes de la parentalité, diversifier le répertoire sexuel et sensuel, etc.).

Éducation psychologique

Afin d'accompagner les couples dans l'atteinte de leurs objectifs, des stratégies d'éducation psychologique sont préconisées (Petch et Halford, 2008). L'information apportée doit être soutenue empiriquement et dénuée de préjugés sur ce que devrait être une expérience parentale positive. En effet, les répercussions sur la sphère relationnelle se font sentir pour une majorité de couples et peuvent être liées aux représentations parfois peu réalistes qui sont transmises dans les médias, sur les réseaux sociaux et dans la culture populaire, par exemple sur la parentalité en tant qu'expérience facile et innée, empreinte de joie et de positivité, ou sur les mythes concernant l'accouchement (Vliegen et al., 2014). Il importe donc d'informer les coparents sur l'influence délétère d'avoir des attentes trop élevées, voire irréalistes, par exemple quant à l'effet que devrait avoir l'expérience de la parentalité sur leur bonheur personnel, au degré d'implication que devrait avoir l'autre partenaire au sujet des tâches parentales, à leur identité en tant que parents (Welch, 2019). Il conviendrait ici de valider la frustration ressentie, ou le sentiment que l'expérience vécue comme nouveaux parents est inhabituelle ou hors norme (Lévesque et al., 2020).

Ainsi, à ce stade, l'intervention vise à fournir de l'information sur les défis typiques auxquels sont confrontés les nouveaux coparents (p. ex. manque de sommeil, plus grand isolement et solitude, augmentation de la détresse relationnelle, diminution de l'intimité, etc.), ainsi qu'à valider ces changements qui se produisent chez une majorité des couples. En raison de l'importance du soutien reçu lors de cette étape de transition, une emphase particulière est ici mise sur l'implication des deux partenaires dans la démarche de parentalité. L'objectif est de discuter avec les conjoints à propos du partage des tâches et de la notion de charge mentale associés aux soins du nouveau-né, afin de trouver une répartition satisfaisante et cohérente pour les deux partenaires (Lévesque et al., 2020). Parallèlement, après avoir clarifié les attentes de chacun, des mises en situation sont proposées en séances, de même que des exercices pour développer la capacité des coparents à offrir un soutien adapté à l'autre et de percevoir le soutien offert. Cette stratégie s'arrime dans la recherche sur la fonction du soutien au sein de la relation dyadique, décrit comme un élément protecteur face à la détresse relationnelle et au stress parental (Durtschi, 2017). L'objectif est aussi de promouvoir l'engagement des coparents dans les soins de l'enfant (Sheedy et al., 2019). Pour ce faire, chaque partenaire est invité à s'exercer dans l'utilisation de stratégies orientées vers les solutions (Eid et Bélanger, 2019). Ces dernières visent à : 1) identifier les attentes de chacun des coparents en ce qui concerne la transition parentale, en portant une attention particulière au contrôle du stress associé à celle-ci et au soutien mutuel; 2) identifier les messages envoyés à l'autre coparent et les mettre en lien avec leurs croyances et objectifs de changement; 3) aider les coparents à accepter les responsabilités qui leur incombent et à reconnaître le rôle qu'ils jouent dans la dynamique parentale.

Entraînement à la communication

L'entraînement à la communication constitue une étape centrale de la PCCC, puisque la communication non constructive est souvent la base des problématiques qui sont rapportées par le couple (Dugal et al., 2018; Eid et Bélanger, 2019). Le développement d'une bonne communication est particulièrement important lors des périodes de changement en général et lors de la transition parentale en particulier, considérant l'augmentation potentielle des conflits pendant cette période (Doss et Rhoades, 2017; Favez, 2013). Le fait de travailler au développement des compétences de communication et des stratégies de résolution des conflits permettra de fournir au couple parental des outils pour gérer les difficultés qui accompagnent leur nouvelle réalité.

Une attention particulière est mise sur l'expérience parentale telle qu'elle est vécue par chacun des partenaires, ainsi que sur les émotions et cognitions qui y sont rattachées et qui peuvent être sources de conflits. Il est donc attendu que les psychothérapeutes prennent en compte et interviennent sur les cognitions (p. ex. peur des conflits ou de blesser l'autre) qui participent au maintien d'une communication non constructive (p. ex. « je suis sûr qu'en m'affirmant, ça va finir en conflit » ou « si je lui dis mon désaccord ou ce que j'attends pour les soins de l'enfant, mon.ma partenaire va se sentir accusé.e ou incompetent.e dans son rôle parental »). Afin d'éviter une escalade de comportements disruptifs arrimés dans la colère lors des conflits, des techniques de pauses (*time out*) sont expliquées aux coparents.

La modification des patrons d'interaction du couple parental non constructifs (patrons de demande-retrait, de retrait-retrait, de blâme mutuel) (Dugal et al., 2018) ainsi que des comportements destructifs (p. ex. rejeter le blâme, exiger, critiquer, mépriser) est visée afin de modifier ces patrons de communication non fonctionnels (Wright et al., 2008). Quatre étapes permettent de modifier ces patrons, soit : 1) identifier les patrons et les reconnaître; 2) offrir aux coparents des alternatives pour la modification de ces patrons; 3) travailler la modification des distorsions cognitives sous-jacentes au maintien des patrons non constructifs (p. ex. « il devrait savoir que... ») et 4) faciliter l'expression émotionnelle et l'accueil avec tolérance de la détresse de l'autre. De plus, la pratique

de stratégies de communication constructive en séance à l'aide de jeux de rôles est préconisée. Par exemple, un exercice de communication peut d'abord être effectué en séance à l'aide d'un conflit d'intensité modérée et choisi avec les coparents (p. ex. gestion des nuits et du sommeil), puis pratiqué en dehors des séances. Ici, le rôle des psychothérapeutes consiste à 1) guider l'émetteur dans l'expression de ses émotions (en parlant au « je »); 2) guider le récepteur afin qu'il adopte des stratégies sans jugement, d'ouverture et d'empathie et 3) faire part de ses observations et suggérer des stratégies de résolution de problèmes visant l'adoption de solutions qui tiennent compte des deux points de vue, comme il sera discuté plus loin.

Lors de ces exercices ciblant la communication, il est important d'offrir du renforcement ainsi que des interprétations et des suggestions constructives, tout en contrôlant l'interaction afin d'éviter une escalade pouvant mener à un conflit, ainsi que l'émission de propos non constructifs. Finalement, un travail sur les patrons d'interactions entre les partenaires est proposé. Plus spécifiquement, les psychothérapeutes, tout en reflétant la dynamique d'interactions qui est propre au couple, interrogent le rôle de chaque coparent dans celle-ci. Le travail thérapeutique vise également à réparer les impacts délétères des patrons non constructifs sur la relation de couple et sur l'alliance parentale, tout en rétablissant le lien de confiance entre les coparents. L'objectif final est de permettre l'émergence de nouveaux patrons interactionnels sains entre les partenaires.

Stratégies de résolutions de problèmes et de conflits

Les problématiques de communication entraînent fréquemment des difficultés dans la capacité de résolution de problèmes chez les couples en transition parentale (Favez, 2013). Ainsi, comme discuté plus haut, une fois que les habiletés de communication constructive sont acquises, que chaque partenaire peut s'affirmer et que les coparents arrivent à faire équipe, il est possible de travailler en séance des stratégies de résolution de problèmes. Ultimement, cette procédure aide les coparents à prendre des décisions pour viser la satisfaction de chacun et à faire des compromis pour atteindre cet objectif. Un exemple d'intervention visant la résolution de problèmes est proposé avec le cas de Charles et Audrey (voir vignette clinique).

Vignette clinique

Charles, 37 ans, et Audrey, 30 ans, sont en couple depuis huit ans et sont les parents de Sacha, six mois. Le couple vient consulter sous l'initiative d'Audrey pour des problèmes d'adaptation concernant leur nouveau rôle parental. Depuis la naissance de Sacha, les conflits sont de plus en plus présents et houleux. Audrey reproche le manque de considération de Charles, qui investit davantage la sphère professionnelle que familiale, alors que Charles estime essentiel de consacrer du temps à son travail pour pouvoir subvenir aux besoins financiers de sa famille. Le couple a de la difficulté à s'entendre sur la responsabilité des soins à apporter à Sacha. Les conjoints mentionnent ne plus avoir le temps de passer des moments de qualité à deux. Audrey a totalement mis de côté sa passion (la peinture), car elle a beaucoup de difficulté à laisser Sacha se faire garder par une autre personne. Elle appréhende le retour au travail après son congé de maternité à la fin de l'année. Ils n'ont plus eu de relations sexuelles depuis la naissance de Sacha. Charles dit avoir moins de désir envers Audrey, qu'il voit maintenant « plus comme une mère ». Il aimerait néanmoins reprendre leurs activités sexuelles, en disant que « l'appétit vient en mangeant ». Audrey, quant à elle, est tellement fatiguée qu'elle préfère se reposer et elle évite les comportements qui pourraient être interprétés comme une « invitation » lorsqu'elle a des moments seule avec Charles. Elle ajoute que les nombreux conflits qu'ils vivent contribuent à éteindre encore plus son désir sexuel.

Exemple d'interventions pour travailler les stratégies de résolution de conflit

- 1) Le couple choisit de parler de la situation conflictuelle redondante concernant les soins apportés à Sacha. Le psychothérapeute prend le temps de bien définir le problème avec les partenaires et comment celui-ci se manifeste dans la relation.

Psychothérapeute (P) : « Si je comprends bien, vous n'êtes pas en accord sur les soins apportés à Sacha. Pourriez-vous m'expliquer comment ce conflit se manifeste quand vous êtes chez vous? Audrey, quelles sont vos sources de frustration à ce propos? Charles, comment y réagissez-vous? ».

- 2) Le psychothérapeute clarifie les besoins et les objectifs de chacun des coparents et explore comment chacun se sent dans la situation.

Audrey (A) : « J'ai besoin que Charles m'aide avec Sacha... C'est souvent moi qui me lève la nuit, car je l'allait. Je suis donc toujours fatiguée et je ne réussis pas à reprendre le dessus. Lui, il rentre du travail et il prend un peu Sacha. Il change aussi ses couches et prépare ses biberons pour la nuit, mais ce n'est pas suffisant. J'ai l'impression d'en faire toujours plus et j'aimerais qu'il me soutienne davantage. »

Charles (C) : « J'aimerais lui apporter plus de soutien, mais c'est difficile et comme je travaille toute la journée, je ne suis pas toujours présent comme Audrey, qui est en congé de maternité. J'essaie de prendre des initiatives, comme faire prendre son bain à Sacha quand il rentre du travail, mais souvent elle s'en est déjà occupée. Je ne sais pas comment faire pour lui venir en aide davantage que ce que je fais déjà. J'aimerais qu'elle s'exprime mieux et plus clairement sur ses besoins, car je ne peux pas les deviner... Comme je me lève très tôt pour aller travailler, c'est compliqué de m'occuper de notre fille la nuit. »

- 3) Le psychothérapeute aide le couple à générer des solutions en se servant de procédures de remue-méninge (*brainstorming*). Il peut, au besoin, suggérer des solutions pour régler la problématique.

P : « Audrey, vous souhaitez que Charles vous aide davantage et si je comprends bien, vous prenez souvent les devants et les initiatives dans les soins de Sacha et n'exprimez pas clairement et spécifiquement vos besoins. Charles, vous souhaitez également aider Audrey, mais vous voyez mal comment vous pourriez en faire plus car vous travaillez beaucoup. Quels seraient les terrains d'entente possibles concernant cette situation? »

A : « Je pense que nous pourrions nous répartir des tâches fixes et sur lesquelles nous nous entendrions à l'avance. Je ne savais pas que Charles voulait donner le bain à Sacha et c'est vrai que souvent je le fais avant qu'il arrive... Si je sais qu'il s'en occupera en rentrant, je pourrais me décharger de cette tâche. Même si ce n'est pas suffisant pour que je me sente davantage soutenue, c'est un bon début. »

C : « Nous pourrions faire des roulements pour les nuits où je commence plus tard le lendemain. Et un soir lors des fins de semaine je pourrais m'en occuper toute la nuit, pour que tu puisses mieux te reposer. »

Le psychothérapeute continue le processus de résolution de problèmes en posant des questions aux partenaires afin de lister plusieurs pistes de solutions (ici pour dégager du temps pour qu’Audrey puisse se libérer davantage de moments pour elle et pour se reposer), tout en délimitant les solutions qui sont possibles et réalistes pour eux.

- 4) Le couple, aidé du psychothérapeute, choisit les solutions les plus appropriées en fonction des avantages et des inconvénients à court et à long terme. Des solutions alternatives (Plans B et C) sont également prévues, si la première solution (Plan A) ne fonctionne pas.

Les coparents devront mettre en pratique pendant la semaine la solution retenue en séance en prévision de la cinquième étape.

- 5) Le psychothérapeute évalue les résultats et révisé au besoin la solution mise en place. Les autres problèmes comme la baisse du désir sexuel seront abordés de la même manière.

Restructuration cognitive

Le protocole d’intervention de PCCC pour les couples en transition parentale comporte également un volet de restructuration cognitive. Celui-ci vise à identifier et à modifier le discours interne des partenaires, car ce dernier conditionne souvent leurs difficultés relationnelles et parentales. Les psychothérapeutes peuvent ainsi identifier les distorsions qui sont reliées à leurs perceptions en lien avec leur expérience parentale. Ces distorsions comprennent entre autres les croyances erronées et rigides et les attentes irréalistes entourant la parentalité et la relation de couple. Par exemple, « un bon parent comprend immédiatement les besoins de son enfant », « si on se dispute sur l’éducation de notre enfant, nous ne sommes pas compatibles comme coparents », « ce n’est pas normal que je n’aie plus envie d’avoir des relations sexuelles depuis l’accouchement ».

L’objectif de la restructuration cognitive est de travailler à recadrer et à assouplir ces distorsions. Plus spécifiquement, le but est pour chaque coparent de mieux comprendre ses propres pensées, mais également de mieux appréhender celles de l’autre. Ainsi, chacun des partenaires se responsabilise et développe plus d’empathie envers l’autre. Précisons ici que ce n’est pas toujours la modification des cognitions qui est visée, mais également la conscientisation du fait que celles-ci sont souvent non fondées et que, par conséquent, elles sous-tendent fréquemment les problématiques rapportées par le couple (Dugal et al., 2018).

L’identification des distorsions cognitives peut se faire à l’aide de l’imagerie mentale, de jeu de rôle ou de questionnement (p. ex. « à quoi pensez-vous lorsque vous constatez que vous n’avez pas répondu aux besoins de votre enfant », « que vous dites-vous lorsque vous constatez que votre partenaire semble en désaccord avec vous, qu’est-ce que cela signifie pour vous, pour votre relation et pour votre famille? »). Les distorsions cognitives sont donc travaillées à l’aide de différentes techniques de restructuration cognitive (discuter les évidences, générer des pensées alternatives, s’engager dans des jeux de rôles, utiliser le questionnement socratique, la technique de la flèche ascendante ou descendante, etc.) (Eid et Bélanger, 2019; Wright et al., 2008). Par exemple :

- Le questionnement socratique vise à poser des questions aux partenaires afin de s’interroger sur le bien-fondé de leurs cognitions, de les mettre à l’épreuve, de les confronter, puis de proposer une perspective alternative dans la façon d’envisager les choses.
- La technique de la flèche ascendante/descendante consiste à mettre en lumière une cognition automatique et non fonctionnelle, puis à poser une série de questions qui mettent cette croyance au défi (p. ex. « Et si c’était vrai que vous aviez vos faiblesses en tant que

coparent, qu'est-ce que cela impliquerait pour vous? [...] Et par rapport à votre relation? »). L'objectif est l'identification des croyances profondes qui sous-tendent ces cognitions et qui sont impliquées dans la dynamique et la problématique du couple parental, comme dans l'exemple suivant :

Parent (P) : « Je suis un mauvais parent et nous risquons de divorcer. »

Thérapeute (T) : « Et si cela arrivait, que se passerait-il? »

P : « Je finirais seul.e et je ne verrais plus mon enfant. »

T : « Et qu'advierait-il de vous si cela se produisait? »

P : « Je ne pourrais jamais construire et maintenir la vie de famille que je souhaite et j'aurais ruiné la vie de mon enfant, comme mon père l'a fait quand il nous a abandonnées, mes sœurs et moi. »

L'objectif ultime de cette stratégie est de remettre en lumière les postulats, souvent fallacieux, sur lesquels les coparents font souvent reposer leurs perceptions.

Travailler l'expression des émotions et la régulation émotionnelle

En plus d'un travail thérapeutique sur les pensées et sur les comportements, la PCCC auprès des couples en transition parentale intègre un important travail sur les émotions. En effet, celles-ci sont souvent soit minimisées et évitées ou, au contraire, envahissantes. Les émotions dans les situations conflictuelles sont donc régulièrement non identifiées ou alors mal exprimées, ce qui entraîne des difficultés de communication entre les coparents (Sheedy et al., 2019).

Une exposition graduelle est préconisée, avec un travail sur les émotions primaires et secondaires. Spécifiquement, les psychothérapeutes cherchent par l'exposition à mettre les coparents en contact avec leurs émotions primaires (p. ex. je suis triste, je me sens seul.e et abandonné.e lorsque mon.ma conjoint.e ne se réveille pas la nuit) et secondaires (p. ex. je suis en colère en réaction à la tristesse de me sentir seul.e à gérer l'enfant). Le but est de développer une appréhension plus saine des émotions vécues par chaque partenaire (p. ex. capacité à prendre contact avec ses états internes [émotions, pensées, sentiments, etc.], à les observer, à les nommer et à exprimer ses besoins de façon appropriée). Ces stratégies permettent de diminuer les réactions défensives (p. ex. se sentir persécuté ou attaqué, avoir l'impression que l'autre en demande toujours plus ou n'apprécie pas ce qui est fait, etc.), de développer la tolérance des coparents face aux émotions fortes et/ou négatives, ainsi que leur réactivité émotionnelle, même en contexte de fatigue et d'irritabilité, typiques chez les couples en transition parentale, comme nous l'avons vu précédemment.

Travailler l'acceptation

En parallèle, des techniques visant l'acceptation et la tolérance des différences entre les coparents sont préconisées, afin de travailler l'élaboration d'une alliance parentale cohésive. Les psychothérapeutes proposent des interventions ayant pour objectif d'aider les coparents à accepter leurs différences (p. ex. dans l'éducation ou la façon de fournir les soins à l'enfant). Ainsi, les psychothérapeutes guident les partenaires pour les aider à formuler de nouvelles façons d'appréhender et d'accepter leurs désaccords, à mettre en lumière la vulnérabilité de chacun et à développer la tolérance envers l'autre. Pour ce faire, les coparents sont invités à prendre conscience des avantages d'avoir des visions différentes de la parentalité, ce qui participe à déconstruire la vision négative des différences de l'autre.

Plusieurs interventions peuvent être utilisées (Eid et Bélanger, 2019), comme : 1) la connexion empathique, qui a pour objectif le fait que chaque partenaire manifeste davantage d'empathie face au vécu de l'autre; 2) le détachement unifié, qui fait référence à l'incitation pour les partenaires à adopter une vision unifiée du problème, mais également qu'ils arrivent à s'en détacher (p. ex. par le truchement de l'humour, l'utilisation de métaphores, etc.) et 3) l'identification de retombées positives des comportements qui sont jugés comme étant négatifs par les coparents (p. ex. apprécier l'engagement au travail de l'autre coparent qui participe à la stabilité financière de la famille).

La prise en charge des difficultés sexuelles

Une fois que la communication et la gestion émotionnelle sont plus fonctionnelles, un travail peut être effectué sur les problématiques qui ont pu se développer sur le plan des sphères intime et sexuelle lors de la transition parentale. En effet, comme mentionné, il est fréquent que les couples qui consultent pour des problématiques relationnelles pendant cette période éprouvent également des difficultés dans la sphère sexuelle (Dugal et al., 2018; Rosen et Byers, 2020). D'ailleurs, les partenaires qui éprouvent de la difficulté à aborder la sexualité au sein de leur relation se trouvent soulagés lorsque les psychothérapeutes montrent leur ouverture à en discuter en séance (Bergeron et al., 2008). Qui plus est, puisque la transition parentale a un impact sur la satisfaction sexuelle (Rosen et al., 2018), la thérapie de couple offre un contexte favorable pour diminuer les divergences dans les attentes et les connaissances qui alimentent les difficultés sexuelles (Rosen et Byers, 2020).

Les techniques utilisées en PCCC pour améliorer le bien-être sexuel comprennent une variété d'interventions (p. ex. auto-exploration, sensibilisation corporelle) qui visent à diversifier le répertoire sexuel des coparents, à augmenter la satisfaction sexuelle, de même que la fonction sexuelle en lien avec le désir et l'excitation, la douleur, la fonction érectile, l'orgasme, etc. (voir Bergeron et al., 2008; Hall et Binik, 2020). Les interventions sur la sphère sexuelle des couples en transition parentale doivent être ancrées dans une évaluation biopsychosociale, spécifique à la parentalité (p. ex. douleurs gynécologiques fréquentes, impact de l'allaitement, complications médicales possibles, etc.). De plus, certains facteurs psychosociaux peuvent maintenir les difficultés sexuelles (p. ex. les mythes portant sur la sexualité en lien avec la grossesse et la parentalité, le manque de sommeil, le peu de temps intime de qualité, l'enfant qui dort avec les parents ou dans leur chambre, la communication et les scripts sexuels inadéquats, la vision de l'autre partenaire comme un coparent et non plus comme un partenaire sexuel, les changements corporels, etc.).

Chronologie de l'intervention sexuelle.

Dans un premier temps, il est recommandé que les psychothérapeutes s'intéressent aux mythes et au manque d'information sur la sexualité, par exemple en abordant l'impact du manque de sommeil sur la fonction sexuelle et sur le niveau de désir sexuel, ainsi que les effets physiologiques [physiques et hormonaux] de la grossesse et de l'accouchement, et en validant la réduction de la fréquence des rapports sexuels, les techniques pour élargir le répertoire sexuel, etc. (Rosen et Byers, 2020). Ensuite, des techniques d'intervention adaptées à la transition parentale sont utilisées pour cibler les préoccupations sexuelles et les distorsions cognitives sous-jacentes (p. ex. partenaires qui ne se considèrent plus comme des figures sexuelles au profit d'une identité parentale, distractions liées à l'enfant lors des relations sexuelles, préoccupations liées à l'image corporelle et aux changements physiques, etc.). Finalement, des interventions comportementales (p. ex. exercices d'auto-exploration, masturbation dirigée, sensibilisation corporelle) sont préconisées en fonction des problématiques rapportées par les coparents (pour plus de détails sur la sexothérapie de couple, voir Bergeron et al., 2008; Hall et Binik, 2020).

4. Perspectives d'avenir

En dépit de la fréquence des difficultés qui se développent chez certains couples en transition parentale, aucune psychothérapie de couple ne semble avoir été développée spécifiquement pour soutenir cette population. Ainsi, il serait pertinent d'élaborer, comme suggéré ici, des protocoles de PCCC visant la prise en charge des couples qui vivent une transition parentale empreinte de détresse. De plus, ces protocoles d'intervention devraient être validés empiriquement, ainsi que leurs impacts sur différentes populations de couples vivant des difficultés entourant leur parentalité. Par exemple, la recherche empirique indique le manque significatif d'interventions parentales adaptées au vécu des partenaires ayant subi des traumatismes interpersonnels durant l'enfance, en dépit de l'influence délétère qu'ils peuvent avoir sur l'expérience parentale, sans compter le risque de transmission intergénérationnelle du trauma (Berthelot et al., 2016; Godbout et al., 2023). À la lumière des recherches futures, notons que plusieurs avancées empiriques restent à faire (p. ex. études incluant les deux coparents, échantillons issus de la diversité LGBTQI+). En outre, les couples issus de populations plus à risque (p. ex. couples en situation socio-économique précaire, avec troubles de santé mentale ou physique, minorités visibles) sont trop peu étudiés et leur réalité est encore mal comprise, ce qui freine la mise en place d'interventions adaptées lorsque surviennent des situations de stress comme l'arrivée d'un nouvel enfant. Finalement, les thérapeutes conjugaux et familiaux peuvent intervenir auprès des couples en transition parentale à l'aide d'outils empruntés à la PCCC, en les adaptant, comme proposé ici. Concluons qu'il est primordial de garder en mémoire la complexité multifactorielle caractéristique de la transition parentale, ainsi que la nécessité d'intégrer une vision intersectionnelle dans son approche thérapeutique afin de rendre compte de la diversité des expériences des couples en transition parentale.

ABSTRACT:

Transition to parenthood is recognized as a critical developmental stage within an intimate relationship and is accompanied by major changes that can be deleterious to relationship satisfaction. The present article highlights avenues for intervening with couples consulting for difficulties related to their transition to parenthood. After examining the key factors associated with this critical period within the lifespan of a romantic relationship and multi-axis assessment, a protocol will be detailed integrating the main behavioral and cognitive interventions. These target both inter and intra personal spheres (e.g. parental alliance, parental identity, relationship and sexual satisfaction). Finally, suggestions are shared to guide therapeutic support for couples in transition to parenthood.

KEYWORDS:

Parenting transition, relational distress, dyadic adjustment, couple therapist

RÉFÉRENCES

- Abidin, R. R. et Konold, T. R. (1999). *PAM: Parenting alliance measure: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R., Austin, W. G. et Flens, J. R. (2013). The forensic uses and limitations of the Parenting Stress Index. Dans R. P. Archer et E. M. A. Wheeler (dir.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (p. 346-379). Routledge/Taylor & Francis Group.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC.

- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K. et Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546.
- Becher, E. H., Kim, H., Cronin, S. E., Deenanath, V., McGuire, J. K., McCann, E. M. et Powell, S. (2019). Positive parenting and parental conflict: contributions to resilient coparenting during divorce. *Family Relations*, 68(1), 150-164.
- Bélanger, C., Bergeron, Y., Lafontaine, M. F. et Julien, D. (2011). Protocole d'évaluation des couples présentant un problème de violence conjugale. *Perspectives Psy*, 50(3), 238-245.
- Bergeron, S., Benazon, N., Jodoin, M. et Brousseau, M. (2008). Sexualité et dysfonction sexuelle. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 361-396). PUQ.
- Berthelot, N., Ensink, K. et Drouin-Maziade, C. (2016). Les défis de la parentalité chez les victimes de maltraitance en enfance. Dans C. Giraudeau (dir.), *Éléments pour une psychologie de la maltraitance* (p. 53-76). Éditions Publibook Université (Psychologie et vie quotidienne).
- Bouchard, G., (2017). La transition parentale. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin, *Les fondements de la psychologie du couple*. PUQ.
- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, S. K., De Haan, A., Vang, M. L., Haag, K., ... et Brown, E. (2017). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1492834.
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Dugal, C., Bakhos, G., Bélanger, C. et Godbout, N. (2018). Cognitive Behavioral Psychotherapy for Couples: An Insight into the Treatment of Couple Hardships and Struggles. Dans O. Senormanci (dir.), *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. Rijeka: InTech.
- Doss, B. D. et Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25-28.
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M. et Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 96(3), 601.
- Durtschi, J. A., Soloski, K. L. et Kimmes, J. (2017). The dyadic effects of supportive coparenting and parental stress on relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 308-321.
- Eid, P. et Bélanger, C. (2019) La thérapie cognitive comportementale de couple : résolution de l'ambivalence et des conflits sous-jacents. Dans L. Souche et A. Sagne (dir.), *La thérapie de couple : 11 études de cas*. Éditions In Press Ed.
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M. et La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2), 38-44.
- Epstein, N. B., Dattilio, F. M. et Baucom, D. H. (2016). Cognitive-behavior couple therapy. Dans T. L. Sexton et J. Lebow (dir.), *Handbook of family therapy* (p. 361-386). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue*, (1), 73-83.
- Godbout, N., Paradis, A., Rassart, C. A., Sadikaj, G., Herba, C. et Drapeau-Lamothe, M. (2023). Parents' history of childhood interpersonal trauma and postpartum depressive symptoms: the moderating role of mindfulness. *Journal of affective disorders*.
- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C. P. et Cowan, P. A. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Personal Relationships*, 16(3), 401-420.
- Kan, M. L., Feinberg, M. E. et Solmeyer, A. R. (2012). Intimate Partner Violence and Coparenting Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Issues*, 33(2).
- Kielcolt-Glaser, J. K. et Wilson, S. J. (2017). Lovesick : How couples' relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, (13), 421-443.
- Kohn, J. L., Rholes, S. W., Simpson, J. A., Martin III, A. M., Tran, S. et Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: The role of adult attachment orientations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(11).
- Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R. et Johnson, S. M. (2015). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140-154.

- Lawrence, K. A. et Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285.
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L. et Fernet, M. (2020). Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1938-1956.
- Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., . . . Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 244-255.
- Parfitt, Y. et Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273.
- Petch, J. et Halford, W. K. (2008). Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1125-1137.
- Pinquart, M. et Teubert, D. (2010). A meta-analytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family Relations*, 59(3), 221-231.
- Rassart, C. A., Paradis, A., Bergeron, S. et Godbout, N. (2022). Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting stress: the role of self-capacities disturbances among couples welcoming a newborn. *Child Abuse and Neglect*, 129.
- Rosen, N. O. et Byers, E. S. (2020). Sexuality and the transition to parenthood. Dans N. O. Rosen et Y. M. Binik (dir.), *Principles and practices of sex therapy* (p. 333-356). Guilford Publications.
- Rosen, N. O., Bailey, K. et Muise, A. (2018). Degree and direction of sexual desire discrepancy are linked to sexual and relationship satisfaction in couples transitioning to parenthood. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 214-225.
- Sabourin, S., Lorange, J., Wright, J., Lefebvre, D. et Poitras-Wright, H. (2008). Le diagnostic en psychothérapie de couple : vers un nouveau dialogue. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 99-195). PUQ.
- Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological assessment*, 17(1), 15.
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M. et Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychologist*, 73(9), 1190-1200.
- Scarff, J. R. (2019). Postpartum depression in men. *Innovations in clinical neuroscience*, 16.
- Sheedy, A., Gambrel, L. et Eubanks, C. (2019). Coparenting Negotiation During the Transition to Parenthood: A Qualitative Study of Couples' Experiences as New Parents. *The American Journal of Family Therapy*, 47(2), 1-20.
- Straus, M. A., Hamby, S., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales: Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, (17), 283-316.
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J. et Heyman, R. E. (2014). Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Family Relations*, 63(5), 667-679.
- Vliegen, N., Casalin, S. et Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: A review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1-22.
- Watson, S. L., Hayes, S. A., Coons, K. D. et Radford-Paz, E. (2013). Autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. Part II: A qualitative comparison of parenting stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(2), 105-113.
- Welch, T., Rouleau-Mitchell, E., Farero, A., Lachmar, E. M. et Wittenborn, A. K. (2019). Maintaining Relationship Quality During the Transition to Parenthood: The Need for Next Generation Interventions. *Contemporary Family Therapy*, 41(2), 211-218.
- Wright, J., Sabourin, S., Lussier, Y. et Poitras-Wright, H. (2008). La psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 225-275). PUQ.