

Université de Montréal

**La thérapie conjugale en milieu naturel :  
Étude du lien entre attachement amoureux, satisfaction  
conjugale, mandat thérapeutique et résultat de la consultation**

par

Josianne Mondor

Département de psychologie

Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)  
en psychologie – recherche et intervention  
option psychologie clinique

Novembre, 2009

© Josianne Mondor, 2009

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

La thérapie conjugale en milieu naturel : Étude du lien entre attachement amoureux,  
satisfaction conjugale, mandat thérapeutique et résultat de la consultation

présentée par :  
Josianne Mondor

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Mireille Cyr, présidente-rapporteuse  
John Wright, directeur de recherche  
Antonio Zadra, membre du jury  
Marie-France Lafontaine, examinatrice externe  
Marie-Andrée Poirier, représentante du doyen

## Résumé

L'objectif général de cette thèse est d'examiner le lien entre l'attachement amoureux des conjoints, la satisfaction conjugale, le mandat thérapeutique et le résultat de la thérapie conjugale telle que conduite en milieu naturel. Afin d'atteindre cet objectif, des couples se présentant en thérapie conjugale ont d'abord complété une batterie de questionnaires comprenant l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976) et le Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Les thérapeutes ont par la suite indiqué le mandat thérapeutique poursuivi avec chaque couple (réconciliation ou résolution de l'ambivalence), suivant la classification de Poitras-Wright et St-Père (2004). À la fin de la consultation, le jugement du thérapeute a été utilisé pour classer chacun des cas comme ayant abandonné ou complété le traitement. Les couples ayant complété la thérapie ont rempli l'Échelle d'ajustement dyadique au post-traitement.

Dans le premier des articles composant cette thèse, le lien entre l'attachement amoureux et la satisfaction conjugale a été examiné auprès d'un échantillon de 172 couples en détresse débutant une thérapie conjugale, de même qu'auprès de 56 couples non en détresse débutant également une thérapie conjugale, pour fins de comparaison. Les résultats ont démontré que l'évitement de la proximité semble être une caractéristique distinctive des couples en détresse et que cette dimension de l'attachement est fortement liée à l'insatisfaction conjugale de ce même groupe. Dans le deuxième article, le mandat thérapeutique, l'attachement amoureux et la satisfaction conjugale ont été examinés en tant que prédicteurs de l'abandon de la thérapie conjugale, auprès de 141 couples. Les résultats ont notamment démontré qu'un mandat de résolution de l'ambivalence augmente les probabilités d'abandon de la thérapie conjugale. De plus, les prédicteurs du résultat de la thérapie ont également été examinés dans ce second article. Les résultats obtenus au moyen d'analyses acteur-partenaire ont démontré que la satisfaction conjugale pré-traitement apparaît comme le meilleur prédicteur de la satisfaction conjugale post-traitement, et ce, malgré l'inclusion de l'attachement amoureux parmi les variables investiguées. Considérés dans leur ensemble, les résultats de cette thèse suggèrent que l'insécurité d'attachement

serait fortement associée à l'insatisfaction des couples en détresse, mais ne nuirait pas pour autant à l'obtention d'un résultat positif en thérapie conjugale.

En somme, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances en se penchant sur l'utilité de la théorie de l'attachement en thérapie conjugale et en soulignant la nécessité de tenir compte des mandats thérapeutiques dans les futures études en thérapie conjugale. Les implications cliniques des résultats et des recommandations pour la recherche clinique sont présentées dans la conclusion de l'ouvrage.

**Mots-clés :** Thérapie de couple, ajustement dyadique, attachement adulte, mandat thérapeutique, abandon, prédiction, représentativité clinique.

## **Abstract**

The aim of this thesis was to elucidate the link between adult romantic attachment, relationship satisfaction, therapeutic mandates and couple therapy outcome. Couples seeking therapy in a natural setting completed the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) and the Experiences in Close Relationships Questionnaire (Brennan, Clark, & Shaver, 1998) at intake. Therapists classified the therapeutic mandate pursued in each case (i.e., alleviation of couple distress or ambivalence resolution) according to the Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire (Poitras-Wright & St-Père, 2004). When treatment ceased, couples were classified as dropouts or completers according to therapists' judgment, and completers were further assessed using the Dyadic Adjustment Scale.

In the first of two articles, the association between adult romantic attachment and pre-treatment marital satisfaction was investigated in a sample of 172 distressed couples seeking therapy, as well as in a comparison sample of 56 nondistressed couples seeking therapy. Results showed that attachment avoidance was a distinctive characteristic of distressed couples and that it was a strong predictor of marital dissatisfaction among distressed couples seeking therapy. Based on a series of 141 couple therapy cases, the second article examined therapeutic mandates, romantic attachment orientations, and pre-treatment marital satisfaction as predictors of premature disengagement from couple therapy. The most striking result was that an ambivalence resolution mandate was strongly associated with increased chances of treatment discontinuation. Predictors of couple therapy outcome were also examined: actor-partner analyses revealed that the strongest predictor of post-treatment marital satisfaction was pre-treatment marital satisfaction, despite the inclusion of romantic attachment among the predictor variables. Overall, these results indicate that attachment insecurity is strongly related to distressed couples' marital dissatisfaction, but that it might not impede the attainment of a positive outcome in couple therapy.

In sum, this thesis contributed to the field of couple therapy by investigating the pertinence of attachment theory in couple treatment, and highlighting the need for further

study of therapeutic mandates in couple therapy. Clinical implications for couple therapy are discussed, and recommendations for clinical research offered.

**Keywords** : Couple therapy, dyadic adjustment, marital satisfaction, adult attachment, romantic attachment, therapeutic mandate, dropout, outcome, prediction, clinical representativeness.

# Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>v</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>vii</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>ix</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>x</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>xi</b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b>xiii</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
État des connaissances sur la thérapie conjugale .....	4
Questions de recherche actuelles en thérapie conjugale .....	8
Théorie de l'attachement, relations conjugales et thérapie de couple.....	14
Objectifs de la thèse .....	26
<b>Article 1 .....</b>	<b>29</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>31</b>
Method .....	37
Results.....	40
Discussion .....	42
<b>References .....</b>	<b>47</b>
<b>Article 2 .....</b>	<b>57</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>59</b>
Method .....	66
Results.....	69
Discussion .....	73
<b>References .....</b>	<b>78</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>87</b>
Résumé de la thèse .....	88
Implications cliniques .....	92

Limites de la recherche .....	98
Recommandations .....	118
Conclusion .....	124
<b>Bibliographie .....</b>	<b>125</b>
<b>Annexe A .....</b>	<b>xiv</b>
<b>Annexe B .....</b>	<b>xxix</b>



## Liste des tableaux

### Article 1

Table I : Means, Standard Deviations, and Analyses of Variance for the Study Variables .....	52
Table II : Intercorrelations for the Study Variables in the Distressed Couples Sub-Sample .....	53
Table III : Actor and Partner Effects of Attachment Avoidance and Attachment Anxiety Predicting Marital Satisfaction in the Distressed Couples Sub-Sample .....	54
Table IV : Intercorrelations for the Study Variables in the Nondistressed Couples Sub- Sample.....	55
Table V : Actor and Partner Effects of Attachment Avoidance and Attachment Anxiety Predicting Marital Satisfaction in the Nondistressed Couples Sub-Sample .....	56

### Article 2

Table I : Univariate Analyses Comparing Completers and Dropouts on Relationship Satisfaction, Attachment Avoidance, Attachment Anxiety, and Therapeutic Mandate .....	84
Table II : Intercorrelations for the Study Variables .....	85
Table III : Actor and Partner Effects of Pre-Treatment Relationship Satisfaction on Post- Treatment Relationship Satisfaction .....	86

## Liste des abréviations

APIM	Actor Partner Interdependance Model
DAS	Dyadic Adjustment Scale ou Échelle d'ajustement dyadique
ECR	Experiences in Close Relationships Questionnaire ou Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux
TCCB	Thérapie conjugale cognitive-comportementale
TCCE	Thérapie conjugale centrée sur les émotions

## Remerciements

D'abord et avant tout, je voudrais remercier mon directeur de thèse, John Wright. Merci pour l'encadrement soutenu et l'incroyable disponibilité tout au long de ce cheminement. Merci pour les encouragements qui venaient toujours à point, spécifiquement dans les moments où j'en avais le plus besoin et qui me motivaient à poursuivre devant l'ampleur du travail. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir poussée à me dépasser, mais aussi d'avoir tenu compte des contraintes et d'avoir fixé des objectifs réalistes, ce qui m'a permis de terminer dans les délais prévus. Merci finalement d'avoir pris la peine de souligner chacun de mes bons coups. Maintenant tu peux vraiment m'appeler *Dr. M!*

Ensuite, un grand merci à Pierre McDuff pour sa précieuse collaboration au niveau des analyses statistiques, particulièrement au cours de la dernière année. Merci d'avoir patiemment et toujours rapidement répondu à chacune de mes questions, même les plus bêtes et les plus redondantes. Merci de m'avoir amenée pas à pas jusqu'à la maîtrise de procédures et techniques statistiques qui m'étaient auparavant totalement inconnues et incompréhensibles, je t'en suis très reconnaissante.

Merci aux psychologues de la Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright Côté qui ont généreusement donné de leur temps pour participer à la collecte de données menée dans le cadre de cette thèse. Merci pour votre assiduité dans la complétion des questionnaires et pour votre engagement soutenu depuis le début de cette recherche. Un merci particulier à Hélène Poitras-Wright pour ses commentaires critiques intelligents et pertinents qui ont permis d'enrichir cette thèse, de l'élaboration du protocole à la rédaction de l'ouvrage. Dans un autre ordre d'idées, je vous remercie pour le temps et l'énergie que vous avez tous et chacun investi dans ma formation clinique. C'est grâce à votre savoir-faire, votre dévouement et votre patience si je suis aujourd'hui devenue psychologue de couple.

Merci aussi à Stéphane Sabourin et Yvan Lussier pour leur contribution à la rédaction des articles qui constituent cette thèse. J'apprécie beaucoup la générosité dont

vous avez fait preuve en acceptant de vous impliquer dans ces projets. Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Merci à mes collègues Justine Lorange et Marie-Michèle Boisvert pour leur collaboration dans la collecte de données. Cette recherche a été un travail d'équipe du début à la fin et grâce à votre implication il a été possible de mener à terme un projet ambitieux de recherche en milieu clinique.

Je remercie également le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) pour l'encadrement et le soutien matériel offert tout au long de mon parcours. De même, je remercie le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et la Fondation Desjardins pour leur appui financier à la réalisation de ce projet.

Au plan personnel, je tiens à remercier ma famille et mes amies qui m'ont encouragée et soutenue depuis le début de mes études. Merci à mes parents d'avoir cru en moi et de m'avoir amenée à me dépasser. Merci à ma sœur Marie-Michèle pour son accompagnement dans les réflexions et pour ses encouragements quotidiens en fin de parcours. Merci à mes amies Karine, Martine et Valérie d'avoir été si compréhensives à l'égard de mon manque de disponibilité dans les derniers moments, je vous retrouve bientôt.

Finalement, un dernier merci bien spécial à mon conjoint Mathieu. Merci pour le soutien émotif que tu m'offres quotidiennement depuis bientôt 5 ans. Merci de m'avoir accompagnée, de m'avoir encouragée et de m'avoir si souvent réconfortée dans les moments d'angoisse et de découragement. Sans toi je n'y serais pas arrivée. Merci de m'offrir une relation d'attachement sécurisante qui me permet d'aller de l'avant et de m'épanouir, tu m'aides à devenir le meilleur de moi-même. En terminant, merci aussi pour le soutien instrumental que tu m'as offert dans les derniers mois... et en échange voici ta ligne de plus dans les remerciements, comme promis.

## Avant-propos

Cette thèse est rédigée sous forme d'articles. En plus de l'introduction et de la conclusion générale, cette thèse compte deux articles scientifiques, récemment soumis pour publication. Le premier article est intitulé *Couples in therapy : Actor-partner analyses of the relationships between romantic attachment and marital satisfaction* et a été soumis à la revue *The American Journal of Family Therapy*. L'auteure de cette thèse a contribué à chacune des étapes de la rédaction de cet article, de l'élaboration du protocole de recherche à la rédaction du manuscrit, en passant par la recension des écrits, la collecte de données et les analyses statistiques. La contribution des coauteurs a été comme suit : Yvan Lussier a conseillé la candidate dans la rédaction du manuscrit, Pierre McDuff a assisté la candidate dans le choix et l'exécution des analyses statistiques et John Wright, directeur de recherche, a supervisé l'ensemble du projet. Par la suite, le second article scientifique inclus dans cette thèse s'intitule *Couple therapy premature disengagement and outcome in a naturalistic setting : The role of therapeutic mandates and romantic attachment orientations* et a été soumis à la revue *Journal of Family Psychology*. Tout comme pour l'article 1, la candidate a grandement contribué à chacune des étapes menant à la soumission de cet article. La contribution des coauteurs a été la suivante : Stéphane Sabourin a revu et amélioré le style de rédaction du manuscrit, John Wright a supervisé l'ensemble du processus menant à la production de l'article, Hélène Poitras-Wright a développé la classification des mandats thérapeutiques utilisée dans cette recherche et Pierre McDuff a supervisé l'exécution des analyses statistiques.

# **Introduction**

Depuis le début des années 1970, le taux de divorce dans les pays occidentaux a augmenté de façon fulgurante. Au Canada, il est estimé qu'un mariage sur trois se terminera par un divorce et que près de deux unions libres sur trois mèneront à la séparation (Statistique Canada, 2002). Les statistiques sont similaires aux États-Unis : 33% des premiers mariages et 62% des premières unions libres seront terminés en moins de 10 ans (Bramlett & Mosher, 2002). Le divorce entraîne nombre de conséquences négatives, tant pour les conjoints que pour les enfants. En comparaison aux gens mariés, les gens divorcés rapportent plus de détresse psychologique, plus de troubles psychologiques incluant la dépression, une image de soi plus négative, plus de problèmes de santé physique, une vie sexuelle moins satisfaisante, plus de difficultés financières et plus de difficultés à exercer leur rôle de parent (Amato, 2000). Les enfants de parents divorcés, quant à eux, rapportent plus de difficultés académiques, plus de troubles externalisés, une image de soi plus négative, de moins bonnes habiletés sociales et une moins bonne santé physique, en comparaison aux enfants de familles intactes (Amato, 2000).

De plus, la détresse conjugale, qu'elle mène à une séparation ou non, affecte grand nombre de couples et de familles. Il est estimé que 20 à 31% des couples de la population générale vivent de la détresse conjugale (Beach, Fincham, Amir, & Leonard, 2005; Whisman, Beach, & Snyder, 2008). La détresse conjugale est associée à une plus forte prévalence de problèmes de santé physique (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) et de santé mentale, en particulier les troubles de l'humeur, l'anxiété et l'abus de substance (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Whisman & Uebelacker, 2003; Whisman, Uebelacker, & Bruce, 2006), en plus d'être associée à un plus faible niveau de bien-être général (Proulx, Helms, & Buehler, 2007). La corrélation entre détresse conjugale et symptômes dépressifs à travers 26 études est estimée à .37 pour les hommes et .42 pour les femmes (Whisman, 2001), ce qui est considéré comme une association moyenne à forte. Au Québec, il est estimé qu'environ 30% des couples qui consultent en thérapie conjugale sont aussi aux prises avec un problème de santé mentale qui affecte l'un ou l'autre des partenaires (Lamarre & Lussier, 2007). En plus, les effets néfastes de la détresse conjugale s'étendent au-delà de la dyade, avec une association bien documentée entre détresse conjugale,

conflits parentaux et problèmes externalisés et internalisés chez les enfants (Buehler *et al.*, 1997; O'Leary & Vidair, 2005).

Finalement, les problèmes conjugaux comptent parmi les motifs de consultation les plus fréquemment mentionnés par les clients en thérapie individuelle (Gurman & Fraenkel, 2002; Lamarre & Lussier, 2007; Maling, Gurtman, & Howard, 1995) et sont souvent perçus comme étant à l'origine de la détresse émotionnelle par les individus qui en souffrent (Swindle, Heller, Pescosolido, & Kikuzawa, 2000).

Dans ce contexte, il apparaît primordial de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les corrélats de la détresse conjugale et d'améliorer les traitements offerts aux couples en détresse. En ce sens, cette thèse vise à examiner le lien entre l'attachement amoureux des conjoints, la satisfaction conjugale, le mandat thérapeutique et le résultat de la thérapie conjugale telle que conduite en milieu naturel. Afin d'atteindre cet objectif, une revue de la littérature scientifique pertinente sera d'abord présentée en introduction. À cet effet, les connaissances actuelles sur l'efficacité de la thérapie conjugale et sur les différentes approches à l'intervention conjugale seront résumées. Une discussion sur les principales questions de recherches dans le domaine suivra : représentativité clinique, mandats thérapeutiques, variables des clients, théorie des relations conjugales. Par la suite, la théorie de l'attachement sera présentée, de ses origines dans la dyade mère – enfant à son utilité en thérapie conjugale, en passant par son application dans la compréhension des relations conjugales. En clôture du chapitre d'introduction, les objectifs de la thèse et de chacun des deux articles scientifiques qui constituent cette thèse seront énumérés et la méthodologie employée dans cette recherche sera abordée.

Les deux articles rédigés dans le cadre de cette thèse suivront l'introduction et constitueront ainsi le cœur de cet ouvrage. Le premier article examinera le lien entre l'attachement amoureux et la satisfaction conjugale chez des couples débutant une thérapie conjugale, visant ainsi à acquérir une meilleure compréhension de la détresse conjugale des couples qui consultent. Dans la perspective d'améliorer les traitements offerts aux couples en détresse, le second article se penchera pour sa part sur la prédiction du résultat de la thérapie conjugale sur la base de variables telles l'attachement amoureux, la satisfaction



conjugale initiale et le mandat thérapeutique poursuivi. Finalement, la conclusion générale de cette thèse permettra de synthétiser les résultats obtenus à travers les deux articles ainsi que de discuter des implications cliniques de ceux-ci. Les limites de la recherche et les recommandations pour les recherches futures seront également abordées dans ce dernier chapitre.

## **État des connaissances sur la thérapie conjugale**

Ayant connu ses premiers balbutiements dans les années 1930, puis son essor au début des années 1980, la thérapie conjugale est définie comme une intervention psychologique conduite auprès d'un couple et ayant comme cible d'intervention la dynamique conjugale (Gurman & Fraenkel, 2002). La thérapie conjugale est maintenant reconnue comme un traitement empiriquement validé pour le traitement de la détresse conjugale (Baucom, Epstein, & Gordon, 2000; Shadish & Baldwin, 2003, 2005; Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhoussen, 2007) et différentes approches thérapeutiques ont été développées. Ces approches seront bientôt décrites, mais d'abord une définition de la détresse conjugale sera rapportée et les principales données concernant l'efficacité de la thérapie conjugale en tant que modalité d'intervention seront présentées.

### ***Efficacité de la thérapie conjugale pour le traitement de la détresse conjugale***

Avant d'examiner plus en détail l'efficacité de la thérapie conjugale, il importe de s'attarder à la question de la définition de la détresse conjugale. Étonnamment, il n'existe pas de consensus à cet égard dans le domaine (Crane, Allgood, Larson, & Griffin, 1990; Graham, Liu, & Jeziorski, 2006; Heyman, Feldbau-Kohn, Ehrensaft, Langhinrichsen-Rohling, & O'Leary, 2001) et divers termes sont employés de façon plus ou moins interchangeable pour référer au même construit : *ajustement dyadique/conjugal/marital*, *satisfaction conjugale/maritale* et, à la négative, *détresse relationnelle/conjugal/maritale* ou *insatisfaction conjugale/maritale*<sup>1</sup>. Spanier (1976), dans l'élaboration du questionnaire

---

<sup>1</sup> En cohérence avec la littérature existante, ces termes seront aussi utilisés de façon interchangeable dans le présent document.

le plus utilisé à ce jour pour mesurer la détresse conjugale, le Dyadic Adjustment Scale (DAS ou Échelle d'ajustement dyadique), définit l'ajustement dyadique comme :

« un processus dont le résultat est déterminé par le degré de 1) différences problématiques, 2) tensions interpersonnelles et anxiété personnelle, 3) satisfaction dyadique, 4) cohésion dyadique, et 5) consensus sur les sujets importants dans le fonctionnement conjugal. » (p.17, traduction libre).

Il apparaît ainsi que la satisfaction conjugale, telle que conceptualisée dans les recherches en thérapie de couple, réfère à une évaluation globale et générale de la qualité de la relation, telle que perçue par les conjoints (Eddy, Heyman, & Weiss, 1991; Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). Par ailleurs, il est à noter que différents critères sont utilisés pour discriminer les couples en détresse (aussi appelés *perturbés*) des couples non en détresse (ou *non perturbés*). Par exemple, des critères variant de 92 à 107 au DAS ont été employés et recommandés par différents chercheurs. L'absence de consensus à cet égard demeure problématique (Heyman *et al.*, 2001; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005).

L'efficacité de la thérapie conjugale a été généralement mesurée en termes d'augmentation statistiquement significative de la satisfaction conjugale selon un questionnaire auto-rapporté, les plus communs étant le Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976), le Marital Adjustment Test (Locke & Wallace, 1959) et le Marital Satisfaction Inventory (Snyder, 1979). La taille de l'effet moyenne, calculée à partir de six méta-analyses incluant plus d'une centaine d'études, est de  $d = .84$  pour la thérapie conjugale (Shadish & Baldwin, 2003), ce qui est considéré comme élevé selon les normes de Cohen (1988). En comparaison, la taille de l'effet moyenne à travers diverses formes d'interventions psychosociales est évaluée à  $d = .47$  (Lipsey & Wilson, 1993). De plus, la taille de l'effet pour les couples ne recevant aucun traitement est en moyenne non différente de zéro, ce qui permet d'exclure l'hypothèse de la rémission spontanée pour la détresse conjugale (Baucom, Hahlweg, & Kuschel, 2003; Wright *et al.*, 2007).

Par ailleurs, certaines études ont aussi examiné l'efficacité de la thérapie conjugale en termes de changement cliniquement significatif, soit le passage d'un score illustrant la présence d'une détresse conjugale significative (*distressed range*) au pré-traitement à un score représentant l'absence de détresse conjugale significative (*nondistressed range*) au

post-traitement (Jacobson & Truax, 1991). Les résultats des études évaluatives rapportent que de 35 à 75% des couples seraient rétablis (c.-à-d., non en détresse) à la fin de la thérapie conjugale, et ce, à travers différentes approches thérapeutiques (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998).

### *Approches théoriques en thérapie conjugale*

Plusieurs approches en thérapie conjugale ont été développées, les principales étant la thérapie conjugale cognitive-comportementale (TCCB; Jacobson & Christensen, 1996), la thérapie conjugale centrée sur les émotions (TCCE; Johnson, 1996), la thérapie conjugale systémique (Keim & Lappin, 2002) et la thérapie conjugale psychodynamique (Scharff & Bagnini, 2002). Bien que toutes ces approches soient couramment utilisées par les thérapeutes de couple, les recherches évaluatives ont examiné principalement la TCCB et la TCCE, de sorte que seuls ces deux modèles peuvent être considérés comme empiriquement validés selon les critères de Chambless et Hollon (1998) (Baucom *et al.*, 2000). Étant donné le nombre plus restreint d'études examinant la thérapie conjugale d'approche systémique ou psychodynamique, ces approches ne seront pas davantage abordées dans le présent travail<sup>2</sup>.

Essentiellement, la TCCB est décrite comme une approche visant la modification des cognitions et des comportements des conjoints dans le but de diminuer la détresse conjugale. Par exemple, le thérapeute aidera les conjoints à acquérir de nouvelles habiletés de communication et de résolution de problèmes, à augmenter les comportements positifs réciproques et à modifier leurs attributions et croyances irrationnelles (Baucom, Epstein, & LaTaillade, 2002; Wright, Sabourin, Lussier, & Poitras-Wright, 2008). Par ailleurs, la TCCE a comme cible d'intervention principale les émotions et vise à modifier la dynamique interactionnelle du couple pour créer une relation d'attachement sécurisante entre les conjoints. Entre autres, le thérapeute aide les conjoints à exprimer leurs émotions primaires plus vulnérables, à identifier leurs besoins d'attachement, à répondre de façon empathique aux besoins de l'autre et à se réengager émotionnellement dans la relation grâce à

---

<sup>2</sup> Le lecteur intéressé par une description des différentes approches en thérapie conjugale peut consulter Gurman et Jacobson (2002).

des moments clés de ré-attachement (Johnson & Denton, 2002; Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras, & Denton, 2008).

En ce qui a trait à la comparaison de l'efficacité de ces deux approches, Johnson et Greenberg (1985) ont trouvé que la TCCE produit significativement plus de gains que la TCCB. Dans une méta-analyse, Wright et ses collaborateurs (2007) ont trouvé une taille de l'effet moyenne de  $d = 1.37$  ( $n = 5$  études) pour la TCCE et de  $d = 1.09$  ( $n = 29$  études) pour la TCCB, une différence statistiquement significative. Toutefois, les conditions dans lesquelles les deux traitements ont été évalués diffèrent : la TCCB a été examinée auprès de couples plus en détresse que ceux auprès desquels la TCCE a été investiguée, ce qui peut avoir biaisé les résultats obtenus. En somme, les données actuelles permettent d'affirmer que la thérapie conjugale est un traitement efficace pour la diminution de la détresse conjugale, mais ne permettent pas de conclure qu'une approche est supérieure à une autre (Baucom *et al.*, 2000; Gurman & Fraenkel, 2002).

Finalement, après plusieurs années de compétition entre les tenants des différentes approches, une nouvelle vague d'intégration a débuté vers la fin des années 1990 (Johnson & Lebow, 2000). Par exemple, Jacobson et Christensen (1996) ont développé une approche cognitive-comportementale intégrée en ajoutant un volet acceptation et tolérance à la TCCB traditionnelle. Entre autres, les auteurs insistent sur l'importance d'amener les conjoints à exprimer leurs émotions plus vulnérables (p. ex., la tristesse ou la honte) qui se cachent derrière des émotions plus dures (p. ex., la colère). Cet aspect de la TCCB rejoint un des principes fondamentaux de la TCCE, soit le rôle central que jouent les émotions dans la dynamique interactionnelle et l'importance pour le thérapeute d'accéder aux émotions primaires plus vulnérables dissimulées par des émotions secondaires plus agressives (Lafontaine *et al.*, 2008). Par ailleurs, aussi dans un effort d'intégration des approches, les tenants de la TCCE proposent que la théorie de l'attachement qui est à la base de leur modèle serve dorénavant de théorie des relations amoureuses à travers différentes approches en thérapie conjugale, offrant ainsi une compréhension unifiée et globale des dynamiques de couple (Davila, 2003; Johnson, 2007).

## Questions de recherche actuelles en thérapie conjugale

L'efficacité de deux modèles d'intervention ayant été démontrée par de nombreuses études, les chercheurs en thérapie conjugale se tournent maintenant vers de nouvelles questions de recherche. La présente thèse s'inscrit dans ce contexte et, plus particulièrement, vise à contribuer à l'avancement des connaissances sur quatre thèmes d'actualité : 1) la représentativité clinique des études, 2) la diversité des mandats thérapeutiques, 3) l'influence des variables reliées aux clients sur le résultat de la thérapie conjugale et 4) l'intégration de la théorie de l'attachement en thérapie conjugale. Chacun de ces thèmes sera maintenant présenté plus en détail et la littérature pertinente à la compréhension des questions de recherche associées sera revue, pour finalement amener à la présentation des objectifs de la thèse à la page 26.

### *Représentativité clinique des études*

Le fossé entre la recherche et la réalité clinique en thérapie conjugale est souligné depuis plusieurs années (Addison, Sandberg, Corby, Robila, & Platt, 2002; Johnson, 2003b; Pinosof & Wynne, 2000). La très grande majorité des études sont menées dans des conditions maximisant la validité interne du protocole (p. ex., environnement contrôlé, homogénéité des caractéristiques des clients, durée du traitement fixe, manuel de traitement suivi de façon rigide, etc.), mais malheureusement très différentes du contexte dans lequel la thérapie de couple est offerte en milieu naturel. Shadish et ses collègues (1997) ont amené la notion de représentativité clinique pour évaluer les conditions dans lesquelles sont menées les recherches. Selon ces chercheurs, une étude est dite *cliniquement représentative* lorsqu'elle est conduite dans un milieu clinique réel, auprès de réels clients et thérapeutes et lorsque le traitement est administré tel qu'à l'habitude, sans adaptation particulière pour les besoins de la recherche (Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, 2000). Le système de cotation de la représentativité clinique développé par Shadish et ses collègues (2000) a été adapté au cas spécifique de la thérapie conjugale par Wright et ses collègues (2007). Ce système de cotation évalue une étude selon 10 dimensions : sévérité des problèmes, milieu de traitement, sources de références, expérience des thérapeutes, niveau de structure du

traitement, surveillance des thérapeutes, hétérogénéité des problèmes, entraînement des thérapeutes, flexibilité du nombre de séances et liberté des thérapeutes. À travers 50 études évaluatives en thérapie conjugale, Wright et ses collègues (2007) ont trouvé que le score moyen de représentativité clinique était de 4.19 sur 10 ( $ET = 1.67$ ), ce qui se situe presque à mi-chemin entre des conditions totalement contrôlées et des conditions totalement réelles. Ainsi, l'étude évaluative moyenne est encore bien loin d'examiner ce qui se passe réellement dans le bureau d'un thérapeute. Par exemple, parmi les études recensées par Wright et ses collègues (2007), 59% des études rapportant l'information ont utilisé des étudiants gradués plutôt que des professionnels comme thérapeutes, 73% ont offert une thérapie gratuite aux clients, 36% ont eu recours aux médias pour recruter les couples et 83% ont administré un traitement hautement structuré par le protocole de recherche et non ajusté aux besoins des clients.

Évidemment, les conditions dans lesquelles pratiquent habituellement les thérapeutes de couple diffèrent grandement de celles décrites ci-dessus. Le thérapeute de couple moyen aux États-Unis a entre 13 et 16 ans d'expérience, charge 80 \$ par séance et travaille seul en pratique privée (Doherty & Simmons, 1996; Northey, 2002). Au Québec, une enquête réalisée auprès de 453 psychologues œuvrant auprès de couples et de familles montre que 80 % exercent en pratique privée et que le nombre moyen d'années d'expérience est de 16.5 ans (Lamarre & Lussier, 2007). Cet écart entre les conditions dans lesquelles les recherches sont menées et les conditions réelles nuit à la généralisation des résultats : en l'absence d'études cliniquement représentatives, il est impossible de savoir si les résultats obtenus dans les recherches seront maintenus en milieu réel (Sexton, Alexander, & Mease, 2004). De plus, le manque de représentativité clinique des études compte parmi les raisons invoquées pour expliquer que les cliniciens soient peu enclins à prendre connaissance des résultats de recherche et à les implanter dans leur pratique (Pinsof & Wynne, 2000). En somme, plus d'études en thérapie conjugale devraient être menées dans des conditions cliniquement représentatives. Cette recherche répondra à cette recommandation, comme il sera discuté plus loin (page 27).

### *Diversité des mandats thérapeutiques*

Un aspect particulièrement marquant du manque de représentativité clinique des recherches en thérapie conjugale concerne la notion de mandat thérapeutique. Le mandat thérapeutique est défini comme une entente entre les deux conjoints et le thérapeute quant au plan d'intervention à suivre et aux objectifs à viser au cours de l'intervention (Poitras-Wright & St-Père, 2004). Bien que la grande majorité des couples se présentent en thérapie avec l'objectif d'améliorer leur relation (*mandat de réconciliation*), une proportion significative des couples, estimée à 25% (Wright, Mondor, Lorange, & Boisvert, 2006), consultent dans le but d'arriver à prendre position au sujet de la continuité de la relation (*mandat de résolution de l'ambivalence*). De plus, une mince proportion des couples, soit environ 4% (Wright *et al.*, 2006), consultent dans le but d'arriver à accepter une séparation ou de négocier une séparation à l'amiable (*mandat de séparation*). La variabilité des mandats thérapeutiques a été documentée par plusieurs (Doss, Simpson, & Christensen, 2004; Gurman & Fraenkel, 2002; Vansteenwegen, 1998) et la validité d'une classification des mandats a été démontrée par Tremblay, Wright, Mamodhousen, McDuff et Sabourin (2008). Malgré cette reconnaissance de la pluralité des mandats en thérapie conjugale, seul le mandat classique de réconciliation a à ce jour été considéré dans les études. C'est donc dire qu'aucune donnée probante ne supporte le travail des thérapeutes de couple qui, régulièrement, aident des couples poursuivant un mandat alternatif. Il apparaît essentiel que les chercheurs en thérapie conjugale se penchent dès maintenant sur les mandats de résolution de l'ambivalence et de séparation pour, dans un premier temps, accumuler des données permettant de mieux comprendre les besoins spécifiques des couples poursuivant ces mandats et, par la suite, développer des modèles d'intervention pour mieux servir cette population. Suivant cette voie, le second article de la thèse examinera le mandat de résolution de l'ambivalence, en plus du mandat classique de réconciliation.

En cohérence avec la définition unique du mandat thérapeutique en recherche, le succès de la thérapie conjugale est souvent conceptualisé exclusivement comme l'amélioration de la satisfaction conjugale. Les couples qui optent pour une séparation suite à la consultation sont systématiquement exclus des analyses ou considérés comme un

échec. Or, la séparation peut dans certains cas constituer un résultat favorable à la thérapie, amenant une opportunité de croissance personnelle et procurant un soulagement à des conjoints malheureux (Baucom *et al.*, 1998; Christensen & Heavey, 1999; Sexton *et al.*, 2004; Vansteenwegen, 1998), en plus de parfois contribuer à diminuer les conflits entre les parents et ainsi procurer un environnement plus adéquat aux enfants (Amato, 2000; Davies & Cummings, 1994). Enfin, il est évident que le critère de succès doit être relié au mandat thérapeutique : l'augmentation de la satisfaction conjugale constitue un critère de succès approprié uniquement si l'objectif de la thérapie est effectivement d'améliorer la relation (Poitras-Wright & St-Père, 2004; Wright *et al.*, 2008). Cette recommandation sera suivie dans le présent travail.

### ***Influence des variables liées aux clients***

Bien que la thérapie conjugale soit un traitement reconnu comme étant efficace, il n'en demeure pas moins que plus de la moitié des couples traités demeurent en détresse à la fin du traitement (Christensen & Heavey, 1999; Sexton *et al.*, 2004; Shadish & Baldwin, 2003) et que les taux d'abandon de la thérapie s'élèvent à plus de 50% (Allgood, Parham, Salts, & Smith, 1995; Anderson, Atilano, Bergen, Russell, & Jurich, 1985; Ward & McCollum, 2005). Devant de telles statistiques, plusieurs auteurs ont insisté sur l'importance d'identifier les variables reliées à l'abandon et à l'échec de la thérapie, en particulier les variables des clients (Atkins *et al.*, 2005; Christensen, Baucom, Vu, & Stanton, 2005; Gurman & Fraenkel, 2002). En thérapie individuelle, l'influence des variables liées aux clients sur le résultat de la thérapie est depuis longtemps étudiée et des recension des écrits ont été publiées périodiquement (p. ex., Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994), ce qui n'est pas le cas en thérapie conjugale (Sexton *et al.*, 2004). Les recherches en thérapie conjugale ont été jusqu'à récemment orientées vers la démonstration de l'efficacité des modèles d'intervention et ont peu tenu compte des variables propres aux clients (Sexton *et al.*, 2004), malgré que celles-ci aient une contribution estimée à 25-30% dans l'issue de la thérapie en général (Norcross & Lambert, 2006). De même, puisque la majorité des études ont été conduites auprès d'échantillons de couples très homogènes (Wright *et al.*, 2007), les possibilités d'examiner l'impact des variables des clients sur le processus ou le résultat de la thérapie ont été réduites.



À ce jour, la majorité des études ayant examiné l'impact des variables des clients sur la complétion ou le résultat de la thérapie conjugale se sont limitées aux variables sociodémographiques (p. ex., âge, origine ethnique, revenu annuel, nombre d'enfants, etc.), comme celle-ci sont souvent déjà amassées dans le cadre d'une recherche évaluative. Les résultats ont toutefois été peu concluants, à l'image de ce qui a été obtenu en thérapie individuelle (Clarkin & Levy, 2004). En conséquence, plusieurs ont suggéré que les variables des clients théoriquement liées au processus de la thérapie ou au problème traité seraient de meilleurs prédicteurs du résultat de la thérapie que les variables sociodémographiques (Clarkin & Levy, 2004; Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005; Snyder, Mangrum, & Wills, 1993). Dans ce contexte, l'attachement amoureux apparaît comme une variable liée aux clients pertinente à étudier dans la prédiction de l'issue de la thérapie conjugale, étant donné le lien théorique et empirique bien documenté entre attachement amoureux et relations interpersonnelles (Mikulincer & Shaver, 2007). En thérapie conjugale, deux relations se jouent simultanément : la relation thérapeutique et la relation conjugale. D'une part, des études en thérapie individuelle ont démontré que l'insécurité d'attachement nuit à la formation de l'alliance thérapeutique (Eames & Roth, 2000; Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995; Satterfield & Lyddon, 1998). D'autre part, des études en psychologie sociale ont documenté l'influence de l'attachement amoureux sur plusieurs aspects de la dynamique conjugale (Mikulincer & Shaver, 2007). À la lumière de ces résultats, l'influence de l'attachement amoureux sur la complétion et le résultat de la thérapie conjugale apparaît pertinente à investiguer, ce qui sera fait dans le deuxième article de cette thèse.

Dans un autre ordre d'idées, il est à noter qu'un manque de consensus quant à la définition de l'abandon en thérapie conjugale (Bischoff & Sprenkle, 1993), tout comme en thérapie individuelle (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008), nuit à la mise en commun des résultats de recherche sur les prédicteurs de l'abandon. En effet, l'abandon en thérapie conjugale est parfois défini comme l'interruption de la thérapie avant un nombre de séances prédéfini par l'expérimentateur (Allgood & Crane, 1991), parfois comme une décision unilatérale du client sans l'accord du thérapeute (Tremblay *et al.*, 2008). Garfield (1994) a recommandé qu'un abandon soit défini comme « un cas où

l'individu assiste à au moins une session de thérapie et interrompt le traitement de sa propre initiative en ne se présentant plus aux rendez-vous avec le thérapeute » (p.195, traduction libre), mais cette suggestion a rarement été suivie.

Essentiellement, l'étude des variables reliées aux clients en thérapie conjugale vise à recueillir suffisamment d'information pour qu'éventuellement les thérapeutes puissent sélectionner les meilleures techniques d'intervention en fonction des caractéristiques propres à chaque couple (Clarkin & Levy, 2004; Sexton *et al.*, 2004). De surcroît, si les clients à risque de ne pas profiter de la thérapie peuvent être identifiés à partir de leurs caractéristiques pré-traitement, des modalités d'intervention adaptées aux besoins spécifiques de ces couples pourront ensuite être développées (Atkins *et al.*, 2005; Christensen *et al.*, 2005; Clarkin & Levy, 2004; Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999). Le second article de cette thèse contribuera à l'avancement des connaissances sur l'influence des variables reliées aux clients en thérapie conjugale, en particulier au sujet de la variable attachement amoureux.

### ***Absence d'une théorie des relations conjugales***

Finalement, la dernière lacune abordée ici concerne l'absence d'une théorie unificatrice des relations amoureuses en thérapie conjugale. Des traitements ont été développés et validés, mais curieusement pendant longtemps en l'absence d'une théorie des relations amoureuses (Gottman, Coan, Carrere, & Swanson, 1998; Johnson & Lebow, 2000; Johnson, 2003b). Depuis quelques années, Johnson et ses collègues (Johnson, 2003a, 2007; Johnson & Best, 2003; Johnson & Sims, 2000) proposent la théorie de l'attachement comme théorie des relations amoureuses à l'usage des thérapeutes de couple. Afin de permettre une compréhension claire du lien entre attachement amoureux et thérapie conjugale, la théorie de l'attachement sera d'abord présentée, partant de ses origines, puis avec un focus particulier sur son utilité pour la compréhension des dynamiques conjugales et pour la thérapie conjugale.

## **Théorie de l'attachement, relations conjugales et thérapie de couple**

### ***Origines de la théorie de l'attachement***

La théorie de l'attachement a été élaborée par Bowlby (1969, 1973, 1980) dans le but d'expliquer la tendance naturelle des êtres humains à créer de forts liens affectifs avec des personnes significatives. La théorie stipule que l'attachement est un système motivationnel inné nécessaire à la survie de l'espèce. L'enfant crée une relation d'attachement (c.-à-d., un fort lien affectif) avec sa mère ou un autre pourvoyeur de soins principal, aussi appelé *figure d'attachement*. Cette relation d'attachement promouvoit le maintien de la proximité mère-enfant dans le but de protéger l'enfant du danger (Bowlby, 1969). Le système d'attachement est activé par la perception d'une menace (réelle ou imaginée) à la sécurité. Cette activation permet à l'enfant de rétablir un sentiment de sécurité, habituellement en cherchant la proximité de la figure d'attachement. Au fil des interactions avec le pourvoyeur de soins, l'enfant développe et internalise des représentations mentales (*working models*) de soi et de l'autre (Bowlby, 1973). Une fois instaurées, ces représentations mentales sont généralement stables dans le temps et influencent les relations futures, au niveau cognitif, affectif et comportemental. Bien que le système d'attachement soit plus manifeste dans les premières années de vie, il demeure actif tout au long de l'existence (Bowlby, 1979).

Ainsworth, Blehars, Waters et Wall (1978) ont examiné les différences individuelles au niveau de l'attachement par l'observation des dyades mère – enfant lors d'épisodes de séparation – rapprochement. Leurs études ont montré que les enfants adoptent différentes stratégies (appelées *styles d'attachement*) pour tenter de rétablir un sentiment de sécurité lorsqu'une menace est perçue, c'est-à-dire lorsque leur système d'attachement est activé. Les enfants ayant un style d'attachement sécurisant ont comme stratégie de rechercher la proximité de la figure d'attachement pour se sentir en sécurité et apaiser leur détresse. L'attachement sécurisant se développe grâce à l'interaction avec un pourvoyeur de soins disponible, sensible et synchronisé aux besoins de l'enfant. Les enfants ayant un attachement anxieux-ambivalent ont tendance à rechercher désespérément la proximité de

la figure d'attachement lorsqu'en détresse, mais réagissent souvent en repoussant celle-ci lorsqu'elle s'approche. Les pourvoyeurs de soins de ces enfants ont tendance à être intrusifs ou peu sensibles aux besoins de l'enfant, offrant la proximité à des moments qui semblent aléatoires pour l'enfant, peu synchronisés avec ses besoins. L'enfant comprend alors que la meilleure stratégie pour obtenir le réconfort est de rechercher la proximité intensivement et fréquemment, mais le doute demeure quant à la réelle disponibilité de la figure d'attachement. À l'inverse, les enfants ayant un style d'attachement évitant ont tendance à se replier sur eux-mêmes dans les moments de détresse, puis à manifester des comportements d'auto-apaisement ou à se dissocier de leurs émotions, plutôt que de rechercher la proximité de la figure d'attachement. Cette stratégie est développée en réponse à un manque de disponibilité du pourvoyeur de soins, lequel est perçu comme froid, distant, rejetant ou indifférent. Déçu de l'incapacité d'entretenir une relation satisfaisante avec la figure d'attachement, l'enfant en vient à se détacher de la relation et à développer une grande indépendance.

Un quatrième style d'attachement a été identifié suite à l'observation du comportement d'enfants négligés ou abusés, soit l'attachement désorganisé-désorienté (Main & Solomon, 1990). Contrairement aux enfants sécurisants, anxieux-ambivalents ou évitants, ces enfants ne semblent avoir aucune stratégie cohérente pour rétablir un sentiment de sécurité et apparaissent confus et désorientés lorsqu'en détresse. Le pourvoyeur de soins de ces enfants est souvent préoccupé par ses propres besoins, demandant à l'enfant de répondre à ses besoins (concrètement ou émotivement) et se mettant en colère lorsque l'enfant échoue. La confusion de l'enfant semble provenir du fait que le pourvoyeur de soins est à la fois source de réconfort et source de danger. Ce style d'attachement est largement sur-représenté parmi les enfants abusés (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989).

En somme, la théorie de l'attachement amène une compréhension à propos du lien affectif fort unissant l'enfant à son pourvoyeur de soin et permet de rendre compte des différences individuelles dans la façon de vivre cette relation. De façon similaire, le lien affectif unissant les partenaires amoureux peut aussi être conceptualisé comme une relation d'attachement, tel qu'il sera maintenant discuté.

### *Théorie de l'attachement appliquée aux relations amoureuses*

Dans une étude pionnière, Hazan et Shaver (1987) ont proposé que les relations amoureuses constituent des relations d'attachement, à l'image de la relation parent – enfant, et que celles-ci sont vécues différemment d'un individu à l'autre en fonction de l'histoire d'attachement de chacun. Hazan et Shaver ont démontré que les individus peuvent être classifiés selon trois styles d'attachement (sécurisant, anxieux-ambivalent et évitant), correspondants aux styles d'attachement à l'origine identifiés par Ainsworth et ses collègues (1978) chez les enfants. Ils ont aussi trouvé que les individus classés dans chacun des styles d'attachement diffèrent au niveau de leurs expériences amoureuses, de leurs représentations mentales des relations amoureuses et de leur perception de la relation avec leurs parents dans l'enfance. Cette étude pionnière a ouvert la voie à deux décennies de recherches sur l'attachement amoureux.

D'abord définie selon trois styles par Hazan et Shaver (1987), la conceptualisation de l'attachement amoureux a subséquemment été raffinée grâce aux travaux de Bartholomew (1990) et Bartholomew et Horowitz (1991). Les auteurs ont proposé un modèle de l'attachement amoureux en quatre styles articulés autour de deux dimensions, appelées *modèle de soi* (ou dépendance) et *modèle de l'autre* (ou évitement). Dans un effort d'intégration, Brennan, Clark et Shaver (1998) ont quelques années plus tard examiné les différentes conceptualisations de l'attachement existantes pour conclure que toutes convergent vers une vision de l'attachement en deux dimensions, qu'ils ont nommées *anxiété d'abandon* (correspondant à la dimension modèle de soi de Bartholomew et Horowitz) et *évitement de la proximité* (correspondant à la dimension modèle de l'autre). Cette dernière conceptualisation est actuellement la plus reconnue et la plus fréquemment employée lorsqu'il est question de l'attachement amoureux et sera ainsi décrite en détail dans les paragraphes qui suivent.

En premier lieu, la dimension de l'anxiété d'abandon réfère à une inquiétude persistante à l'idée d'être rejeté par l'autre et de ne plus être aimé. Cette dimension concerne la représentation mentale de soi : les individus forts en anxiété d'abandon entretiennent une image de soi comme peu valable et ne méritant pas l'amour de l'autre.

Leur crainte d'être abandonné reflète cette insécurité quant à leur valeur personnelle, étant convaincus que l'autre cessera éminemment de s'intéresser à eux. Au contraire, les individus avec une faible anxiété d'abandon ont globalement une bonne estime de soi et se croient digne d'amour, d'où peu de crainte d'être abandonné par l'autre. En second lieu, la dimension de l'évitement de la proximité réfère à un inconfort dans l'intimité et dans les relations de dépendance. Cette dimension concerne la représentation mentale de l'autre : les individus forts en évitement adhèrent à un modèle de l'autre comme non disponible dans les moments de détresse. En conséquence, ils ont tendance à éviter de demander du soutien, s'attendant à ce que l'autre ne soit pas en mesure de répondre à leur demande même s'ils l'exprimaient. À l'inverse, les individus ayant un faible évitement de la proximité entretiennent la croyance que l'autre sera disponible dans les moments de détresse et ainsi sont confortables avec l'idée de demander du soutien lorsque nécessaire.

La juxtaposition des dimensions de l'anxiété d'abandon et de l'évitement de la proximité définissent quatre styles d'attachement : sécurisant (faible anxiété d'abandon et faible évitement de la proximité), préoccupé (forte anxiété d'abandon et faible évitement de la proximité), détaché (faible anxiété d'abandon et fort évitement de la proximité) et craintif (forte anxiété d'abandon et fort évitement de la proximité)<sup>3</sup>. Toutefois, la conceptualisation et la mesure de l'attachement amoureux en dimensions plutôt qu'en catégories a été recommandée afin de permettre plus de nuances dans la classification des individus et plus de puissance dans les analyses (Fraley & Waller, 1998; Milkulincer & Shaver, 2007). Cette recommandation sera suivie dans le présent texte. Ainsi, le terme *attachement anxieux* réfèrera à la dimension de l'anxiété d'abandon et *individus anxieux* désignera les individus ayant un attachement caractérisé par une forte anxiété d'abandon. De même, *attachement*

---

<sup>3</sup> Différentes nomenclatures des styles d'attachement existent et peuvent porter à confusion. Chez l'enfant, les styles d'attachement sont nommés sécurisant, anxieux-ambivalent, évitant et désorganisé-désorienté (Ainsworth *et al.*, 1978; Main & Solomon, 1990). Chez l'adulte, les styles d'attachement correspondants sont maintenant appelés sécurisant, préoccupé, évitant et craintif (Bartholomew, 1990). Ces orientations d'attachement réfèrent à la façon dont les individus vivent leurs relations amoureuses (d'où le terme attachement amoureux) et sont habituellement mesurées par des questionnaires auto-rapportés. Par ailleurs, l'attachement adulte peut être conceptualisé d'une toute autre façon, c'est-à-dire en se basant sur les souvenirs qu'ont les adultes des relations avec leurs parents dans l'enfance. Ces styles d'attachement sont mesurés par une entrevue structurée, le Adult Attachment Interview (George, Kaplan, & Main, 1985). Puisque cette dernière conceptualisation ne sera pas utilisée dans ce travail, elle ne sera pas ici abordée davantage. Le lecteur intéressé peut consulter Hesse (2008).

*évitant* réfèrera à la dimension de l'évitement de la proximité et *individus évitants* désignera les individus ayant un attachement caractérisé par un fort évitement de la proximité<sup>4</sup>. De façon plus générale et en cohérence avec la littérature existante, les termes *insécurité d'attachement* et *attachement (ou individu) insécuré* indiqueront un attachement caractérisé par une forte anxiété d'abandon et/ou un fort évitement de la proximité.

Tout comme les enfants adoptent différentes stratégies de recherche de sécurité en fonction de leur style d'attachement (Ainsworth *et al.*, 1978), les adultes ayant un attachement anxieux ou évitant évaluent différemment les menaces à la sécurité et ont recours à des stratégies particulières pour rétablir leur sentiment de sécurité. Selon le modèle d'activation du système d'attachement proposé par Shaver et Milkulincer (2002), les individus ayant un attachement anxieux ont un faible seuil d'activation de leur système d'attachement, c'est-à-dire qu'ils perçoivent rapidement une menace à la sécurité et sont hypervigilants aux indices de rejet ou d'abandon. Leur stratégie d'attachement est de rechercher une très grande proximité avec leur partenaire dans le but d'augmenter leur sentiment de sécurité. À l'inverse, les individus ayant un attachement évitant ont un seuil d'activation du système d'attachement très élevé : ils cherchent à minimiser ou nier leurs besoins d'attachement et doivent faire face à une crise majeure avant de ressentir de l'insécurité. Leur stratégie pour maintenir et rétablir l'équilibre est la désactivation de leur système d'attachement, ce qui les amène à se retirer et à se replier davantage sur eux-mêmes dans les moments d'insécurité. Ces différences quant au seuil d'activation du système d'attachement et aux moyens préférés pour rétablir le sentiment de sécurité sont utiles pour comprendre les réactions des conjoints en détresse, comme il sera abordé plus loin (voir page 24).

L'attachement est considéré comme une caractéristique personnelle relativement stable à travers le temps, avec environ 65 à 70% des individus rapportant la même orientation d'attachement de l'enfance à l'âge adulte ou à divers moments au cours de la vie adulte (Scharfe, 2003). Selon la théorie, les représentations mentales d'attachement

---

<sup>4</sup> Ce raccourci linguistique répandu dans la littérature a l'avantage de simplifier le texte, en plus de faciliter la représentation de l'attachement (Milkulincer & Shaver, 2007). Toutefois, il laisse faussement sous-entendre

développées dans l'enfance sont à l'âge adulte transférées au partenaire amoureux et influencent la façon d'aborder une nouvelle relation amoureuse, tant au niveau des cognitions (p. ex., attentes, perceptions), qu'au niveau des émotions et des comportements (Collins & Read, 1994). Ainsi, l'attachement est généralement considéré comme une variable antécédente à la dynamique conjugale dans les études et les résultats sont interprétés selon cette hypothèse (c.-à-d., c'est l'attachement qui influence la relation conjugale et non l'inverse). Toutefois, il est à noter que certains auteurs ont proposé une relation bidirectionnelle entre attachement et fonctionnement conjugal (p.ex., Davila, Karney, & Bradbury, 1999). Cette vision alternative sera abordée dans la conclusion de la thèse (page 105), mais, pour le corps de l'ouvrage, la vision de l'attachement comme précédant et influençant la relation conjugale sera adoptée, en accord avec la littérature existante. Suivant cette prémisse, plusieurs études ont examiné l'impact de l'insécurité d'attachement sur divers aspects des relations conjugales. Les résultats de ces études seront maintenant résumés.

### ***Corrélat de l'insécurité d'attachement dans les relations conjugales***

L'insécurité d'attachement, que ce soit une forte anxiété d'abandon et/ou un fort évitement de la proximité, affecte sans contredit le fonctionnement conjugal (Mikulincer & Shaver, 2007). Dans les paragraphes suivants seront décrits les principaux corrélats de cette insécurité, pour chacun des trois systèmes motivationnels impliqués dans une relation de couple : l'attachement, l'offre de soutien et la sexualité (Bowlby, 1969; Shaver & Mikulincer, 2006). Les caractéristiques représentatives d'une forte anxiété d'abandon seront d'abord présentées, suivies des caractéristiques typiques d'un fort évitement de la proximité. Évidemment, il est possible qu'un individu présente ces caractéristiques de façon plus ou moins marquée, selon sa position sur le continuum de l'anxiété d'abandon et de l'évitement de la proximité. De même, un individu peut afficher à la fois les caractéristiques de l'attachement anxieux et celles de l'attachement évitant (ce qui correspondrait à un attachement craintif selon la conceptualisation catégorielle) ou encore

---

une typologie catégorielle et il importe que le lecteur garde en tête que l'attachement sera tout au long du texte conceptualisé de façon dimensionnelle, sauf lorsqu'autrement spécifié.



ne présenter aucune de ces caractéristiques (l'équivalent d'un attachement sécurisant dans la conceptualisation catégorielle).

### *Attachement amoureux anxieux*

En premier lieu, les individus ayant un attachement caractérisé par une forte anxiété d'abandon recherchent la proximité dans les relations. Ils sont susceptibles de s'engager rapidement et intensivement dans une nouvelle relation (Hazan & Shaver, 1987; Senchak & Leonard, 1992), souvent pour éviter la solitude. Une fois la relation établie, les individus anxieux ont tendance à manifester des comportements d'intrusion envers le partenaire (Kunce & Shaver, 1994), en cherchant maladroitement à augmenter la proximité et à être rassurés quant à l'amour que le partenaire leur porte. En lien avec leur crainte de l'abandon, les individus anxieux sont souvent plus jaloux que les autres (Collins & Read, 1990; Guerrero, 1998; Knobloch, Solomon, & Cruz, 2001). Ils ont aussi tendance à percevoir plus de conflits dans la relation, en plus de rapporter une grande diminution de leur satisfaction conjugale et de remettre facilement en cause la stabilité de la relation suite à un conflit (Campbell, Simpson, Boldry, & Kashy, 2005). Les individus anxieux ont une propension à vivre plus d'émotions négatives, en particulier à se sentir délaissés, peu respectés et peu supportés, et à douter de l'amour et de l'engagement de leur partenaire (Collins, 1996; Simpson, Rholes, & Phillips, 1996).

Par ailleurs, les conjoints anxieux ont tendance à demander beaucoup de soutien à leur partenaire, mais sont souvent insatisfaits du soutien obtenu, ayant l'impression d'en avoir obtenu trop peu (Rholes, Simpson, Campbell, & Grich, 2001) ou interprétant négativement l'intention de leur partenaire (Collins, 1996; Collins & Feeney, 2004). Dans les moments où leur conjoint a besoin de soutien, les individus anxieux ont généralement de la difficulté à offrir une bonne oreille et du réconfort, comme ils sont rapidement envahis par leurs propres émotions négatives (Collins & Feeney, 2000). Leur soutien tend à être offert de façon compulsive, à être mal synchronisé aux besoins de l'autre et à répondre davantage à leur propre besoin de proximité qu'au besoin réel du partenaire (Collins & Feeney, 2000; Feeney & Collins, 2001; Feeney & Hohaus, 2001; Kunce & Shaver, 1994).

En ce qui a trait à la sexualité, les individus anxieux ont tendance à se servir des relations sexuelles pour combler leurs besoins de proximité et de sécurité (Davis, Shaver, & Vernon, 2004; Schachner & Shaver, 2004) et à rechercher un fort engagement émotif de la part du partenaire pendant les relations (Birnbaum, Reis, Milkulincer, Gillath, & Orpaz, 2006). Ils sont enclins à considérer la sexualité comme le baromètre de la qualité de la relation (Birnbaum *et al.*, 2006; Davis *et al.*, 2006), ce qui a comme conséquence qu'une vie sexuelle insatisfaisante (ou le simple refus d'une relation sexuelle) est rapidement perçue comme un indice d'abandon imminent. Bien que les hommes et les femmes puissent avoir un attachement caractérisé par une forte anxiété d'abandon, cette orientation d'attachement est plus souvent endossée par les femmes que par les hommes (Brassard, Shaver, & Lussier, 2007; Davila *et al.*, 1999; Feeney, 1996; Feeney & Hohaus, 2001), en cohérence avec le stéréotype de genre selon lequel la femme serait plus émotive et orientée vers les relations que l'homme (Shaver *et al.*, 1996).

#### *Attachement amoureux évitant*

En second lieu, les individus ayant un attachement caractérisé par un fort évitement de la proximité valorisent le maintien d'une grande distance dans le couple et tiennent à conserver leur indépendance dans une relation (Feeney, 1999). Ils sont ainsi généralement plus réticents à s'engager et à s'investir dans une relation amoureuse (Feeney & Noller, 1990; Simpson, 1990). Les individus évitants rapportent souvent ne pas vivre d'émotions négatives lorsque confrontés à des événements qui pourraient en susciter (Collins, 1996; Guerrero, 1998), comme leur mécanisme pour gérer les émotions négatives est le détachement. Ils ont aussi tendance à éviter de discuter des sujets problématiques et à se retirer dans des situations conflictuelles (Simpson *et al.*, 1996), possiblement pour éviter les émotions négatives qui pourraient être soulevées.

Au plan de l'échange de soutien dans le couple, les individus évitants ont peu tendance à s'ouvrir à leur partenaire, particulièrement concernant leurs émotions et leurs besoins. Ils sont peu enclins à demander du soutien, percevant la dépendance comme une faiblesse (Collins & Feeney, 2000; Feeney & Hohaus, 2001). Lorsqu'ils reçoivent du soutien, ils sont susceptibles de l'interpréter de façon négative et de douter de la sincérité de

celui qui l'offre (Collins & Feeney, 2004; Feeney, 2007). Les individus évitants ont aussi de la difficulté à offrir du soutien et une écoute chaleureuse et empathique à leur partenaire, particulièrement dans les moments où leur partenaire est le plus en détresse (Feeney & Collins, 2001; Feeney & Hohaus, 2001; Simpson *et al.*, 1996). En effet, ils ont tendance à dénigrer les besoins de dépendance de leur partenaire et à minimiser ses émotions négatives, tout comme ils nient leurs propres besoins et émotions vulnérables (Feeney & Collins, 2001).

Au niveau de la sexualité, les conjoints évitants cherchent à dissocier la sexualité de l'amour et à nier l'aspect affectif et intime de la sexualité (Schachner & Shaver, 2004). Ils évitent généralement d'exprimer leur amour et leur affection pendant les relations sexuelles (Birnbaum *et al.*, 2006) et communiquent peu au sujet de la sexualité (Davis *et al.*, 2006), ce qui leur permet de maintenir la distance dont ils ont besoin pour être confortables dans une relation. En moyenne, les hommes rapportent plus d'évitement de la proximité que les femmes (Brassard *et al.*, 2007; Davila *et al.*, 1999; Feeney, 1996; Feeney & Hohaus, 2001) et cette orientation d'attachement est cohérente avec le stéréotype de l'homme fort et indépendant (Shaver *et al.*, 1996).

À la lumière des nombreux corrélats relationnels de l'insécurité d'attachement, il est raisonnable de s'attendre à ce que celle-ci puisse avoir un effet sur la satisfaction conjugale. Ce lien a effectivement été démontré dans de nombreuses études empiriques, lesquelles seront maintenant revues.

### ***Association entre attachement amoureux et satisfaction conjugale***

D'abord, l'anxiété d'abandon et l'évitement de la proximité ont tous les deux été négativement liés à la satisfaction conjugale à plusieurs reprises (p. ex., Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1996; Davila, Bradbury, & Fincham, 1998; Feeney, 1994). De même, les études ayant mesuré l'attachement en catégories rapportent que les individus sécurisants sont plus satisfaits de leur relation que les individus non sécurisants (Kirkpatrick & Davis, 1994; Simpson, 1990). L'effet négatif de l'insécurité d'attachement du partenaire est aussi documenté : une plus forte anxiété d'abandon et un plus fort évitement de la proximité d'un conjoint sont liés à une plus faible satisfaction conjugale

chez l'autre conjoint (Davila *et al.*, 1998). Pareillement, les études mesurant l'attachement amoureux en catégories rapportent que les individus ayant un partenaire sécurisant sont en moyenne plus satisfaits de leur relation que ceux ayant un partenaire non sécurisant (Kobak & Hazan, 1991; Shields, Travis, & Rousseau, 2000). Ce lien entre insécurité d'attachement et insatisfaction conjugale a été documenté tant auprès de couples d'étudiants en relation depuis quelques mois qu'auprès de couples mariés depuis plusieurs années. De surcroît, les résultats ont été répliqués à travers diverses cultures, par exemple auprès d'étudiants espagnols (Monteoliva & Garcia-Martinez, 2005), de couples mariés israéliens (Ben-Ari & Lavee, 2005), de couples mariés allemands (Banse, 2004) et de couples québécois mariés ou en union libre (Boisvert, Lussier, Sabourin, & Valois, 1996). En somme, l'effet négatif de l'insécurité d'attachement sur la satisfaction conjugale des deux conjoints semble robuste.

Une limite majeure demeure toutefois : aucune étude n'a encore examiné le lien entre attachement amoureux et satisfaction conjugale auprès d'un échantillon de couples en détresse ni auprès d'un échantillon de couples en thérapie<sup>5</sup>. Or, il est raisonnable de croire que l'attachement amoureux puisse avoir une influence différente sur la dynamique des couples en détresse que sur celle des couples globalement heureux. En effet, il est bien documenté que ces deux groupes diffèrent à plusieurs niveaux, incluant par exemple les traits de personnalité (Gattis, Berns, Simpson, & Christensen, 2004) et la prévalence des difficultés psychologiques comorbides (Whisman, 2007). De plus, afin que la vaste littérature théorique et empirique sur l'attachement puisse être efficacement utilisée en thérapie conjugale, il importe de d'abord documenter le lien entre attachement amoureux et détresse conjugale auprès d'échantillons de couples représentatifs de ceux à qui la thérapie est offerte. Le premier article inclus dans cette thèse visera à combler cette lacune.

En dépit de cette faille, quelques auteurs d'influence se sont penchés sur l'application et l'utilité de la théorie de l'attachement en thérapie conjugale. Leurs idées seront résumées dans la section qui suit.

---

<sup>5</sup> Bien que la majorité des couples en thérapie soient en détresse, il existe aussi des couples non en détresse qui consultent, tout comme plusieurs couples en détresse ne consultent pas. Ainsi, les couples en détresse et les couples en thérapie représentent deux groupes distincts, qui toutefois se recoupent.

### *Utilité de la théorie de l'attachement en thérapie conjugale*

En l'absence déplorée d'une théorie des relations amoureuses dans le domaine de la thérapie de couple, la théorie de l'attachement a été proposée comme théorie de base pour offrir aux thérapeutes conjugaux une compréhension commune des relations amoureuses (Johnson, 2007). La théorie de l'attachement offre une vision des relations de couple comme motivées par un besoin universel de sécurité. Elle offre aux thérapeutes un guide pour comprendre les enjeux à la base des conflits conjugaux, lesquels touchent souvent à un besoin d'attachement fondamental non répondu, c'est-à-dire à l'incapacité des conjoints de créer une relation où chacun se sent en sécurité (Johnson, 2003a).

La théorie de l'attachement permet aussi aux thérapeutes de couple de prédire les réactions des conjoints en fonction de l'orientation d'attachement de chacun (Davila, 2003). Lorsque le système d'attachement est activé par une menace à la sécurité d'attachement (p. ex., conflits, sentiment de ne pas être entendu, absence prolongée d'un conjoint, infidélité, etc.), les conjoints adoptent de façon prévisible les stratégies associées à leur orientation d'attachement, tel qu'il a été décrit précédemment (voir page 18). Ainsi, en réponse à un sentiment d'insécurité, un conjoint ayant un attachement anxieux devient hypervigilant aux signaux d'abandon, demande constamment à être rassuré quant à l'amour de son partenaire et cherche à augmenter la proximité, par exemple en demandant à passer plus de temps en couple ou en téléphonant à son partenaire plusieurs fois par jour. Évidemment, cette situation peut rapidement devenir étouffante pour le partenaire. À l'inverse, le système d'attachement d'un conjoint évitant est désactivé de façon défensive suite à la perception d'une menace : ce conjoint a tendance à se replier sur lui-même, à moins communiquer et à se désinvestir de la relation, par exemple en s'investissant davantage dans ses activités à l'extérieur du couple ou dans le travail. Cette attitude peut alors susciter un sentiment de rejet chez le partenaire.

À l'heure actuelle, la théorie de l'attachement est utilisée principalement dans le contexte de la TCCE (Johnson, 2003a). En effet, le modèle de compréhension de la dynamique conjugale ainsi que le modèle d'intervention dans l'approche TCCE s'appuient sur la théorie de l'attachement. Des lacunes demeurent néanmoins dans le lien entre la

théorie de l'attachement et la TCCE. D'abord, les tenants de la TCCE soutiennent que l'insécurité de l'attachement est à l'origine de la détresse conjugale des couples qui consultent, alors qu'aucune étude empirique n'a à ce jour démontré de lien entre l'attachement et la détresse conjugale chez des couples perturbés. De même, l'influence de l'attachement amoureux des conjoints sur le processus de la thérapie conjugale a été abordée sous un angle théorique par Johnson et Whiffen (1999), mais aucune étude n'a encore documenté cet effet de façon empirique. Le lien entre l'attachement et le résultat de la TCCE a été examiné par Johnson et Talitman (1997), mais des limites importantes à l'étude rendent la réplication nécessaire. En somme, il apparaît primordial de mener plus d'études afin de mieux documenter les liens entre, d'une part, l'attachement des conjoints et, d'autre part, la détresse conjugale chez les couples qui consultent, le processus thérapeutique et le résultat de la thérapie conjugale.

Bien que la théorie de l'attachement soit généralement associée à la TCCE et qu'elle occupe peu de place dans les études et textes théoriques en TCCB, un examen des concepts abordés révèle que plusieurs techniques et stratégies thérapeutiques employées en TCCB intégrative (Jacobson & Christensen, 1996) peuvent être conceptualisées en termes d'attachement. Par exemple, comme discuté précédemment, l'emphase mise sur l'expression des émotions vulnérables dissimulées sous des émotions dures est commune à la TCCE et à la TCCB intégrative. Dans une perspective d'attachement, cette technique amène les conjoints à exprimer leurs besoins d'attachement et à écouter et répondre de façon empathique à ceux de l'autre. De même, le conflit proximité – distance et le patron demande – retrait décrits par les chercheurs d'approche cognitive-comportementale (Heavey, Christensen, & Malamuth, 1995; Heavey, Layne, & Christensen, 1993; Jacobson & Christensen, 1996) peuvent être compris par la théorie de l'attachement. En effet, un couple formé d'un conjoint anxieux et d'un conjoint évitant est particulièrement susceptible de se retrouver coincé dans ce patron : le conjoint anxieux préfère une grande proximité dans la relation, alors que le conjoint évitant préfère à l'inverse maintenir une grande distance. Comme le conjoint anxieux ressent de l'insécurité face à l'éloignement de son partenaire, il cherche constamment à se rapprocher (demande). Mais plus il se rapproche, plus le conjoint évitant se sent envahi et cherche à fuir (retrait). En retour, ce retrait active

davantage le système d'attachement du conjoint anxieux et augmente son désir de rapprochement (demande), ce qui augmente en conséquence le besoin d'éloignement du conjoint évitant (retrait). Ce patron tend ainsi à se cristalliser avec le temps (Jacobson & Christensen, 1996). Tout compte fait, au-delà des divergences langagières entre les approches, la théorie de l'attachement semble offrir une perspective globale sur les relations amoureuses qui peut être utile à travers différentes approches en thérapie conjugale (Davila, 2003; Lawrence, Eldridge, & Christensen, 1998). L'utilité de la théorie de l'attachement en thérapie conjugale sera ainsi examinée et discutée tout au long de ce travail.

### **Objectifs de la thèse**

Pour conclure ce chapitre d'introduction, les objectifs de la thèse et de chacun des articles seront présentés. Un aperçu général de la méthodologie de recherche utilisée sera également offert, bien que les procédures soient présentées de façon plus détaillée dans le cadre des articles.

L'objectif général de la présente thèse est d'examiner le lien entre l'attachement amoureux des conjoints, la satisfaction conjugale, le mandat thérapeutique et le résultat de la thérapie conjugale telle que conduite en milieu naturel. Dans l'article 1, le lien entre attachement amoureux et satisfaction conjugale sera examiné auprès de couples en détresse débutant une thérapie conjugale. En effet, étant donné que le lien entre l'attachement amoureux et la satisfaction conjugale n'a jamais été examiné auprès de couples perturbés, il importe de d'abord vérifier si l'effet négatif de l'insécurité d'attachement sur la satisfaction conjugale démontré chez des couples de la population générale s'applique également aux couples qui consultent en thérapie, avant de pousser plus loin les investigations. Dans l'article 2, l'effet de l'attachement amoureux des conjoints sur le résultat de la thérapie conjugale sera examiné, en tenant compte du niveau de satisfaction conjugale des conjoints au début de la thérapie et du mandat thérapeutique poursuivi. Le résultat de la thérapie sera conceptualisé, d'une part, en termes de complétion/abandon de la thérapie et, d'autre part, en termes de satisfaction conjugale au post-traitement. Il va sans dire que la satisfaction conjugale post-traitement ne constitue un critère de succès thérapeutique approprié que

dans la mesure où le couple cherche effectivement à améliorer sa satisfaction conjugale, c'est-à-dire lorsque le mandat thérapeutique poursuivi est la réconciliation.

Afin d'atteindre ces objectifs, une étude fortement cliniquement représentative a été menée : milieu clinique réel, thérapeutes expérimentés, hétérogénéité des couples inclus dans le protocole, liberté des thérapeutes quant au choix d'interventions et flexibilité du nombre de séances (Wright *et al.*, 2007). La forte représentativité clinique de cette recherche, soit un score de 8.70 sur 10 selon les critères de Wright et ses collègues (2007), est unique et représente une force majeure de cette thèse. En effet, des conditions représentatives de la réalité clinique contribuent grandement à faciliter l'application des résultats de recherche dans la pratique des thérapeutes de couple (Sandberg, Johnson, Robila, & Miller, 2002).

Les questionnaires utilisés dans la présente recherche sont présentés à l'annexe A et le formulaire de consentement complété par les participants est inclus à l'annexe B. Afin d'éviter les répétitions, les questionnaires ne seront pas décrits ici, puisqu'ils le seront dans les sections méthodologiques des articles 1 et 2, aux pages 39-40 et 68-69. De même, la procédure intégrale de la collecte de données sera expliquée dans l'article 2 (page 67) et ne sera donc pas abordée ici. L'ordre de présentation des questionnaires dans la batterie pré-intervention est tel que présenté à l'annexe A et a été maintenu fixe pour tous les participants<sup>6</sup>.

Dans le cadre de cette thèse, les analyses de régression seront conduites selon un modèle d'analyse dyadique, le Actor-Partner Interdependence Model (APIM; Kenny, Kashy, & Cook, 2006). Contrairement aux méthodes traditionnelles, l'APIM prend en considération la non indépendance des données des conjoints, c'est-à-dire que les membres d'un couple sont plus similaires que deux individus aléatoirement sélectionnés dans la population. De plus, ce modèle tient compte du fait que les données d'un couple sont des

---

<sup>6</sup> Il est à noter que plus de questionnaires étaient inclus dans les batteries pré- et post-intervention, puisque cette recherche a été menée dans le cadre d'une vaste étude en milieu clinique. Toutefois, seuls les questionnaires utilisés pour cette thèse sont discutés dans ce document. De même, certaines questions dans les instruments présentés à l'annexe A n'ont pas été utilisées pour cette thèse (p. ex., les questions sur les objectifs de la thérapie dans le Questionnaire sur les mandats thérapeutiques et dans l'Évaluation de fin de consultation).



variables mixtes : elles varient entre les couples (p. ex., un couple peut avoir un niveau de satisfaction moyen plus élevé qu'un autre couple), mais aussi à l'intérieur d'un couple (p. ex., un conjoint peut avoir un niveau de satisfaction plus élevé que l'autre conjoint). L'APIM permet d'évaluer simultanément un effet acteur (p. ex., l'effet de l'attachement d'un conjoint sur sa propre satisfaction conjugale) et un effet partenaire (p. ex., l'effet de l'attachement d'un conjoint sur la satisfaction conjugale de l'autre conjoint). L'APIM a été fortement recommandé pour la recherche en thérapie conjugale au cours des dernières années (Cook & Snyder, 2005; Feeney, 2006; Heatherington *et al.*, 2005) et, par conséquent, son utilisation compte parmi les forces de cette thèse.

En résumé, la présente thèse contribuera à l'avancement du savoir dans deux champs de recherche d'actualité en psychologie : la théorie de l'attachement et la thérapie conjugale. D'une part, cette thèse sera la première à examiner l'utilité de l'attachement amoureux dans la compréhension de la détresse des couples qui consultent en thérapie conjugale, puis dans la prédiction du résultat de la thérapie. D'autre part, en continuité avec les travaux pionniers de Tremblay et ses collègues (2008), cette thèse enrichira la littérature sur les mandats thérapeutiques en thérapie conjugale, spécifiquement en examinant l'effet du mandat thérapeutique sur la probabilité de complétion de la thérapie. De surcroît, ces objectifs seront poursuivis au moyen d'une étude cliniquement représentative. En somme, les résultats de cette thèse amèneront une contribution significative tant au domaine de recherche de la théorie de l'attachement qu'à celui de la thérapie conjugale et, par le fait même, aideront à diminuer le fossé qui sépare encore ces deux champs (Davila, 2003).

## **Article 1**

# **Couples in Therapy: Actor-Partner Analyses of the Relationships Between Romantic Attachment and Marital Satisfaction**

Article soumis à

*The American Journal of Family Therapy*

Running head: ROMANTIC ATTACHMENT AND MARITAL SATISFACTION

Couples in Therapy: Actor-Partner Analyses of the Relationships Between Romantic  
Attachment and Marital Satisfaction

Josianne Mondor

Université de Montréal, Quebec, Canada

Yvan Lussier

Université du Québec à Trois-Rivières, Quebec, Canada

Pierre McDuff and John Wright

Université de Montréal, Quebec, Canada

Correspondence concerning this article should be addressed to John Wright,  
Department of psychology, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville,  
Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7.

### **Abstract**

This study was the first to investigate the relationship between adult romantic attachment and marital satisfaction among a clinical sample of 172 distressed couples seeking therapy. Fifty-six therapy-seeking nondistressed couples were also assessed for comparison. Analyses of variance showed that attachment avoidance was a distinctive characteristic of distressed couples. Actor-partner analyses revealed that attachment avoidance (for men and women) and attachment anxiety (for women only) were predictive of marital dissatisfaction for distressed couples. Gender-stereotype discordant partner effects were also found. Results suggest that attachment orientations (especially avoidance) are relevant predictors of marital dissatisfaction among distressed couples seeking therapy and that couple therapists can gain important information by assessing partners' attachment orientations.

Keywords: Adult romantic attachment, marital satisfaction, couple therapy.

## **Couples in Therapy: Actor-Partner Analyses of the Relationships Between Romantic Attachment and Marital Satisfaction**

Since the seminal work of Hazan and Shaver (1987) on adult romantic attachment, the link between romantic attachment and marital satisfaction has been extensively investigated by social psychology researchers. Studies have been conducted among community dating couples and married couples, but never among couples in therapy, the majority of whom report high levels of marital distress. Marital distress has been associated with physical health problems (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) and mental health problems such as mood disorders, anxiety disorders, and substance abuse (Whisman, 2007). Intrapersonal variables such as personality traits have also been related to marital distress, with the most consistent finding being the negative influence of neuroticism on marital satisfaction (Karney & Bradbury, 1995; Robins, Caspi, & Moffitt, 2000). Higher neuroticism, lower agreeableness and lower conscientiousness have been found to effectively discriminate distressed and nondistressed couples (Gattis, Berns, Simpson, & Christensen, 2004). Clearly, distressed couples present with very different characteristics than nondistressed couples.

Although the association between romantic attachment and relationship satisfaction has been widely examined previously, no study has ever investigated it in a clinical sample of distressed couples seeking therapy, that of greatest interest to couple therapists. Hence, it remains unclear whether patterns of results obtained from community samples of couples can be generalised to the couples routinely seen by clinicians conducting couple therapy, and whether theories developed from nondistressed couples samples can be useful to understand distressed couples' dynamics. Moreover, couple therapy researchers have stressed the need for a closer examination of intrapersonal variables related to couple distress, as individual differences might lead to a better understanding of therapeutic processes and changes (Atkins et al., 2005; Gurman & Fraenkel, 2002; Johnson, 2003; Snyder & Whisman, 2004). In that respect, romantic attachment seems to be a promising variable, as it is related to marital satisfaction (e.g., Davila, Karney, & Bradbury, 1999; Feeney, 1994; Kobak & Hazan, 1991), but also to various central aspects of couples' dynamics such as support-seeking and caregiving (Collins & Feeney, 2000),

communication and problem-solving skills (Simpson, Rholes, & Phillips, 1996), and sexual functioning (Birnbaum, Reis, Milkulincer, Gillath, & Orpaz, 2006 ). Awareness of attachment orientations would help couple therapists better understand, conceptualize and predict partners' behaviors, thoughts, and emotional reactions, and tailor their interventions according to the particular attachment dynamics of each individual couple (Davila, 2003; Johnson & Whiffen, 1999). This study aimed at increasing the understanding of distressed couples' dynamics by investigating the relationships between partners' romantic attachment orientations and marital satisfaction. Nondistressed couples seeking therapy were also included in the study to allow for comparison between distressed and nondistressed couples on attachment dimensions.

In the recent years, couple researchers have criticized the clinical representativity of couple therapy research (Shadish & Baldwin, 2003, 2005; Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhoussen, 2007). Most studies have been conducted in university settings, with couples recruited via advertisement (Wright et al., 2007). This raises the question of how similar couples recruited for a research project are to couples routinely treated by couple therapists in the community, therefore stressing the need for more studies conducted in clinically representative conditions (Addison, Sandberg, Corby, Robila, & Platt, 2002; Pinsof & Wynne, 2000). This study was conducted among couples seeking therapy on their own initiative at a fee-for-service couple therapy clinic, and couples were not excluded for the presence of a co-morbid psychological disorder in one or both partner. This clinically representative sample makes the study highly relevant for couple therapists seeking to better understand the correlates of relationship satisfaction among the couples they treat.

### ***Adult Romantic Attachment and Marital Satisfaction***

According to attachment theory, one of people's most basic needs is to form a secure bond with a significant other (Bowlby, 1969/1982). Hazan and Shaver (1987) extended research on mother – child relationship and demonstrated that romantic love can be conceptualised as an attachment relationship and that individual differences exist regarding attachment orientations. Various categorisations have been proposed, with the

most commonly used being Bartholomew and Horowitz's (1991). The authors conceptualized romantic attachment as two dimensions : anxiety over abandonment (or model of self) and proximity avoidance (or model of other). Anxiety over abandonment reflects a working model of self as unlovable and a tendency to excessively worry about being rejected by a partner. Proximity avoidance reflects a working model of others as unavailable in times of need and a tendency to avoid being too close or dependent in close relationships. Anxiety over abandonment involves a strategic "hyperactivation" of the attachment system, while proximity avoidance is characterized by a "deactivation" of the attachment system (Shaver & Mikulincer, 2002).

Studies conducted on community samples of married couples have reported that attachment avoidance and anxiety are negatively related to own and partner's relationship satisfaction (e.g., Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1996; Davila, Bradbury, & Fincham, 1998; Feeney, 1994). But results have not been consistent across studies. Mikulincer and Shaver (2007) reviewed the findings of 22 studies investigating the link between romantic attachment and relationship satisfaction among samples of married couples. Even though the majority of the studies reported that both anxiety and avoidance were significantly related to marital satisfaction, when only one dimension of attachment was significant it was far more often anxiety than avoidance. These findings suggest that attachment anxiety might be the most consistent predictor of own and partner satisfaction, among community samples of married couples. The attachment system of anxiously-attached partners tends to be activated quickly, perhaps helping globally well-satisfied couples regulate their adjustment, cope with benign love and care difficulties, and reach a secure base stability. However, the rapid activation of the attachment system also negatively affects couple adjustment by eliciting worries and compulsive demands for reassurance. Unfortunately, none of the studies reviewed reported an average marital satisfaction score in the distressed range for the sample under investigation, suggesting that findings can only be generalized to nondistressed couples, and stressing the need for more studies conducted on distressed samples of couples.

Conversely, research on clinical samples of distressed couples has consistently reported that withdrawal (Heavey, Christensen, & Malamuth, 1995; Jacobson &

Christensen, 1996) and stonewalling (Gottman, 1994; Gottman & Krokoff, 1989) are reliable predictors of marital distress and divorce, more so than negative engagement and criticism. These findings suggest that behaviors characteristic of attachment avoidance (i.e., withdrawal and stonewalling) might be more detrimental to marital satisfaction than behaviors characteristic of attachment anxiety (i.e., negative engagement and criticism), among samples of distressed couples. The characteristic deactivation of avoidant individuals' attachment system involves progressive distancing and detachment from one's partner, in addition to reduced couple intimacy, as a mechanism to cope with attachment-related threats. The negative effect of avoidance of intimacy on marital satisfaction would characterize mostly distressed couples looking for therapy because they are confronted with severe, desperate or chronic threats to attachment security. The lack of consistency between findings obtained from community and clinical samples of couples emphasize the need for the investigation of the attachment – marital satisfaction link in a sample of therapy-seeking couples, and precludes generalization of findings from community samples to clinical samples. Clinical samples will contribute to increase our understanding of the role of attachment orientations in distressed couples' dynamics.

Gender differences have been reported regarding romantic attachment orientations: men tend to be more avoidant than women, and women tend to be more anxious than men (Brassard, Shaver, & Lussier, 2007; Davila et al., 1999; Feeney, 1996). Similarly, studies of communication patterns among clinical samples of distressed couples have reported that the “women demand – men withdraw” pattern is more frequent than the opposite (Heavey, Layne, & Christensen, 1993). Gender differences in the actor and partner effect of attachment on relationship satisfaction are less clear, however. Across studies, attachment avoidance and anxiety have both been reported as predictors of own satisfaction for women, but avoidance tends to be more often reported as a predictor of own relationship satisfaction than anxiety for men (Heavey et al., 1993; Milkulincer & Shaver, 2007). With regards to partner effects, men's anxiety seems to be the most consistent predictor of women's dissatisfaction (Milkulincer & Shaver, 2007), but results are less clear regarding predictors of men's satisfaction. Further research using dyadic statistical analysis methods is needed to clarify the issue.



The main goal of the current study was to investigate the link between romantic attachment and marital satisfaction among therapy-seeking distressed couples. A clinically representative sample of couples seeking couple therapy was divided into a distressed couples sub-sample and a nondistressed couples sub-sample based on self-reported marital satisfaction. First, the sub-sample of therapy-seeking distressed couples was compared to the sub-sample of therapy-seeking nondistressed couples on romantic attachment orientations. Second, actor and partner effects of attachment avoidance and anxiety on marital satisfaction were examined among the sub-sample of therapy-seeking distressed couples, using the Actor-Partner Interdependence Model (APIM; Kenny, Kashy, & Cook, 2006). Actor-partner analyses were also conducted on the therapy-seeking nondistressed couples sub-sample to allow for comparison.

### *Hypotheses*

#### *Comparison of Distressed and Nondistressed Couples Seeking Therapy*

To begin with, we hypothesized that distressed couples would report higher attachment avoidance than nondistressed couples. This hypothesis was based on previous findings reporting that withdrawal (avoidance) is strongly and consistently associated with dissatisfaction in samples of distressed couples, but not in samples of nondistressed couples. This suggests that attachment avoidance might be a distinctive characteristic of distressed couples. We expected to find no difference between distressed and nondistressed couples on average anxiety level. Attachment anxiety has been associated with lower relationship satisfaction among community samples of couples, but demanding behaviors (characteristic of anxious partners) have not been linked to increased distress among samples of distressed couples. This suggests that even if anxiety has a negative impact on marital satisfaction, it might not be characteristic of distressed couples. Consistent with previous research, we expected a significant gender difference across groups on attachment, with men reporting higher avoidance and women reporting higher anxiety.

*Prediction of Marital Satisfaction Among Distressed Couples Seeking Therapy*

Among the sub-sample of distressed couples, we hypothesized that higher attachment avoidance and higher attachment anxiety would be related to lower marital satisfaction in the actor and partner effect, when controlling for sociodemographic characteristics. Previous research on distressed couples has found that behaviors characteristic of avoidant attachment (withdrawal) are more detrimental to relationship satisfaction than behaviors characteristic of anxious attachment (negative engagement). Therefore, we hypothesized that attachment avoidance would be a stronger predictor of own and partner's dissatisfaction than attachment anxiety among the sub-sample of distressed couples. We made no hypothesis concerning gender differences in actor and partner effects since previous research has failed to yield convincing conclusions on the issue.

*Prediction of Marital Satisfaction Among Nondistressed Couples Seeking Therapy*

Finally, replication of previous research findings was expected regarding the association between romantic attachment and marital satisfaction among the sub-sample of nondistressed couples. Therefore, we hypothesized a negative association between attachment avoidance and anxiety and marital satisfaction, in the actor and partner effect, when controlling for sociodemographic characteristics. We did not expect a significant difference between the strength of avoidance and anxiety as predictors of marital satisfaction in the nondistressed couples sub-sample, as both dimensions have previously been related to dissatisfaction in samples of nondistressed couples. We made no hypothesis concerning gender differences.

**Method***Participants*

Two hundred and thirty-one heterosexual couples beginning therapy at a fee-for-service couple therapy clinic located in the Montreal, Quebec, Canada area were recruited between September 2005 and February 2009. Couples were self-referred or referred by a

mental health professional. Couples had to be married and/or cohabiting for at least 2 years to be eligible for the study, to maximize the likelihood that the relationship was indeed an attachment relationship (Hazan & Zeifman, 1994). At least one partner had to score below 98 on the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) to be included in the distressed sub-sample, which is a normative cutoff for marital distress. Three multivariate outliers were excluded from the distressed sub-sample, leading to a final sub-sample of 172 distressed couples. Couples in which both partners scored in the nondistressed range of the DAS ( $\geq 98$ ) formed the nondistressed sub-sample ( $n = 56$ ).

Sub-samples did not differ on sociodemographic characteristics except on women's income: women in the nondistressed sub-sample reported on average a higher income (CAN\$50 000 - 59 999) than women in the distressed sub-sample (CAN\$40 000 - 49 999),  $t(219) = 2.07, p < .05$ . The remaining sociodemographic data are therefore presented for both sub-samples collapsed. Men were on average 43.0 years old ( $SD = 8.5$ , range 23 to 66) and women were on average 40.5 years old ( $SD = 8.5$ , range 22 to 65). Employment rates were 96.4% for men and 82.0% for women, and 50.4% of men and 59.3% of women had obtained at least an undergraduate degree. Average income was in the CAN\$70 000 - 79 999 range for men. Couples in the present sample had been together on average 13.8 years ( $SD = 8.7$ , range 2 to 42). Most men and women were parents: 19.7% of men and 22.0% of women had one child, and 67.6% of men and 65.7% of women had two children or more. Eighty-one percent of couples were living with at least one child. Fifty-four percent of couples were legally married and 46% were cohabiting, which is representative of couples in Quebec province (Le Bourdais & Lapierre-Adamcyk, 2004). The current relationship was the first significant couple relationship for 59.2% of men and 54.9% of women.

### *Procedures*

This study was conducted as part of a broad naturalistic investigation of couple therapy outcome. Couples were referred to the research team by therapists who introduced the research project at the first therapy session. A research assistant contacted the participants by phone and instructed the partners to individually complete a pre-intervention self-report measures (available in English and in French) at home and to return

the package by mail before the second therapy session. All participants signed a consent form.

### *Measures*

*Demographic information.* The variables of interest for the current study were age, educational attainment, employment status, annual individual income, marital status (married or cohabiting), relationship length (in years), number of children, number of previous significant relationships, and family structure (nuclear family or stepfamily). Women's reports were used when there were discrepancies between partner's answers.

*Marital satisfaction.* The Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) is a 32-item self-report questionnaire that is widely used to assess global relationship satisfaction. Global scores range from 0 to 151 with higher scores indicating higher marital satisfaction. A score of 98 is considered an effective criteria to discriminate between distressed and nondistressed couples (Eddy, Heyman, & Weiss, 1991). Reliability coefficients ranged from .91 to .96 for the original version (Spanier, 1976) and from .89 to .91 for the French translation (Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). In the current sample, Cronbach's alphas were .90 for both men and women.

*Adult romantic attachment.* The Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998) is a 36-item self-report questionnaire developed following Bartholomew's (1990) adult attachment typology and now widely used to assess romantic attachment orientations (Fraley, Waller, & Brennan, 2000). Separate scores are obtained for the anxiety over abandonment dimension (i.e., the extent to which one fears being rejected by a romantic partner) and the proximity avoidance dimension (i.e., the extent to which one is uncomfortable being too close to a romantic partner). Participants rate each of the items on a 7-point Likert scale, ranging from 1 (*strongly disagree*) to 7 (*strongly agree*). In an attempt to assess global rather than relationship-specific attachment orientations, participants were asked to "answer according to how [they] generally experience relationships, not just what is happening in the current relationship". Alpha coefficients of .94 for avoidance and .91 for anxiety have been reported for the original version (Brennan et al., 1998). Using the French-language version, Lafontaine and Lussier

(2003) reported alpha coefficients ranging from .86 to .88 for both scales. In the present sample, alphas for the avoidance scale were .86 for men and .90 for women, and alphas for the anxiety scale were .89 for men and women.

## Results

### *Comparison of Distressed and Nondistressed Couples Seeking Therapy*

Means and standard deviations for all study variables are presented in Table 1. Univariate analyses of variance were conducted to compare the distressed and nondistressed sub-samples on marital satisfaction, attachment avoidance and attachment anxiety. Gender was entered as a within-subject variable to account for the non-independence of couple data. Group (distressed or nondistressed) was treated as a between-subject variable. Results (see Table 1) showed that the distressed group had significantly lower marital satisfaction and higher attachment avoidance than the nondistressed group. No between group difference was found on attachment anxiety. Across groups, women reported significantly higher attachment anxiety than men, but no gender difference was found on attachment avoidance. No group by gender interaction effect was found.

### *Prediction of Marital Satisfaction Among Distressed Couples Seeking Therapy*

First, the relationship between attachment avoidance, attachment anxiety, and marital satisfaction was examined among the distressed couples sub-sample, that of greatest interest to couple therapists. Preliminary analysis on sociodemographic variables revealed that men's age was significantly correlated with women's marital satisfaction,  $r = .17, p < .05$ . Intercorrelations between attachment avoidance, attachment anxiety, and marital satisfaction are presented in Table 2.

The Actor-Partner Interdependence Model (APIM; Kenny et al., 2006) guided the data analysis on prediction of marital satisfaction from attachment avoidance and attachment anxiety among the distressed couples sub-sample. Men's age was entered in the model but did not significantly contribute to prediction of marital satisfaction and therefore was excluded from the final model. Results are presented in Table 3. Significant negative

actor effects of attachment avoidance on marital satisfaction were found for both men and women, as well as a negative actor effect of attachment anxiety on marital satisfaction for women. Partner effects emerged: women's avoidance was negatively related to men's satisfaction, and men's anxiety was negatively related to women's satisfaction, in the distressed couples sub-sample. No interaction effect between attachment avoidance and attachment anxiety was found.

Comparison of the magnitude of the relationship between attachment avoidance and marital satisfaction to that of the relationship between attachment anxiety and marital satisfaction revealed that avoidance was a stronger predictor of own dissatisfaction than anxiety for both men,  $t(167) = 3.12, p < .01$ , and women,  $t(167) = 1.76, p < .05$ , in the distressed couples sub-sample. Examination of partner effects in the distressed couples sub-sample showed that men's anxiety had a stronger negative effect on women's satisfaction than did men's avoidance,  $t(167) = 1.84, p < .05$ . No significant difference was obtained when comparing the strength of women's avoidance and women's anxiety as predictors of men's marital satisfaction.

### ***Prediction of Marital Satisfaction Among Nondistressed Couples Seeking Therapy***

Second, the link between attachment avoidance, attachment anxiety and marital satisfaction was examined among the nondistressed couples sub-sample to allow for comparison. Preliminary examination of sociodemographic variables showed that women who had an undergraduate degree or higher reported on average higher marital satisfaction than those who were less educated,  $t(51) = 3.14, p < .01$ . Intercorrelations between attachment avoidance, attachment anxiety and marital satisfaction are presented in Table 4.

Analyses on prediction of nondistressed couples' marital satisfaction were conducted using the APIM (Kenny et al., 2006). Women's education was entered in the model but did not significantly contribute to prediction of marital satisfaction and hence was omitted from the final model. Results are presented in Table 5. Significant negative actor effects were found for attachment avoidance on marital satisfaction for both men and women, as well as a significant negative actor effect of attachment anxiety on satisfaction for men. No partner effect and no interaction effect were found in the nondistressed sub-

sample. Finally, no significant difference was found when comparing the strength of attachment avoidance and attachment anxiety as predictors of marital satisfaction in the nondistressed couples sub-sample.

### **Discussion**

The main goal of the present study was to extend previous research findings on the association between romantic attachment and relationship satisfaction to a clinically representative sample of therapy-seeking couples. As hypothesized, comparison of the distressed and nondistressed couples revealed that distressed men and women reported significantly more attachment avoidance than their nondistressed counterparts, but groups did not differ on average attachment anxiety level. This suggests that attachment avoidance, more so than attachment anxiety, might be a distinctive characteristic of distressed couples.

Examination of actor effects of attachment on marital satisfaction among the distressed couples sub-sample revealed a strong negative actor effect of avoidance on satisfaction for men and women, and a negative actor effect of anxiety on women's satisfaction. Consistent with hypothesis, the strength of the avoidance – satisfaction link was significantly greater than the strength of the anxiety – satisfaction link for men and women in the distressed couples sub-sample. This is in line with previous research suggesting that withdrawal and stonewalling are strongly related to lower marital satisfaction among clinical samples of distressed couples (Gottman, 1994; Heavey et al., 1995). In the nondistressed couples sub-sample, a negative actor effect of attachment avoidance on satisfaction was found for men and women, as well as a negative actor effect of attachment anxiety on satisfaction for men only. Interestingly, no difference between the strength of avoidance and anxiety as predictors of marital satisfaction was found in this sub-sample, suggesting that the stronger negative impact of attachment avoidance on satisfaction might be specific to distressed couples.

This study was the first to examine the relationship between romantic attachment and marital satisfaction among a clinical sample of distressed couples. Results suggest that findings from dating couples and community samples of married couples cannot simply be

generalized to distressed couples, but rather that the influence of attachment on satisfaction is somewhat different for distressed couples. Findings from dating couples and community samples of married couples suggest that attachment anxiety might be a more consistent predictor of dissatisfaction than attachment avoidance, as anxiously attached people exhibit more negative behaviors, experience more negative emotions, and display poor problem-solving and communication skills when resolving interpersonal issues (Feeney, 2002; Simpson et al., 1996). On the contrary, research among clinical samples of couples has found that the negative engagement of anxious partners, although negatively related to concurrent marital satisfaction, is predictive of long-term *increase* in marital satisfaction (Gottman & Krokoff, 1989; Heavey et al., 1993). It is the withdrawal exhibited by avoidant partners that seems to be more strongly and consistently related to concurrent distress and subsequent *decrease* in marital satisfaction among samples of distressed couples (Gottman, 1994; Gottman & Krokoff, 1989; Heavey et al., 1995).

A possible explanation of the discrepancy in findings reported in community and clinical samples of couples pertains to the difference in attachment activation thresholds between anxious and avoidant individuals (Shaver & Mikulincer, 2002). Because of their low threshold for attachment activation, anxious individuals easily perceive attachment threats and often use attachment strategies (i.e., proximity seeking) to regain security, even in the context of an overall well-functioning relationship. Since avoidant individuals have a higher threshold for attachment activation, their attachment strategies (i.e., withdrawal, detachment) might only be used in highly distressing relationships, where the threat to attachment security is undeniable. Therefore, the strong negative effect of avoidance on marital satisfaction might only be apparent among samples of highly distressed couples, like the current one.

As expected, across groups women reported more attachment anxiety than men, but no gender difference was found on average attachment avoidance. Gender differences were found in the partner effects for the distressed sub-sample: women's avoidance had a negative effect on men's satisfaction, and men's anxiety had a negative effect on women's satisfaction. No partner effect was found in the nondistressed sub-sample. Women are socialized to be affiliative, emotional and relationship-oriented, which is associated with



anxious attachment, and men are socialized to be independent and self-reliant, which is characteristic of avoidant attachment (Shaver et al., 1996). The current results suggest that insecure attachment concordant with gender stereotype (i.e., women's anxiety and men's avoidance) does not significantly affect partner satisfaction, while insecure attachment that is discordant with expectations (i.e., women's avoidance and men's anxiety) has a detrimental impact on partner's satisfaction, among distressed couples.

The negative partner effect of men's attachment anxiety on women's satisfaction is consistent with previous findings from community samples of married couples (e.g., Feeney, 1996; Lussier, Sabourin, & Turgeon, 1997). Also consistent with previous research, the current findings suggest that men's attachment anxiety has a stronger detrimental effect on women's satisfaction than does men's avoidance. Conversely, the negative impact of women's attachment avoidance on men's satisfaction has been at times reported (e.g., Davila et al., 1998; Feeney, 1994), but several studies have failed to replicate the finding (e.g., Feeney, 2002; Kachadourian, Fincham, & Davila, 2004). Perhaps the explanation lies in the distress level of the sample investigated. As men tend to value independence, women's avoidance might be adaptive in a globally well-functioning relationship by promoting the maintenance of a comfortable distance between partners, for everyone's immediate benefit. However, women's avoidance might have a negative impact on men's satisfaction in dysfunctional relationships, by increasing the distance between partners that are already shifting apart and impeding discussion of conflictual issues that should be addressed (Pietromonaco, Greenwood, & Feldman Barrett, 2004).

### *Limitations*

The current results should be interpreted with some limitations in mind. First, the study design was cross-sectional, therefore impeding the capacity to determine the direction of influence and to draw causal inferences. Longitudinal designs should replicate the findings. Second, the clinical sample under investigation was formed of educated higher middle-class couples. Findings should be replicated among clinical samples of lower-class couples, as previous studies have found lower relationship satisfaction among this population (Dakin & Wampler, 2008). Third, the inclusion of a therapy-seeking

nondistressed couples sub-sample as a control group had the advantage of increasing confidence that the group difference is specifically attributable to the distress level, since the sub-samples did not otherwise differ (apart from a marginal difference on women's income). However, the extent to which those couples were truly nondistressed can be questioned in light of the fact that they were seeking therapy. The results should be replicated with a community sample of nondistressed couples serving as a control.

Finally, in an attempt to capture global attachment orientations, we instructed participants to respond to the ECR (Brennan et al., 1998) according to how they generally experience relationships. But considering that the couples in our sample had been involved in the current relationship for on average 13.8 years and that 57% reported no previous significant relationship, one might wonder whether the participants really had in mind how they generally experience relationships when they filled in the ECR. Consequently, it is possible that the construct assessed in our study might better represent relationship-specific attachment rather than global attachment orientations. However, according to attachment theory, relationship-specific attachment and global attachment should be more similar than they are different (Shaver, 2006).

### *Significance of the Present Findings*

This study contributed to the attachment field by extending the previously reported link between romantic attachment insecurity and relationship dissatisfaction to a sample of distressed couples. This study is unique mainly because of the characteristics of the sample recruited: the couples were not only maritally distressed, they were also seeking couple therapy.

The current study bears important implications for couple therapy. First, the sample under investigation was highly clinically representative (Wright et al., 2007): the couples were self-referred or referred by a mental health professional to a fee-for-service couple therapy clinic, and no couple was excluded because of a co-morbid disorder. Results can therefore be easily generalised to couples routinely seen by couple therapists in natural settings. Second, the finding that attachment insecurity is associated with clinical couples' marital dissatisfaction underscore the need for couple therapists to devote more attention to

partners' attachment orientations. Assessment of romantic attachment at intake would help therapists gain a better understanding of the couple's dynamics and tailor their interventions to the specific needs of each individual couple (Davila, 2003; Johnson & Whiffen, 1999).

The current results also bring crucial support to therapy models like emotionally focused therapy (Johnson, 1996) that work towards increasing attachment security between partners and resolving attachment injuries: this study is the first to empirically demonstrate that distressed couples are indeed characterized by attachment insecurity, and that their insecurity is strongly associated with their distress. The findings that attachment avoidance is a distinctive characteristic of distressed couples and is strongly related to marital dissatisfaction suggest that couple therapists should pay attention to patterns of intimacy withdrawal and detachment in one or both partners, as this might be especially damaging to the relationship (Gottman, 1994; Gottman & Krokoff, 1989; Johnson, 2007).

In sum, the present study was the first to report a cross-sectional association between romantic attachment insecurity and marital dissatisfaction in a clinical sample of distressed couples. Future research should now turn to investigation of the mechanism through which attachment orientations influence marital satisfaction among distressed couples. Also, the influence of attachment orientations on the process of couple therapy should be investigated across various theoretical approaches, if attachment theory is to be used as a global theory of love in couple therapy (Davila, 2003; Johnson, 2007).

## References

- Addison, S. M., Sandberg, J. G., Corby, J., Robila, M., & Platt, J. J. (2002). Alternative methodologies in research literature review: Links between clinical work and MFT effectiveness. *The American Journal of Family Therapy, 30*, 339-371.
- Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W. H., Doss, B. D., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 893-903.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Milkulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 929-943.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*, 475-493.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1996). Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships, 3*, 257-278.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1053-1073.

- Dakin, J., & Wampler, R. (2008). Money doesn't buy happiness, but it helps: Marital satisfaction, psychological distress, and demographic differences between low- and middle-income clinic couples. *The American Journal of Family Therapy, 36*, 300-311.
- Davila, J. (2003). Attachment processes in couple therapy: Informing behavioral models. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 124-143). New York: Guilford Press.
- Davila, J., Bradbury, T. N., & Fincham, F. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships, 5*, 467-484.
- Davila, J., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1999). Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 783-802.
- Eddy, J. M., Heyman, R. E., & Weiss, R. L. (1991). An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale: Exploring the differences between marital "satisfaction" and "adjustment". *Behavioral Assessment, 13*, 199-220.
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships, 1*, 333-348.
- Feeney, J. A. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships, 3*, 401-416.
- Feeney, J. A. (2002). Attachment, marital interaction, and relationship satisfaction: A diary study. *Personal Relationships, 9*, 39-55.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 350-365.
- Gattis, K. S., Berns, S., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Birds of a feather or strange birds? Ties among personality dimensions, similarity, and marital quality. *Journal of Family Psychology, 18*, 564-574.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gottman, J. M., & Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 47-52.

- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process, 41*, 199-260.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 151-177). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Heavey, C. L., Christensen, A., & Malamuth, N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 797-801.
- Heavey, C. L., Layne, C., & Christensen, A. (1993). Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 16-27.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton & Company.
- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunnel/Mazel.
- Johnson, S. M. (2003). Couples therapy research. In G. P. Sholevar & L. D. Schwoeri (Eds.), *Textbook of family and couples therapy: Clinical applications* (pp. 797-814). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Johnson, S. M. (2007). A new era for couple therapy: Theory, research, and practice in concert. *Journal of Systemic Therapies, 26*(4), 5-16.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. E. (1999). Made to measure: Adapting emotionally focused couple therapy to partners' attachment styles. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 366-381.
- Kachadourian, L. K., Fincham, F., & Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *Personal Relationships, 11*, 373-393.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin, 118*, 3-34.

- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 861-869.
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux [Bidimensional assessment of romantic attachment]. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 56-60.
- Le Bourdais, C., & Lapierre-Adamcyk, E. (2004). Changes in conjugal life in Canada: Is cohabitation progressively replacing marriage? *Journal of Marriage and Family, 66*, 929-942.
- Lussier, Y., Sabourin, S., & Turgeon, C. (1997). Coping strategies as moderators of the relationship between attachment and marital adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*, 777-791.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D., & Feldman Barrett, L. (2004). Conflict in adult close relationships: An attachment perspective. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: theory, research, and clinical implications* (pp. 267-299). New York: Guilford Press.
- Pinsof, W., & Wynne, L. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 1-8.
- Robins, R. W., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2000). Two personalities, one relationship: Both partners' personality traits shape the quality of their relationship. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 251-259.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment, 2*, 333-337.

- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 547-570.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 6-14.
- Shaver, P. R. (2006). Dynamics of romantic love: Comments, questions, and future directions. In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 423-456). New York: Guilford Press.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*, 133-161.
- Shaver, P. R., Papalia, D., Clark, C. L., Koski, L. R., Tidwell, M. C., & Nalbone, D. (1996). Androgyny and attachment security: Two related models of optimal personality. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 582-597.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 899-914.
- Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (2004). Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: Directions for clinical training and practice. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 1-12.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638-643.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhoussen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.



Table I

*Means, Standard Deviations, and Analyses of Variance for the Study Variables*

Variables	Distressed	Nondistressed	Group effect		Gender effect	
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F</i> (1,226)	$\eta^2$	<i>F</i> (1, 226)	$\eta^2$
Marital satisfaction			195.76***	.46	2.41	.01
Men	87.59 (14.49)	109.30 (7.62)				
Women	85.02 (14.10)	108.11 (8.50)				
Attachment avoidance			44.97***	.17	.025	.00
Men	2.94 (.84)	2.34 (.81)				
Women	3.02 (.97)	2.29 (.81)				
Attachment anxiety			3.28	.01	13.27***	.06
Men	3.48 (1.05)	3.18 (.91)				
Women	3.80 (1.02)	3.70 (1.09)				

\*\*\* $p < .001$ .

Table II

*Intercorrelations for the Study Variables in the Distressed Couples Sub-Sample*

Variables	1	2	3
1. Marital satisfaction	.26***	-.40***	-.22**
2. Attachment avoidance	-.36***	.05	.17*
3. Attachment anxiety	-.13	.10	-.07

*Note.* Correlations for men appear below the diagonal and correlations for women appear above the diagonal. Correlations along the diagonal are between dyad members.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Table III

*Actor and Partner Effects of Attachment Avoidance and Attachment Anxiety Predicting Marital Satisfaction in the Distressed Couples Sub-Sample*

Predictor variables	Estimate	SE	t
<i>Attachment avoidance</i>			
Actor effects			
Men's avoidance → Men's satisfaction	-5.94	1.23	-4.83***
Women's avoidance → Women's satisfaction	-4.88	1.02	-4.79***
Partner effects			
Women's avoidance → Men's satisfaction	-2.33	1.09	-2.14*
Men's avoidance → Women's satisfaction	-.09	1.15	-.08
<i>Attachment anxiety</i>			
Actor effects			
Men's anxiety → Men's satisfaction	-1.01	1.00	-1.01
Women's anxiety → Women's satisfaction	-2.41	.96	-2.51*
Partner effects			
Women's anxiety → Men's satisfaction	-.15	1.03	-.15
Men's anxiety → Women's satisfaction	-2.81	.93	-3.01**

*Note.* We report all effects as unstandardized regression coefficients.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Table IV

*Intercorrelations for the Study Variables in the Nondistressed Couples Sub-Sample*

Variables	1	2	3
1. Marital satisfaction	.33*	-.35**	-.30*
2. Attachment avoidance	-.40**	.11	.19
3. Attachment anxiety	-.39**	.25	.04

*Note.* Correlations for men appear below the diagonal and correlations for women appear above the diagonal. Correlations along the diagonal are between dyad members.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

Table V

*Actor and Partner Effects of Attachment Avoidance and Attachment Anxiety Predicting Marital Satisfaction in the Nondistressed Couples Sub-Sample*

Predictor variables	Estimate	SE	t
<i>Attachment avoidance</i>			
Actor effects			
Men's avoidance → Men's satisfaction	-2.81	1.19	-2.36*
Women's avoidance → Women's satisfaction	-3.00	1.35	-2.23*
Partner effects			
Women's avoidance → Men's satisfaction	-.46	1.16	-.40
Men's avoidance → Women's satisfaction	-.96	1.38	-.70
<i>Attachment anxiety</i>			
Actor effects			
Men's anxiety → Men's satisfaction	-2.62	1.04	-2.53*
Women's anxiety → Women's satisfaction	-1.84	1.00	-1.84
Partner effects			
Women's anxiety → Men's satisfaction	-.76	.87	-.88
Men's anxiety → Women's satisfaction	1.51	1.20	1.25

*Note.* We report all effects as unstandardized regression coefficients.

\*  $p < .05$ .

## **Article 2**

# **Couple Therapy Premature Disengagement and Outcome in a Naturalistic Setting: The Role of Therapeutic Mandates and Romantic Attachment Orientations**

Article soumis à

*Journal of Family Psychology*

Running head: COUPLE THERAPY DISENGAGEMENT AND OUTCOME

Couple Therapy Premature Disengagement and Outcome in a Naturalistic Setting: The  
Role of Therapeutic Mandates and Romantic Attachment Orientations

Josianne Mondor

Université de Montréal, Quebec, Canada

Stéphane Sabourin

Université Laval, Quebec, Canada

John Wright

Université de Montréal, Quebec, Canada

Hélène Poitras-Wright

Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright Côté, Quebec, Canada

Pierre McDuff

Université de Montréal, Quebec, Canada

Correspondence concerning this article should be addressed to John Wright,  
Department of psychology, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville,  
Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7.

### **Abstract**

Drawing on a series of 141 couple therapy cases, the main goal of the present study was to examine prognostic indicators of premature disengagement and outcome in couple therapy conducted in a natural setting. The role of therapeutic mandates (i.e., alleviation of couple distress or ambivalence resolution), pre-treatment relationship distress and romantic attachment representations were specifically examined. Couples completed the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) and the Experiences in Close Relationships Questionnaire (Brennan, Clark, & Shaver, 1998) at intake and therapists filled in the Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire (Poitras-Wright & St-Père, 2004) after the 4<sup>th</sup> session. Results showed that an ambivalence resolution mandate was strongly associated with early withdrawal from couple treatment. Elevated relationship distress proved to be the strongest predictor of a negative therapy outcome whereas attachment orientations were not significantly related to outcome. Implications of the findings are discussed.

**Keywords:** Couple therapy, dropout, outcome, therapeutic mandate, couple satisfaction, adult romantic attachment.



## **Couple Therapy Premature Disengagement and Outcome in a Naturalistic Setting: The Role of Therapeutic Mandates and Romantic Attachment Orientations**

The prevalence and natural course of couple disorders are increasingly well-delineated. Rates of couple distress in the general population ranges from 20% to 30% (Beach, Fincham, Amir, & Leonard, 2005; Whisman, Beach, & Snyder, 2008) and longitudinal studies show a general decline of dyadic adjustment in the long run (Kurdek, 2008). Relationship help-seeking is, however, not a straightforward process and less than 20% of distressed couples seek treatment, generally in a context of problem chronicization (Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009). In addition, whereas couple therapy has grown into an evidence-based practice (Christensen, Baucom, Vu, & Stanton, 2005; Snyder, Castellani, & Whisman, 2006; Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhoussen, 2007), premature termination of treatment remains a widespread phenomenon (Allgood, Parham, Salts, & Smith, 1995; Ward & McCollum, 2005) and many couples who complete treatment fail to show significant improvement (Christensen & Heavey, 1999; Sexton, Alexander, & Mease, 2004).

An examination of two recent meta-analytic studies of couple therapy research (Shadish & Baldwin, 2005; Wright et al., 2007) showed extensive heterogeneity in dropout likelihood. When reported (75.0% of cases, 51 out of 68 studies), dropout rates varied from 0 to 44% ( $M = 11.0\%$ ,  $SD = 14.5\%$ ) in studies of couple therapy for the alleviation of marital distress, and from 0 to 50% ( $M = 15.6\%$ ,  $SD = 12.7\%$ ) in studies of couple treatment of marital distress and a comorbid condition such as substance abuse or depression,  $t(49) = 1.11$ ,  $p > .05$ . These observations, derived from well-controlled outcome studies, most probably – as in individual psychotherapy practice (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008) – provide an underestimation of couple therapy discontinuation in community settings. In fact, there are some preliminary indications that when conducted under clinically representative conditions and outside of a research context (i.e., when couples are not recruited, preselected, and fully assessed by paid assistants, when treatment is not free and when there is no intensive monitoring and

supervision of ongoing cases to optimize treatment observance and clinical expertise), the incidence of premature termination in couple therapy can raise to nearly 50% (Allgood et al., 1995; Tremblay, Wright, Mamodhoussen, McDuff, & Sabourin, 2008; Ward & McCollum, 2005). Likewise, recovery rates for couple therapy vary widely, with estimates ranging from 35 to 75% of cases recovered following treatment (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998). More research is therefore needed to identify factors associated with couple therapy disengagement and failure.

Recent meta-analysis have shown that most couple therapy outcome studies are conducted in well-controlled settings (Shadish & Baldwin, 2005; Wright et al., 2007) and offer distressed couples a treatment protocol designed to alleviate relationship distress. Such is not always the case in community settings where a significant proportion of couples also consult to resolve ambivalence issues or to reduce the negative repercussions of divorce. In an attempt to better delineate the reality of clinical practice, Poitras-Wright and St-Père (2004) introduced the therapeutic mandates in couple therapy. A therapeutic mandate is defined as an agreement reached between the couple and the therapist as to the direction treatment will take. Three categories of mandates have been described by Poitras-Wright & St-Père (2004): alleviation of distress, ambivalence resolution, and separation intervention. In a recent study of therapeutic mandates in couple therapy, Tremblay et al. (2008) demonstrated that these mandates can be reliably classified and that they are associated with pre-treatment relationship distress and therapeutic outcome. This diversity of couple therapy mandates may partially explain the elevated attrition rates in community settings, ambivalence resolution and separation intervention potentially creating volatile treatment situations. To our knowledge, no study has ever examined the characteristics of couples seeking therapy to resolve relationship ambivalence, even though this represents a sizable proportion of the cases therapists treat.

### ***Predictors of Couple Therapy Premature Disengagement***

Past studies on prediction of couple therapy dropout are sparse and mostly bear on readily-available sociodemographic factors; few theory-relevant clinical variables have been investigated (Atkins et al., 2005; Snyder, Mangrum, & Wills, 1993).

Sociodemographic variables associated with premature termination from couple therapy have been a low number of children (Allgood & Crane, 1991), fewer financial difficulties (Davis & Dhillon, 1989), lower income in women (Tremblay et al., 2008), a common-law relationship (Davis & Dhillon, 1989), and an ethnic minority status (Boddington, 1995). Comorbid mental disorders as a presenting problem (Allgood & Crane, 1991) as well as elevated personal (Allgood & Crane, 1991; Tambling & Johnson, 2008) and marital (Tambling & Johnson, 2008; Tremblay et al., 2008) distress were the most significant psychosocial prognostic indicators of couple therapy dropout. In addition, heterogeneous definitions of treatment discontinuation – after the first phone interview, during the assessment period, following an arbitrary fixed number of sessions, without therapist's agreement on goal attainment, etc. – and between-study methodological discrepancies – varying number of participants, differing treatment packages and settings, etc. – suggest caution. These phenomena probably represent diverse, partially overlapping, constructs with some specific predictors and outcomes that should all be researched (Barrett et al., 2008). In the meantime, there is a general consensus that clinical judgment may be the best method to assess premature termination of couple therapy (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

### ***Predictors of Couple Therapy Outcome***

For their part, predictors of couple therapy outcome have mostly been investigated as secondary goals in outcome studies. Inconsistent findings have emerged from the investigation of sociodemographic variables: age, educational status, income, length of relationship and number of children have at times been related to outcome (Denton, Burleson, Clark, Rodriguez, & Hobbs, 2000) and at times not (Johnson & Talitman, 1997; Mendonca, Lumley, & Hunt, 1982). Psychosocial prognostic indicators of couple therapy success have been wife's femininity (Baucom & Aiken, 1984), husband's proximity seeking (Johnson & Talitman, 1997), wife's personality traits (Snyder et al., 1993), and the combination of a highly affiliative wife and a highly independent husband (Jacobson, Follette, & Pagel, 1986). Finally, relationship satisfaction has been linked to couple therapy outcome in the expected way: higher relationship satisfaction at intake has been associated with higher relationship satisfaction at termination (Snyder et al., 1993; Johnson & Talitman, 1997; Waldron, Turner, Barton, Alexander, & Cline, 1997).

Overall, few consistent predictors of couple therapy completion and outcome have been identified. This stressed the need for investigations of other less studied but theoretically relevant variables that might increase the risk of early withdrawal or treatment failure in couple treatment. As previously mentioned, therapeutic mandates should be investigated as predictors of premature disengagement. In addition, romantic attachment representations also appear to be a variable worthy of investigation, as will now be discussed.

### ***Romantic Attachment and Couple Therapy Premature Disengagement and Outcome***

In the recent years, adult romantic attachment has widely been investigated as a correlate of couple relationship functioning (Mikulincer & Shaver, 2007). Bartholomew and Horowitz (1991) conceptualised romantic attachment as two dimensions: anxiety over abandonment and proximity avoidance. Anxiety over abandonment reflects a working model of self as unlovable and a tendency to excessively worry about being rejected by a partner. Proximity avoidance reflects a working model of other as unresponsive in times of need and a tendency to avoid being too close or dependent in close relationships. Studies conducted on community samples of married couples have demonstrated a consistent association between attachment anxiety and avoidance and relationship distress (e.g., Davila, Bradbury, & Fincham, 1998; Feeney, 1994). In addition, there is preliminary evidence that avoidant attachment representations are related to premature termination in individual cognitive-behavioral therapy (Tasca et al., 2006) and they have received some support as predictors of treatment responsiveness in emotionally focused couple therapy (Johnson & Talitman, 1997). Since attachment representations describe how people tend to experience relationships, they are likely to influence the way clients perceive and behave in the therapeutic context of couple therapy. Consistent with this hypothesis, adult attachment has been related to process and outcome in individual therapy: securely-attached clients (i.e., low anxiety and low avoidance) tend to form better alliance with their therapist and to have better outcome in terms of symptoms reduction compared to insecurely-attached clients (Eames & Roth, 2000; Reis & Grenyer, 2004).

The function of romantic attachment representations in couple treatment completion and outcome has yet to be examined. However, attachment theory and clinical experience

suggest that elevated abandonment anxiety and proximity avoidance might disrupt couple treatment process. The initial experiences surrounding couple therapy require a tolerance for disclosure of negative feelings and complaints and for uncertainty as to the future of the union. This might be an especially challenging task for highly anxious partners, exacerbating their already prominent fear of abandonment and feeling of being unlovable. In addition, successful treatment requires the formation of a positive therapeutic alliance with the therapist, which might be challenging for highly avoidant partners who tend to emphasize self-reliance and might thus be sceptical about the usefulness of therapy. Moreover, highly avoidant partners might feel uncomfortable talking about their feelings. Finally, in couple treatment part of the therapist's work consists of increasing attachment security between partners. Although this therapeutic goal is more strongly emphasized in emotionally focused therapy (Johnson, 1996), cognitive-behavioral therapy also indirectly promotes attachment security, for instance by helping partners share vulnerable emotions and respond empathically to one another (Jacobson & Christensen, 1996). The development of a secure bond between partners might be more easily achieved when partners have more secure romantic attachment orientations (i.e., lower avoidance and lower anxiety) in the first place.

The current study pursued two main goals. First, this study examined the role of sociodemographic variables, therapeutic mandates (i.e., alleviation of couple distress or ambivalence resolution), romantic attachment representations and pre-treatment relationship distress in the prediction of early withdrawal from couple treatment. Second, this study investigated predictors of couple therapy outcome among treatment completers. The variables under study were sociodemographic characteristics, romantic attachment representations and pre-treatment relationship distress.

### *Hypotheses*

#### *Prediction of Premature Disengagement from Couple Therapy*

Based on the slowly growing data-base on premature termination, we hypothesized that elevated initial couple distress would increase the likelihood of premature treatment disengagement. Second, we hypothesized that partners pursuing an ambivalence resolution

mandate would present a higher dropout risk as compared to couples seeking help for the alleviation of relationship distress. Clinical experience suggests that ambivalence resolution is much more demanding for couples, often because one partner wishes to pursue the relationship and has to face the other partner's doubts. Regardless of whether one or both partners are questioning relationship stability, both have to deal with uncertainty and tolerate a highly anxiogenic situation. Third, it was hypothesized that elevated attachment insecurity, expressed through either anxiety or avoidance, would increase the likelihood of couple therapy early discontinuation. As previously mentioned, highly anxious partners may feel overwhelmed by their partner's disclosure of dissatisfaction while highly avoidant partners might be reluctant to seek help and to disclose their private thoughts and feelings.

Since previous studies have failed to report consistent findings as to the influence of sociodemographic variables on couple therapy completion, we did not expect significant associations on that matter, but rather included sociodemographic variables in the analysis as covariates. Similarly, although gender effects and interaction effects were examined, we had no specific hypothesis on that issue.

#### *Prediction of Couple Therapy Outcome among Treatment Completers*

Consistent with previous research, we hypothesized that elevated pre-treatment relationship satisfaction would be associated with better treatment outcome, that is, higher post-treatment relationship satisfaction (Johnson & Talitman, 1997; Snyder et al., 1993). Second, we hypothesized that higher attachment avoidance – but not anxiety – would be related to lower post-treatment satisfaction. The rationale for this hypothesis was that proximity avoidance has been strongly related to clinical couples' relationship distress (Heavey, Christensen, & Malamuth, 1995), and has been found to interfere with treatment responsiveness in interpersonal and cognitive individual therapy (Hardy et al., 2001; McBride, Atkinson, Quilty, & Bagby, 2006), while no such findings have been obtained for attachment anxiety or similar constructs.

Finally, sociodemographic variables have yielded very inconsistent findings as predictors of couple therapy outcome; therefore, we did not expect any significant finding

on their part, but tested them as covariates. We made no specific hypothesis concerning gender differences and interaction effects.

## **Method**

### ***Participants***

Between September 2005 and February 2009, a series of 148 heterosexual couples who initiated therapy at a fee-for-service couple therapy clinic located in the Montreal, Quebec, Canada area was recruited. Couples were self-referred or referred by a mental health professional. Couples seeking therapy to alleviate relationship distress or to resolve ambivalence about relationship continuation and who were married or cohabiting were eligible for inclusion in the study. Seven couples were excluded because of missing data, yielding a final sample of 141. Excluded couples did not significantly differ from the final sample on most variables, but a higher ratio of men in excluded couples were unemployed,  $\chi^2(1, N = 146) = 11.10, p < .001$ . Men were on average 43.4 years old ( $SD = 8.0$ , range 25 to 66) and women were on average 40.6 years old ( $SD = 8.3$ , range 23 to 65). Employment rates were 95.7% for men and 81.8% for women, and 50.7% of men and 56.9% of women had obtained at least an undergraduate degree. Average income was in the CAN\$70 000 - 79 999 range for men and in the CAN\$40 000 - 49 999 range for women. Couples in the present sample had been together on average 13.2 years ( $SD = 8.5$ , range 1 to 42). Most men and women were parents: 10.6% of men and 8.5% of women had no child, 19.1% of men and 24.1% of women had one child, and 76.4% of men and 67.3% of women had two children or more. Eighty-four percent of couples were living with at least one child. Fifty-five percent of couples were legally married and 45% were cohabiting, which is representative of couples in Quebec province (Le Bourdais & Lapierre-Adamcyk, 2004).

### ***Therapists***

The therapists who participated in the study were 6 experienced psychologists ( $n = 129$  cases treated), 2 clinical psychology doctoral interns ( $n = 5$  cases) and 8 clinical psychology graduate trainees ( $n = 7$  cases). The psychologists held a master's or doctoral degree in clinical psychology and averaged 16.0 years experience in couple therapy at the

beginning of the study ( $SD = 10.8$ , range 4 to 32). Six therapists reported that their primary theoretical allegiance was cognitive-behavioral, 1 client-centered and 1 psychodynamic. The graduate trainees mainly followed integrative cognitive-behavioral therapy (Jacobson & Christensen, 1996; Wright, Sabourin, Lussier, & Poitras-Wright, 2008). All therapists reported being eclectic and routinely incorporating techniques from various approaches into their work, which is highly representative of most clinicians' practice in America (Pinsof & Wynne, 2000).

### *Procedures*

This study was conducted as part of a broad naturalistic investigation of couple therapy outcome. Couples were referred to the research team by therapists who introduced the research project at the first therapy session. The research team contacted the participants by phone and instructed the partners to individually complete the pre-intervention self-report measures battery (available in English and in French) at home and to return the package by mail before the second therapy session. All participants signed a consent form. The pre-intervention self-report measures battery included a demographic questionnaire, the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) and the Experiences in Close Relationships Questionnaire (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Assessment data were analyzed and transmitted to the therapists, who used them as additional information in the assessment process. When the therapeutic mandate was set with couples, usually around the 3<sup>rd</sup> or 4<sup>th</sup> session, the therapists filled in the Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire (Poitras-Wright & St-Père, 2004). As this study was designed to be highly clinically representative, no treatment manual was followed by the therapists (Wright et al., 2007). They conducted treatment-as-usual, using a varied range of techniques and approaches in order to best respond to clients' needs. When the couples terminated treatment, or stopped taking appointments and did not return calls, the therapists filled in the Termination Form. The research team contacted the couples and mailed the post-intervention batteries, which included the Dyadic Adjustment Scale. To increase the participation rate, a reminder phone call was made about a month after the couple had received the questionnaires.



### *Measures*

*Demographic information.* The variables of interest for the current study were age, educational attainment, employment status, annual individual income, marital status (married or cohabiting), relationship length (in years), number of children, number of previous significant relationships, family structure (nuclear family or stepfamily), prior experience in couple therapy (yes/no), prior experience in individual therapy (yes/no), and duration of relationship problems (in years and/or months). Women's reports were used when there were discrepancies between partner's answers.

*Couple distress.* The Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) is a 32-item self-report questionnaire that is widely used to assess global couple distress. Global scores range from 0 to 151 with higher scores indicating better couple adjustment. Reliability coefficients range from .91 to .96 for the original version (Spanier, 1976) and from .89 to .91 for the French translation (Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). In the present sample, Cronbach's alphas varied from .90 to .92 for men and women at pre- and post-treatment.

*Adult romantic attachment.* The Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR; Brennan et al., 1998) is a 36-item self-report questionnaire developed following Bartholomew's (1990) adult romantic attachment typology and now widely used to assess romantic attachment orientations. Separate scores are obtained for the anxiety dimension (i.e., the extent to which one fears being rejected by a romantic partner) and the avoidance dimension (i.e., the extent to which one is uncomfortable being too close to a romantic partner). Participants rated each of the items on a 7-point Likert scale, ranging from 1 (*strongly disagree*) to 7 (*strongly agree*). Alpha coefficients of .94 for avoidance and .91 for anxiety have been reported for the original version (Brennan et al., 1998). Using the French-language version, Lafontaine and Lussier (2003) reported alpha coefficients ranging from .86 to .88 for both scales. In the present sample, alphas for the avoidance scale were .85 for men and .90 for women, and alphas for the anxiety scale were .87 and .89 respectively for men and women.

*Classification of therapeutic mandates.* The Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire (Poitras-Wright & St-Père, 2004) defines a mandate as an agreement reached between the couple and the therapist as to the direction treatment will take. Three categories of mandates have been described: alleviation of distress, ambivalence resolution, and separation intervention. The alleviation of distress mandate aims at increasing relationship satisfaction and is the traditional mandate pursued in couple therapy, where separation is generally considered a negative outcome. The preliminary validity of the alleviation of distress mandate and its subtypes (conflictual relationship, lack of love/desire, specific adjustment) has been demonstrated by Tremblay et al. (2008). The ambivalence resolution mandate aims at helping partners resolve ambivalence towards relationship continuation. Therefore, making an informed decision is considered a positive outcome, whether the couple decides to separate or to commit to working towards increasing relationship satisfaction. The separation intervention mandate pursues the goal of helping the partners achieve a constructive separation and to minimize the negative effects of separation. The couples pursuing that last mandate were excluded from the present study because of insufficient sample size. For the purpose of the current study, therapists were asked to classify their cases after the 4<sup>th</sup> therapy session.

*Termination form.* Termination status was assessed by the therapist when treatment ceased. Two choices were given to classify the reasons for termination: a) *Treatment completers*: cases of complete (treatment goals were achieved) or partial recovery (significant improvement had been made but more treatment would have been beneficial) were grouped together to take into account the fact that therapists tend to have higher goals for clients and to expect treatment to last longer than clients do (Barrett et al., 2008), b) *Dropouts* : cases where clients unilaterally decided to terminate treatment without therapist agreement, at a time where little improvement had been made and more treatment was clearly needed.

## Results

Average relationship satisfaction at pre-treatment was 92.51 ( $SD = 16.71$ ) for men and 90.28 ( $SD = 16.10$ ) for women in the overall sample, which is considered mildly

distressed. Couples estimated that when they contacted the clinic, they had experienced relationship problems for on average 5.24 years ( $SD = 5.54$ ). A majority of couples sought treatment to alleviate relationship distress ( $n = 106$ ) but a noteworthy portion of the sample consulted to resolve their ambivalence towards the relation ( $n = 35$ ).

### ***Prediction of Premature Disengagement from Couple Therapy***

Therapists classified 106 couples as completers and 35 as dropouts. Completers attended on average 11.4 therapy sessions ( $SD = 6.1$ ) while dropouts remained in treatment for on average 6.5 sessions ( $SD = 3.7$ ),  $t(97) = 5.66$ ,  $p < .001$ . Univariate analyses of variance were conducted to identify relevant predictors of treatment disengagement (see Table 1). Gender was entered as a within-subject variable to account for the non-independence of couple data. Termination status (completion or dropout) was treated as a between-subject variable. Demographic variables and romantic attachment representations were not related to termination status. However, elevated pre-treatment couple distress,  $F(1, 139) = 8.14$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .06$ , and a therapeutic mandate oriented toward ambivalence resolution,  $\chi^2(1, N = 146) = 8.11$ ,  $p < .001$ , proved to be significant prognostic indicators of early withdrawal from couple therapy.

To determine the variables related to termination status, a binary logistic regression analysis was conducted. Variables significantly related to termination status in preliminary analyses (i.e., relationship satisfaction and therapeutic mandate) were entered in the model, and interactions between pre-treatment satisfaction, therapeutic mandate, attachment avoidance, and attachment anxiety were also examined. Results showed that women's relationship satisfaction, therapeutic mandate and the interaction between women's relationship satisfaction and men's attachment anxiety predicted treatment disengagement. The model explained 22.7% of the variance in couple therapy dropout,  $\chi^2(5, N = 141) = 23.37$ ,  $p < .001$ . Each incremental decrease in women's relationship satisfaction was associated with an increased probability of treatment dropout by a factor of .53 (95% CI = .32 – .88). Couples pursuing an ambivalence resolution mandate were 4.10 times more likely to dropout of treatment than couples pursuing an alleviation of distress mandate (95% CI = 1.57 – 10.74). A significant interaction between women's pre-treatment

relationship satisfaction and men's attachment anxiety was found,  $OR = .54$  (95%  $CI = .34 - .88$ ). Further examination of the interaction effect showed that a decrease in women's pre-treatment satisfaction was significantly related to increased chances of treatment withdrawal only when men scored above average on attachment anxiety,  $OR = .38$  (95%  $CI = .20 - .69$ ).

### *Prediction of Couple Therapy Outcome among Treatment Completers*

Couples who pursued an alleviation of distress mandate, who completed treatment, and who remained together following couple therapy were assessed at post-treatment. Eighty-four couples met these criteria. Twenty-seven couples did not fill in the post-treatment questionnaires (5 refused to do so, 21 accepted when asked but failed to return the questionnaires, and 1 could not be assessed because the therapist forgot to mention termination on time), resulting in a 67.9% retention rate from pre- to post-treatment. The couples who did not complete the post-treatment measures did not significantly differ from those who did on any of the pre-treatment characteristics. One multivariate outlier was excluded from the following analyses, resulting in a final sample of 56 couples. In this subsample, average pre-treatment relationship satisfaction was 95.46 ( $SD = 14.91$ ) for men and 92.64 ( $SD = 12.61$ ) for women, while average post-treatment relationship satisfaction was 104.55 ( $SD = 14.04$ ) for men and 104.39 ( $SD = 12.89$ ) for women. The effect size was computed on within-subject pre- to post-treatment change and yielded  $d = .73$  (95%  $CI = .46 - 1.00$ ), suggesting that couple therapy was generally effective in increasing relationship satisfaction.

Correlations presented in Table 2 show that higher pre-treatment relationship satisfaction was associated with higher post-treatment relationship satisfaction for both men and women. In addition, higher attachment avoidance was related to lower relationship satisfaction at intake for men and women, and to lower relationship satisfaction at termination for women only. Attachment anxiety was not significantly related to either pre- or post-treatment relationship satisfaction. Demographic variables were also examined in preliminary analyses. Men reported higher pre-treatment relationship satisfaction when they were paired with an employed women,  $t(52) = 2.03$ ,  $p < .05$ . Married women reported

higher pre-treatment relationship satisfaction than those in common-law relationships,  $t(54) = 2.14$ ,  $p < .05$ , and women's perceived duration of relationship problems was negatively related to their pre-treatment satisfaction,  $r = -.28$ ,  $p < .05$ .

Because partner's data were non independent, Actor-Partner Interdependence Model analyses were conducted (APIM; Kenny, Kashy, & Cook, 2006). The variables significantly related to either pre- or post-treatment satisfaction in preliminary analyses were entered in the model: employment status, marital status, duration of problems, pre-treatment relationship satisfaction and attachment avoidance. Results showed significant actor and partner effects for pre-treatment couple distress. Since attachment avoidance and demographic variables did not significantly contribute to the prediction of post-treatment satisfaction above pre-treatment relationship distress, these variables were excluded from the final model, reported in Table 3. The results revealed three significant effects. First, a significant actor effect of pre-treatment relationship satisfaction was found for both men and women. Thus, positive outcomes were predicted by elevated initial relationship satisfaction. Second, a gender-specific partner effect of pre-treatment relationship satisfaction was found: women's relationship satisfaction at intake was negatively related to men's relationship satisfaction at termination, but men's pre-treatment satisfaction had no effect on women's post-treatment satisfaction. Finally, the interaction between men's pre-treatment satisfaction and women's pre-treatment satisfaction was significantly related to men's post-treatment satisfaction.

Additional analyses were conducted to further examine the unexpected interaction between men's pre-treatment satisfaction and women's pre-treatment satisfaction. Separate regression analyses were conducted for men scoring above and below the mean on pre-treatment relationship satisfaction. Results revealed that the negative link between women's initial relationship satisfaction and men's relationship satisfaction at termination was moderated by men's initial relationship satisfaction. That is, women's pre-treatment satisfaction had a negative effect on men's satisfaction at termination only if men reported low satisfaction at intake,  $B = -.80$ ,  $SE = .27$ ,  $t(24) = -2.95$ ,  $p < .01$ .

## Discussion

Many significant findings emerge from the present study. First, the prevalence rate of premature disengagement from couple treatment in a naturalistic setting reached 25%. In addition, our results showed that couples who dropped out received a lower, and less than optimal, dose of treatment than what is recommended in most empirically-supported couple therapy manuals (Christensen et al., 2005; Snyder et al., 2006). Whereas our prevalence estimate is lower than what has been reported in other naturalistic studies (Allgood et al., 1995; Tremblay et al., 2008; Ward & McCollum, 2005), it is clearly higher than what has been observed in past efficacy research ( $M = 11\%$ ) and still somewhat more elevated than the dropout frequency percentage in effectiveness studies (Shadish & Baldwin, 2005; Wright et al., 2007). This result confirms that early withdrawal is most probably a widespread phenomenon in couple treatment across both research and community settings.

The first aim of the study was to identify prognostic indicators of early withdrawal in couple treatment. Results showed that relationship distress, therapeutic mandates, and elevated attachment anxiety were, alone or in interaction, consistent predictors of treatment discontinuation. As reported in past studies (Tambling & Johnson, 2008; Tremblay et al., 2008), pre-treatment relationship distress significantly increased the risks of therapy dropout. Self-report assessment of relationship distress constitutes an essential component of most evidence-based assessment protocols in couple therapy (Snyder, Heyman, & Haynes, 2005). The present results not only support the recommendation to routinely apply these low-cost, empirically-derived instruments for diagnostic purposes but also demonstrate that elevated couple distress has significant implications for the stability of the therapeutic process. Thus, it should not be assumed that a significant level of relationship distress will provide strong motivational incentives to persist in couple treatment. Quite to the contrary, the odds of dropout are higher in couples who suffer the most.

The present results also reveal that, for women, the role of pre-treatment relationship distress in relation to therapy dropout is contextualized by men's attachment anxiety. More specifically, the association between women's relationship distress and treatment dropout was significant only when men evidenced high attachment anxiety. This

result is difficult to interpret in the absence of data specifying how the decision to drop out of treatment is reached for each couple. However, it may be hypothesized that higher attachment anxiety in men increases their likelihood to disengage from couple treatment because they are easily overwhelmed by their partner's disclosure of dissatisfaction in major relationship areas. There are empirical studies underlining that the prevalence of attachment anxiety is lower in men than in women and that attachment avoidance tends to be higher in men than in women (e.g., Brassard, Shaver, & Lussier, 2007). This gender-inconsistent pattern of attachment anxiety in men may put these couples at greater risks of premature termination. Men confronted with attachment anxiety issues (i.e., fear of abandonment, feeling unlovable) may thus react more strongly than women to expression of elevated relationship dissatisfaction in the presence of a third party and elect to quit treatment to avoid being publicly confronted not only with their partner's public disclosure of dissatisfaction but also with their gender-inconsistent pattern of attachment. Women are typically more active than men in the process of relationship help-seeking (Doss, Atkins, & Christensen, 2003; Doss et al., 2009) and the present findings suggest that elevated attachment anxiety in men could be an important dynamic factor interacting with women's elevated couple distress to elicit treatment disengagement.

In the present study, the most robust predictor of early withdrawal from treatment was an ambivalence resolution mandate: that is, couples seeking help for an ambivalence resolution mandate were four times more likely to dropout from couple therapy than couples pursuing an alleviation of distress mandate. This is an important finding for two related reasons. First, to our knowledge, there are not much empirical data delineating the frequency of specific therapeutic mandates and their implications for the outcome of couple therapy. Overall, the results revealed that 25% of the present sample of couples sought help to resolve ambivalence toward their relationship. This represents a sizable proportion of the participating couples and future studies will be needed to determine with some accuracy the prevalence of couple consulting in a context where indecision about the outlook of the relationship is a significant clinical issue for one or both partners. Second, there are now two independent investigations supporting the empirical validity of the therapeutic mandate concept in couple therapy. This construct is associated not only with therapy outcome (Tremblay et al., 2008) but, in the present case, with a 45% dropout rate. These clinically

significant results should be replicated but they highlight the need for more research to better understand the specific needs of the ambivalent couples and the mechanisms leading to an elevated risk of treatment discontinuance. Ultimately, treatment approaches specifically targeted to effectively resolve ambivalence issues will have to be developed.

At the present time, it is difficult to ascertain whether couples pursuing an ambivalence resolution mandate are systematically excluded (or exclude themselves) from randomized trials assessing the efficacy/effectiveness of couple therapy, a factor which can limit the clinical representativeness of these studies and the transportability and dissemination of evidence-based couple therapy to naturalistic settings (Wright et al., 2007). The present findings indicate that thorough assessment of ambivalence towards the relationship should be conducted during the diagnosis period and used to develop a clinically meaningful therapeutic mandate adapted to the situation of each couple. The reliable measurement of the nature and strength of ambivalence experienced towards the relationship can help identify potential cases of treatment disengagement. Moreover, such an evaluation will help to clarify complex clinical issues where some partners may not want to discuss their own or their partner's ambivalent feelings toward the relationship. Likewise, there probably exists a wide range of attitudes in therapists about the usefulness of fully addressing ambivalence issues in couple treatment. More research is needed to examine the relevance of different pairings of partners' and therapists' attitudes towards a therapeutic mandate centered on ambivalence resolution.

The second aim of the present study was to investigate the predictors of couple therapy outcome in a naturalistic setting. Whereas these analyses were conducted on a smaller subset of participants ( $n = 56$  couples), correlational analyses showed that positive outcome for relationship satisfaction was linearly associated with high pre-treatment relationship satisfaction and, for women, with low attachment avoidance. However, when these two variables were considered simultaneously, the effect of attachment avoidance proved nonsignificant over and above those of pre-treatment relationship satisfaction. The nonsignificant effect of romantic attachment avoidance on treatment outcome did not support the hypothesis but is an interesting finding. In fact, this suggests that elevated attachment avoidance might not impede the attainment of a positive outcome in couple



therapy. It may be that the experienced therapists in our study felt the discomfort of highly avoidant individuals and did something to keep them productively involved in treatment. Further research should replicate this finding and examine more closely how therapists deal with avoidant partners.

The multivariate analyses conducted with the Actor-Partner Interdependence Model (Kenny et al., 2006) led to two significant observations. First, there was an actor effect revealing that for both women and men, positive outcomes were predicted by elevated initial relationship satisfaction. This finding is consistent with previous research (Johnson & Talitman, 1997; Snyder et al., 1993). Second, a gender-specific partner effect was observed whereby women's elevated relationship satisfaction at intake was negatively related to men's relationship satisfaction at termination, but only for the most dissatisfied men. This is an intriguing finding that can be related to the hypothesis that women are the barometers of close relationships (Doss et al., 2003). Women tend to be more easily engaged in the process of therapy (Dienhart, 2001), desire more change in the relationship (Jacobson & Christensen, 1996), recognize marital problems faster than men do (Doss et al., 2003), and introduce more topics in sessions than men do (Werner-Wilson, Zimmerman, & Price, 1999). Thus, women satisfied with their relationship may be less likely to take an active part in couple treatment – pursuing relevant and sensitive issues for both partners – a fact which could increase the risks that for dissatisfied men, some major couple issues will be neglected, leaving them less satisfied at the end of therapy.

Finally, the current study was limited in a number of ways. First, sample size was small in the prediction of outcome section, due to the 32% attrition in post-treatment measure completion. This is frequent in naturalistic studies where clients are not specifically recruited for a research project and are not paid to participate, but should be addressed in the future. Second, termination status was assessed by therapists only. Since clients and therapists often diverge on their perception of goal attainment (Barrett et al., 2008), it would be relevant to include client's opinion on reasons for termination. Third, the current investigation was limited to pre-treatment client variables and therapeutic mandate as predictors of couple therapy dropout and outcome. Predictors that have been previously related to treatment progress, such as the therapeutic alliance (Knobloch-Fedders, Pinsof, &

Mann, 2007), should be included in future investigations. Fourth, we did not control for type of treatment provided by therapists, which might be a variable related to completion or outcome. However, all therapists used one of three evidence-based approaches to couple therapy, mostly cognitive-behavioral couple therapy (Christensen et al., 2005; Snyder et al., 2006). Finally, the assessment of romantic attachment at treatment termination would have been relevant, as couple therapy might have the direct or indirect effect of increasing attachment security (Johnson & Whiffen, 1999). Despite those limitations, the current study contributed to the field by examining romantic attachment representations as a predictor of couple therapy premature disengagement and outcome in a clinically representative setting, and by bringing forward the need for future studies to investigate the ambivalence resolution therapeutic mandate.

## References

- Allgood, S. M., & Crane, D. R. (1991). Predicting marital therapy dropouts. *Journal of Marital and Family Therapy, 17*, 73-79.
- Allgood, S. M., Parham, K. B., Salts, C. J., & Smith, T. A. (1995). The association between pretreatment change and unplanned termination in family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 23*, 195-202.
- Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W. H., Doss, B. D., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 893-903.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 247-267.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Baucom, D. H., & Aiken, P. A. (1984). Sex role identity, marital satisfaction, and response to behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 438-444.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K., Daiuto, A., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Beach, S. R. H., Fincham, F. D., Amir, N., & Leonard, K. E. (2005). The taxometrics of marriage: Is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology, 19*, 276-285.
- Boddington, S. J. A. (1995). Factors associated with drop-out from a couples therapy clinic. *Sexual and Marital Therapy, 10*, 321-327.

- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*, 475-493.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Baucom, D. H., Vu, C. T., & Stanton, S. (2005). Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *Journal of Family Psychology, 19*, 6-17.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 165-190.
- Davila, J., Bradbury, T. N., & Fincham, F. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships, 5*, 467-484.
- Davis, H., & Dhillon, A. M. (1989). Prediction of early attrition from couple therapy. *Psychological Reports, 65*, 899-902.
- Denton, W. H., Burlison, B. R., Clark, T. E., Rodriguez, C. P., & Hobbs, B. V. (2000). A randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 65-78.
- Dienhart, A. (2001). Engaging men in family therapy: Does the gender of the therapist make a difference? *Journal of Family Therapy, 23*, 21-45.
- Doss, B. D., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2003). Who's dragging their feet? Husbands and wives seeking marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 165-177.
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). Marital therapy, retreats, and books: The who, what, and why of relationship help-seeking. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*, 18-29.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance - A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*, 421-434.

- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships, 1*, 333-348.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., & Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 841-845.
- Heavey, C. L., Christensen, A., & Malamuth, N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 797-801.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton & Company.
- Jacobson, N. S., Follette, C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 518-522.
- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunnel/Mazel.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. E. (1999). Made to measure: Adapting emotionally focused couple therapy to partners' attachment styles. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 366-381.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 245-257.
- Kurdek, L. A. (2008). Change in relationship quality for partners from lesbian, gay male, and heterosexual couples. *Journal of Family Psychology, 22*, 701-711.
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux [Bidimensional assessment of romantic attachment]. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 56-60.

- Le Bourdais, C., & Lapierre-Adamecyk, E. (2004). Changes in conjugal life in Canada: Is cohabitation progressively replacing marriage? *Journal of Marriage and Family, 66*, 929-942.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1041-1054.
- Mendonca, J. D., Lumley, P., & Hunt, A. (1982). Brief marital therapy outcome: Personality correlates. *Canadian Journal of Psychiatry, 27*, 291-295.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Pinsof, W., & Wynne, L. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 1-8.
- Poitras-Wright, H., & St-Père, F. (2004). Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale [A therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]. Unpublished document.
- Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2004). Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 414-424.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment, 2*, 333-337.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590-646). New York: John Wiley & Sons.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 6-14.

- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology, 51*, 1-28.
- Snyder, D. K., Heyman, R. E., & Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment, 17*, 288-307.
- Snyder, D. K., Mangrum, L. F., & Wills, R. M. (1993). Predicting couples' response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 61-69.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Tambling, R. B., & Johnson, L. N. (2008). The relationship between stages of change and outcome in couple therapy. *The American Journal of Family Therapy, 36*, 229-241.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., et al. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research, 16*, 106-121.
- Tremblay, N., Wright, J., Mamodhoussen, S., McDuff, P., & Sabourin, S. (2008). Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research: A feasibility study. *The American Journal of Family Therapy, 36*, 137-148.
- Waldron, H. B., Turner, C. W., Barton, C., Alexander, J. F., & Cline, V. B. (1997). Therapist defensiveness and marital therapy process and outcome. *The American Journal of Family Therapy, 25*, 233-243.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *The American Journal of Family Therapy, 33*, 207-223.
- Werner-Wilson, R. J., Zimmerman, T. S., & Price, S. J. (1999). Are goals and topics influenced by gender and modality in the initial marriage and family therapy session? *Journal of Marital and Family Therapy, 25*, 253-262.
- Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 745-755.

- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and practice, 24*, 190-195.
- Wright, J., Sabourin, S., Lussier, Y., & Poitras-Wright, H. (2008). La psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale [Cognitive-behavioral couple therapy]. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 225-275). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhoussen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.



Table I

*Univariate Analyses Comparing Completers and Dropouts on Relationship Satisfaction, Attachment Avoidance, Attachment Anxiety, and Therapeutic Mandate*

Variables	Completion		Dropout		$F(1, 139)$	$\eta^2$	$\chi^2$
	$M(SD)$	$N$	$M(SD)$	$N$			
Relationship satisfaction					8.14**	.06	
Men	93.94 (14.93)		88.17 (20.86)				
Women	92.75 (15.21)		82.80 (16.63)				
Attachment avoidance					.12	.00	
Men	2.80 (.86)		2.87 (.92)				
Women	2.88 (.97)		2.92 (1.10)				
Attachment anxiety					.00	.00	
Men	3.30 (.97)		3.41 (.98)				
Women	3.93 (1.00)		3.83 (.98)				
Mandate							
Alleviation of distress		86		20			8.11**
Ambivalence resolution		20		15			

\*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Table II  
*Intercorrelations for the Study Variables*

Variables	1	2	3	4
1. Pre-treatment relationship satisfaction	.48***	-.43***	-.19	.45***
2. Attachment avoidance	-.44***	.10	.25	-.29*
3. Attachment anxiety	-.19	.15	-.16	.03
4. Post-treatment relationship satisfaction	.56***	-.11	-.02	.52***

*Note.* Correlations for men appear below the diagonal and correlations for women appear above the diagonal. Correlations along the diagonal are between dyad members.

\*  $p < .05$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Table III

*Actor and Partner Effects of Pre-Treatment Relationship Satisfaction on Post-Treatment Relationship Satisfaction*

Predictor variables	Estimate	SE	<i>t</i>
<i>Pre-treatment relationship satisfaction</i>			
Actor effects			
Men's pre-treatment satisfaction → Men's post-treatment satisfaction	.73	.12	6.38***
Women's pre-treatment satisfaction → Women's post-treatment satisfaction	.32	.14	2.23*
Partner effects			
Women's pre-treatment satisfaction → Men's post-treatment satisfaction	-.38	.13	-2.84**
Men's pre-treatment satisfaction → Women's post-treatment satisfaction	.21	.12	1.73
Interaction effects			
Men's pre-treatment satisfaction x Women's pre-treatment satisfaction → Men's post-treatment satisfaction	.02	.01	2.88**
Women's pre-treatment satisfaction x Men's pre-treatment satisfaction → Women's post-treatment satisfaction	.01	.01	1.69

*Note.* We report all effects as unstandardized regression coefficients.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

## **Conclusion**

## Résumé de la thèse

### *Rappel des principaux résultats*

L'objectif général de cette thèse était d'examiner le lien entre l'attachement amoureux, la satisfaction conjugale, le mandat thérapeutique et le résultat de la thérapie conjugale telle que conduite en milieu naturel. Dans le premier article, le lien entre l'attachement amoureux et la satisfaction conjugale a été examiné auprès d'un échantillon de couples en détresse débutant une thérapie conjugale. Confirmant les hypothèses, les analyses ont démontré que les couples en détresse rapportent significativement plus d'évitement de la proximité que les couples non en détresse, alors qu'aucune différence n'est observée entre les groupes quant au niveau d'anxiété d'abandon. De plus, le lien négatif entre l'évitement et la satisfaction conjugale était de plus grande magnitude que le lien entre l'anxiété et la satisfaction, mais uniquement pour les couples en détresse. Ces résultats suggèrent qu'un fort niveau d'évitement de la proximité (et non d'anxiété d'abandon) serait une caractéristique distinctive des couples en détresse et que cet évitement aurait un impact particulièrement négatif sur l'ajustement conjugal de ces couples. Ces résultats mettent de l'avant la nécessité pour les thérapeutes conjugaux d'évaluer l'attachement amoureux des conjoints au début de l'intervention et d'être particulièrement attentifs aux indices d'évitement de la proximité.

Dans le deuxième article, la prédiction du résultat de la thérapie conjugale en milieu naturel a été étudiée. Les prédicteurs examinés étaient les variables démographiques, l'attachement amoureux, la satisfaction conjugale pré-traitement et le mandat thérapeutique. Les résultats ont démontré que les couples poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence sont fortement à risque d'abandonner la thérapie avant que les objectifs n'aient été atteints. De même, un niveau de détresse conjugale élevé chez la femme a été lié à une plus forte probabilité d'abandon. Ces résultats soulignent l'importance de mener plus d'études afin d'identifier les besoins spécifiques des couples ambivalents et des couples très perturbés et de mieux comprendre le processus les menant à l'abandon. Par ailleurs, les résultats ont démontré que le meilleur prédicteur du résultat de la thérapie chez les couples poursuivant un mandat de réconciliation demeure la satisfaction

conjugale pré-traitement, et ce, malgré l'inclusion d'une variable théoriquement liée à l'ajustement conjugal telle l'attachement amoureux. En effet, contrairement à ce qui avait été prédit, l'attachement amoureux ne semble pas être associé à la satisfaction conjugale post-traitement, ce qui suggère que l'insécurité d'attachement des conjoints n'empêcherait pas un résultat positif à la fin de la thérapie.

### *Synthèse des résultats obtenus à travers la thèse*

#### *Attachement amoureux et satisfaction conjugale*

Considérés dans leur ensemble, les résultats de l'article 1 indiquent que l'insécurité d'attachement est fortement liée à la détresse conjugale chez les couples qui se présentent en thérapie, alors que les résultats de l'article 2 suggèrent que cette variable semble avoir sommes toutes peu d'effet sur le résultat de la thérapie. Ceci porte à croire que l'insécurité d'attachement ne nuirait pas au pronostic des couples en thérapie, malgré qu'elle soit associée à leur détresse conjugale au début de la consultation. Une première explication possible à ce résultat pourrait être que certaines variables comme l'attachement amoureux sont de piètres prédicteurs du succès de la thérapie étant donné que l'intervention amène justement un changement au niveau de ces variables (Atkins *et al.*, 2005). Dans une étude sur les prédicteurs du changement en TCCB, Atkins et ses collègues ont obtenu un résultat similaire à celui discuté ici : des variables interpersonnelles (incluant une mesure du niveau de proximité ou de distance souhaité dans une relation conjugale) étaient fortement associées à la satisfaction conjugale pré-traitement, mais avait une très faible influence sur la satisfaction conjugale post-traitement. Ainsi, comme l'attachement des conjoints peut être directement ou indirectement modifié par la thérapie (comme il sera discuté à la page 103), il est possible que l'influence de l'attachement amoureux sur le résultat de la thérapie soit de ce fait limitée.

Par ailleurs, il est aussi vraisemblable que les thérapeutes expérimentés ayant participé à cette recherche aient adapté leurs interventions, volontairement ou intuitivement, en fonction de l'attachement des conjoints, pour ainsi maintenir l'engagement des couples en thérapie et amener un changement. En ce sens, Hardy, Stiles, Barkham et Startup (1998) ont trouvé que les thérapeutes s'adaptent au style relationnel des clients en thérapie

individuelle, en utilisant plus d'interventions affectives et relationnelles avec les clients ayant les caractéristiques de l'attachement anxieux et plus d'interventions cognitives avec les clients ayant les caractéristiques de l'attachement évitant, pour ainsi obtenir des résultats similaires chez les deux groupes au post-traitement. De même, McBride, Atkinson, Quilty et Bagby (2006) ont trouvé que les individus évitants répondent mieux à la thérapie cognitive-comportementale qu'à la thérapie interpersonnelle, possiblement parce que le focus sur les relations dans la thérapie interpersonnelle peut être trop confrontant pour les clients évitants, qui justement tendent à nier leurs besoins d'attachement et l'importance des relations. Des manuels de traitement récents en thérapie conjugale recommandent d'ailleurs l'évaluation de l'attachement amoureux des conjoints et l'adaptation des interventions thérapeutiques pour tenir compte de ces particularités (Wright, Sabourin, *et al.*, 2008). De plus, les thérapeutes qui ont participé à l'étude se décrivent tous comme éclectiques : ils appliquent des modèles d'intervention reconnus de façon flexible et choisissent les interventions à adopter en fonction des besoins spécifiques des clients, dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour chaque couple (Gurman & Fraenkel, 2002). Ainsi, il est fort probable que ces thérapeutes aient opté pour des interventions plus émotives avec les conjoints anxieux et plus cognitives avec les conjoints évitants et que, de cette façon, l'attachement des conjoints ait influencé le processus de la thérapie (p. ex., formation de l'alliance, rythme des changements, thèmes abordés, etc.), sans pour autant nuire à l'obtention d'un résultat final positif.

Toutefois, ces interprétations demeurent hypothétiques et il est aussi possible que l'absence de résultats significatifs concernant le lien entre l'attachement amoureux et le résultat de la thérapie signifie simplement que l'attachement des clients ne constitue pas une variable susceptible d'influencer le résultat de la thérapie. En ce sens, les résultats de Johnson et Talitman (1997) concernant l'influence de l'attachement des conjoints sur le résultat de la TCCE ont été mitigés. La présente recherche devra évidemment être répliquée dans le futur, d'autant plus que cette étude était la première à examiner l'effet de l'attachement amoureux sur le résultat de la thérapie conjugale d'approche intégrative.

*Différences hommes – femmes*

À travers cette recherche, quelques effets de genre ont été observés et méritent d'être discutés. En général, les études antérieures ont trouvé que les femmes rapportent en moyenne plus d'anxiété d'abandon et les hommes plus d'évitement de la proximité (p. ex., Brassard *et al.*, 2007; Feeney & Hohaus, 2001), ce qui est cohérent avec les stéréotypes de genre. En effet, les femmes sont socialisées à être plus émotives et orientées vers les relations, alors que les hommes sont encouragés à être plus indépendants et autonomes (Shaver *et al.*, 1996). Les résultats de cette recherche suggèrent que l'insécurité d'attachement discordante avec le stéréotype de genre (c.-à-d., évitement chez une femme et anxiété chez un homme) aurait un effet plus négatif sur la satisfaction conjugale et sur la continuité de la thérapie que l'attachement concordant avec le stéréotype de genre, parmi les couples en détresse. En effet, dans l'article 1, l'évitement (et non l'anxiété) de la femme a été lié à l'insatisfaction de l'homme et l'anxiété (et non l'évitement) de l'homme a été liée à l'insatisfaction de la femme, chez les couples en détresse. Dans l'article 2, l'anxiété de l'homme (et non celle de la femme) a été associée à une plus grande probabilité d'abandonner la thérapie, lorsque combinée à une forte insatisfaction conjugale chez la femme. Comme discuté dans l'article 1 (page 44), les résultats des études antérieures ont été variables quant à l'influence de l'attachement discordant au stéréotype de genre sur la satisfaction conjugale du partenaire (p. ex., Feeney, 1994; Kachadourian, Fincham, & Davila, 2004; Lussier, Sabourin, & Turgeon, 1997). De plus, aucune autre étude que celle-ci n'a examiné l'influence de l'attachement des conjoints sur l'abandon de la thérapie conjugale. Ainsi, il apparaît nécessaire de répliquer cette recherche afin de vérifier l'hypothèse d'un effet négatif de l'attachement discordant au stéréotype de genre sur le fonctionnement conjugal et sur le déroulement de la thérapie, tel que suggéré par les résultats de cette thèse.

Par ailleurs, une autre différence de genre observée dans cette recherche a été que le niveau de satisfaction conjugale atteint par l'homme à la fin de la thérapie semble lié au niveau de satisfaction initial de sa conjointe, particulièrement lorsque celui-ci est très insatisfait de la relation au début de la consultation. À l'inverse, le niveau de satisfaction conjugale de la femme au post-traitement ne semble pas influencé par le niveau de



satisfaction initial de l'homme. Ce résultat devra évidemment être répliqué, d'autant plus que cette étude est à notre connaissance la seule à avoir effectué des analyses permettant d'évaluer l'effet de la satisfaction conjugale pré-traitement d'un conjoint sur le résultat de la thérapie pour l'autre conjoint. Prises dans leur ensemble, ces différences hommes – femmes soulignent la nécessité de considérer le genre dans l'évaluation de la dynamique conjugale autant que dans l'examen du processus ou du résultat de la thérapie. À cet égard, des modèles d'analyses dyadiques comme l'APIM (Kenny *et al.*, 2006) apparaissent tout indiqués, puisqu'ils permettent d'évaluer des effets croisés entre les partenaires.

### **Implications cliniques**

Au niveau clinique, plusieurs recommandations peuvent être tirées des résultats obtenus dans cette thèse. De plus, comme la recherche a été menée en milieu naturel, les résultats peuvent être généralisés à la pratique habituelle des psychologues offrant de la thérapie conjugale au Québec, ou, du moins, à celle des psychologues œuvrant en bureau privé<sup>7</sup>.

### *Évaluation de l'attachement amoureux des conjoints*

D'abord, les résultats présentés dans le premier article de cette thèse soulignent l'importance pour les thérapeutes d'évaluer l'attachement amoureux des conjoints au début de la thérapie, comme celui-ci est associé à leur détresse conjugale. L'évaluation de l'attachement peut aider les thérapeutes à mieux comprendre la dynamique du couple et à mieux cerner les patrons interactionnels qui amènent la détresse (Davila, 2003; Davila & Levy, 2006). Par exemple, un couple formé d'une femme ayant un attachement anxieux et d'un homme ayant un attachement évitant peut facilement se retrouver coincé dans une dynamique approche – retrait, où la femme se sent constamment rejetée et cherche à se rapprocher alors que l'homme se sent constamment envahi et cherche à s'éloigner. La théorie de l'attachement permet au thérapeute de comprendre ce patron en termes de besoins d'attachement non répondus et de tentatives inefficaces pour rétablir un sentiment

---

<sup>7</sup> Comme mentionné dans l'introduction de la thèse, 80% des psychologues qui pratiquent la thérapie conjugale au Québec travaillent en bureau privé (Lamarre & Lussier, 2007).

de sécurité (Johnson, 2003a). De plus, fournir aux conjoints une compréhension de leur dynamique et de leur détresse en termes d'attachement peut aider à apaiser leur souffrance, en amenant une perspective globale sur la dynamique et une vision non pathologique des besoins d'attachement (Lafontaine *et al.*, 2008).

L'évaluation de l'attachement amoureux des conjoints peut se faire au moyen d'un questionnaire auto-rapporté comme le Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (Brennan *et al.*, 1998) ou par des entrevues cliniques (Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006). Par exemple, l'exploration des préférences de chacun pour le niveau de proximité et de distance dans le couple peut informer le thérapeute sur l'attachement des conjoints, sachant que la recherche d'une grande proximité est typique de l'anxiété d'abandon et que la préférence pour le maintien d'une grande distance caractérise l'évitement de la proximité. De même, un sentiment d'abandon ou de rejet intensivement activé par des événements plutôt bénins signalerait l'anxiété d'abandon, alors qu'un sentiment récurrent d'être envahi par l'autre ou encore la mise à distance des émotions dans des situations normalement perturbantes seraient des indices d'évitement de la proximité. De plus, l'investigation de l'historique de chacun, en particulier de la relation parent – enfant, peut aussi amener des pistes d'information au thérapeute quant aux orientations d'attachement des conjoints. Évidemment, il importe que le thérapeute ait suffisamment de connaissances sur la théorie de l'attachement et sur son utilité en lien avec les dynamiques conjugales pour d'abord identifier les orientations d'attachement des conjoints, puis comprendre comment celles-ci interagissent pour créer une dynamique de couple particulière<sup>8</sup>.

### ***Prévention de l'abandon en thérapie***

Par la suite, le deuxième article de cette thèse a permis d'identifier certaines variables associées à l'abandon de la thérapie. Des recommandations cliniques seront maintenant présentées afin de favoriser la rétention des clients en thérapie conjugale. Toutefois, en l'absence de données documentant le processus par lequel les couples en

---

<sup>8</sup> Le lecteur peut consulter Johnson et Whiffen (2003) pour une discussion sur l'utilité et l'application de la théorie de l'attachement en thérapie conjugale.

viennent à prendre la décision d'abandonner, il est difficile d'identifier clairement quelles interventions thérapeutiques peuvent promouvoir la rétention ou au contraire précipiter l'abandon. Les recommandations sont donc à interpréter en tenant compte de cette limite.

### *Mandat de résolution de l'ambivalence*

Premièrement, les résultats de l'article 2 ont démontré que les probabilités d'abandon de la thérapie sont quatre fois plus élevées lorsque le mandat est la résolution de l'ambivalence que lorsque la thérapie a pour but d'améliorer la relation. Au niveau clinique, ces résultats suggèrent que les thérapeutes devraient être particulièrement vigilants aux indices précurseurs d'abandon avec les couples ambivalents (p. ex., bris dans l'alliance thérapeutique, découragement, sentiment d'humiliation chez un conjoint, etc.) et redoubler d'efforts pour garder ces couples impliqués dans le traitement. Par exemple, le thérapeute peut valider régulièrement à quel point il peut être difficile pour les conjoints de devoir tolérer une situation ambiguë sans savoir combien de séances seront nécessaires pour arriver à une décision. De même, le thérapeute doit être sensible à la frustration et/ou l'humiliation que le conjoint qui désire améliorer la relation peut vivre lorsque confronté aux questionnements de son partenaire, de surcroît devant une tierce personne.

Lorsqu'un seul des conjoints est ambivalent face à l'avenir de la relation, il importe que le thérapeute arrive à solidariser les conjoints dans la poursuite d'un objectif commun, même si à la base leurs objectifs sont fondamentalement différents (c.-à-d., un conjoint veut améliorer la relation alors que l'autre conjoint veut réfléchir aux diverses options). Par exemple, le thérapeute peut faire valoir aux conjoints qu'ils ont tous les deux à gagner à ce qu'une décision bien éclairée soit prise avant de travailler à l'amélioration de la relation et qu'en ce sens le mandat de résolution de l'ambivalence est la meilleure option qui s'offre à eux pour le moment. Ceci dit, le thérapeute doit agir rapidement pour amener un sentiment de progression chez les conjoints et être conscient que le nombre de séances dont il dispose est limité. Puisque la thérapie en mandat de résolution de l'ambivalence est émotionnellement très difficile à tolérer pour les conjoints, il est rare que ceux-ci persévèrent longtemps dans le traitement en l'absence de progrès (H. Poitras-Wright, communication personnelle, juin 2009).

### *Détresse conjugale élevée*

Deuxièmement, un niveau élevé de détresse conjugale chez la femme au pré-traitement a été lié à une augmentation des probabilités d'abandon de la thérapie, particulièrement lorsque combiné à une forte anxiété d'abandon chez l'homme. Au niveau clinique, ceci met de l'avant l'importance pour les thérapeutes de ne pas assumer qu'un niveau élevé de détresse est un motivateur suffisant pour amener les couples à persévérer en thérapie, bien au contraire. D'abord, il est possible que ces couples trouvent trop souffrant de discuter de leur relation perturbée devant le thérapeute et soient rapidement poussés vers l'abandon, préférant éviter de discuter des problèmes plutôt que d'être confrontés à l'ampleur de leurs insatisfactions et de celles de leur partenaire. Suivant cette hypothèse, le thérapeute devrait intervenir de façon à contrôler la quantité et l'intensité des dévoilements d'insatisfactions à chaque séance et demeurer attentif aux réactions émotives des conjoints, afin de s'assurer que ni un ni l'autre des conjoints ne soit submergé d'émotions négatives au-delà de sa capacité à les gérer (Wright, Sabourin, *et al.*, 2008).

Cette difficulté à tolérer l'affect négatif en séance peut être davantage manifeste chez les conjoints ayant une forte anxiété d'abandon, étant donné que ceux-ci sont rapidement débordés par leurs émotions négatives même devant des événements mineurs. De plus, les hommes ayant un attachement anxieux peuvent ressentir une humiliation associée au fait de paraître fragile et vulnérable devant leur conjointe et le thérapeute, ce qui est contraire à l'image de l'homme fort et viril que plusieurs s'imposent. Ainsi, le thérapeute conscient de l'attachement anxieux d'un homme pourrait aider celui-ci à mieux gérer ses émotions négatives, à s'auto-apaiser et à graduellement pouvoir tolérer une charge émotive plus forte en séance. Afin de prévenir l'abandon, le thérapeute devra s'assurer de trouver un juste équilibre entre permettre à la femme en détresse d'exprimer ses insatisfactions et limiter la charge affective exprimée afin de ne pas submerger l'homme d'émotions négatives.

Par ailleurs, les couples très perturbés débutent souvent la thérapie en crise, découragés face à l'avenir de leur relation et accordant une dernière chance au couple par la consultation. Il est alors primordial que le thérapeute agisse rapidement pour, d'une part, engager chacun des conjoints dans le processus thérapeutique et, d'autre part, redonner

rapidement une lueur d'espoir à ces individus en détresse. Comme les couples gravement perturbés sont souvent divisés, le thérapeute doit d'abord travailler à bâtir une alliance individuellement avec chacun des conjoints (par exemple en validant la souffrance et la perception de chacun), étant donné qu'à prime abord le développement d'une alliance avec le couple comme unité est peu probable. De plus, le thérapeute doit rapidement amener un changement tangible pour le couple, que ce soit au niveau cognitif, émotif ou comportemental. Par exemple, le thérapeute peut amener les conjoints à adopter une vision solidaire du problème ou des objectifs, à accéder brièvement à l'émotion douce qui se cache sous la colère ou à s'entendre sur un changement comportemental précis et simple. Devant l'intensité de la souffrance et du désespoir, il est essentiel que le thérapeute fragmente l'objectif général en sous-objectifs atteignables, afin de permettre aux conjoints de vivre des succès et de croire en la possibilité que leur détresse peut diminuer (H. Poitras-Wright, communication personnelle, juin 2009). Ces sous-objectifs doivent toujours être présentés en lien avec l'objectif plus général, afin de motiver les conjoints à accomplir ce léger changement, lequel peut autrement leur apparaître futile étant donné l'ampleur de leur souffrance.

Malgré tout, il demeure possible que le niveau élevé de détresse dévoilé en séance amène les conjoints (ou un des conjoints) à abruptement mettre un terme à la relation et, par le fait même, à la thérapie. Ce scénario semble être plus fréquent lorsque la femme vit une grande détresse et remet en question la poursuite de la relation dès le début de la consultation (H. Poitras-Wright, communication personnelle, juin 2009). Cette observation clinique est d'ailleurs cohérente avec le résultat obtenu dans cette recherche selon lequel le niveau de détresse initial de la femme (et non celui de l'homme) est lié à une augmentation significative des probabilités d'abandon de la thérapie. Comme les femmes sont généralement responsables des démarches liées à la consultation (Doss, Atkins, & Christensen, 2003) et que les hommes sont en moyenne plus réticents à consulter (Moynihan & Adams, 2007), il est vraisemblable que la poursuite de la thérapie dépende essentiellement de la motivation de la femme. En ce sens, il est probable que les femmes très insatisfaites de leur relation soient plus enclines à y mettre fin rapidement et à conséquemment interrompre la thérapie. Bien qu'il soit possible pour un couple de décider de se séparer sans toutefois mettre fin à la thérapie, l'expérience clinique démontre que les

conjoint(s) refusent généralement de poursuivre les séances suivant l'annonce de la séparation, malgré qu'un mandat de séparation leur soit proposé (acceptation de la nouvelle réalité, mise en place de conditions pour une séparation harmonieuse). Les raisons habituellement invoquées par les conjoints sont qu'ils n'ont plus envie de discuter de la relation ou qu'ils trouvent trop difficile d'assister à une séance en compagnie de leur ex-conjoint(e).

### *Pronostic en fonction des variables des clients*

En ce qui concerne la prédiction du succès de la thérapie, les résultats du deuxième article de la thèse ont démontré qu'une insatisfaction conjugale élevée au pré-traitement est associée à une plus faible satisfaction conjugale au post-traitement, mais que l'insécurité d'attachement (anxiété d'abandon ou évitement de la proximité) ne semble toutefois pas nuire au progrès des couples en thérapie. Cliniquement, ces résultats indiquent quels changements peuvent être attendus de façon réaliste en fonction des caractéristiques initiales des clients. Par exemple, bien que les couples très perturbés puissent progresser en thérapie, le niveau de satisfaction conjugale attendu au post-traitement devrait être inférieur à ce qu'il serait pour un couple moins perturbé. Toutefois, l'absence d'une influence significative de l'attachement amoureux sur la satisfaction conjugale post-traitement laisse croire que même les conjoints les plus insécures peuvent bénéficier de la thérapie et atteindre un niveau de satisfaction conjugale élevé. Ainsi, une conclusion similaire à celle de Baucom, Atkins, Simpson et Christensen (2009) pourrait s'appliquer au lien entre attachement amoureux et résultat de la thérapie :

« l'absence de résultats peut être une bonne nouvelle pour la thérapie de couple. Les perturbations psychologiques individuelles ... ne condamnent pas les couples à un échec en thérapie, même si celles-ci peuvent augmenter le risque que ces couples aient besoin de recourir à la thérapie. » (p. 167, traduction libre).

Au niveau clinique, ces résultats incitent les thérapeutes à demeurer optimistes quant au pronostic des couples composés de conjoints insécures. Toutefois, étant donné que l'insécurité d'attachement est liée à l'insatisfaction conjugale au pré-traitement et que cette dernière constitue le meilleur prédicteur de la satisfaction conjugale au post-traitement, il

est possible que l'attachement insécuré (en particulier un fort évitement de la proximité) ait un effet indirect sur la satisfaction conjugale post-traitement, via la satisfaction conjugale pré-traitement.

Finalement, les résultats de l'article 2 suggèrent que la combinaison homme insatisfait – femme satisfaite au pré-traitement est importante à identifier pour le thérapeute, puisque celle-ci semble nuire à la progression de l'homme en thérapie. Comme les femmes ont tendance à prendre un rôle plus actif en thérapie (Dienhart, 2001; Doss *et al.*, 2003; Moynehan & Adams, 2007) et à amener plus de sujets de discussion en séance (Werner-Wilson, Zimmerman, & Price, 1999), il est possible qu'une femme globalement satisfaite ne mentionne pas certains des enjeux importants pour son conjoint et que celui-ci se retrouve tout aussi insatisfait à la fin du traitement qu'au début, comme les problèmes qui l'affectent n'auront pas été abordés. En ce sens, il semble important pour le thérapeute de contrebalancer la tendance naturelle des conjoints à amener plus ou moins de sujets en séance, en s'assurant que les deux conjoints puissent contribuer au choix des thèmes de discussion. Par exemple, lorsqu'un conjoint a identifié une grande insatisfaction sur un questionnaire auto-rapporté au pré-traitement, mais omet d'introduire le problème en séance, le thérapeute devrait faire un effort particulier pour amener graduellement ce conjoint à suggérer plus de sujets de discussion. Cependant, le thérapeute doit prendre soin de ne pas forcer outre-mesure un conjoint à se dévoiler plus qu'il ne se sente à l'aise de le faire, ce qui risquerait alors de provoquer une rupture dans l'alliance thérapeutique.

En terminant, il importe de rappeler que les recommandations cliniques qui ont été présentées dans cette section sont tirées de résultats obtenus de façon empirique, puis interprétés sur la base de l'expérience clinique de l'auteure et de ses collègues. Ces recommandations doivent donc être comprises en tenant compte de cette limite.

### **Limites de la recherche**

Les résultats de cette thèse doivent être interprétés en considérant certaines limites et celles-ci seront maintenant énumérées et discutées.

### *Caractéristiques des clients*

D'abord, il est à noter que l'échantillon de participants de cette étude a été recruté dans un seul milieu clinique, soit une clinique privée spécialisée en thérapie conjugale, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, les participants étaient en moyenne plus scolarisés et avaient un revenu annuel moyen plus élevé que la moyenne de la population québécoise. En effet, plus de 50% des participants détenaient un diplôme universitaire, alors que moins de 20% de la population québécoise a le même niveau d'éducation (Institut de la statistique du Québec, 2003). De même, le revenu annuel moyen dans cet échantillon se situait dans l'intervalle de 40 000 \$ à 50 000 \$ pour les femmes et de 70 000 \$ à 80 000 \$ pour les hommes, comparé à un revenu annuel moyen de 27 000 \$ pour les femmes et 38 000 \$ pour les hommes dans la population générale (Institut de la statistique du Québec, 2008). Comme la thérapie conjugale en bureau privé est plutôt coûteuse, il n'est pas surprenant de constater que les clients qui y ont recours sont en moyenne plus fortunés. De plus, 91% des participants de cette recherche s'identifiaient comme Canadien(ne)/Québécois(e) et francophone, 2% comme Canadien(ne)/Québécois(e) et anglophone et 7% comme appartenant à une autre communauté ethnique et/ou ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Cet échantillon apparaît ainsi moins culturellement diversifié que l'ensemble de la population québécoise, où la proportion d'immigrants est estimée à 11,5% (Statistique Canada, 2009). Les résultats de cette recherche devront donc être répliqués auprès de couples issus de milieux différents, moins éduqués, moins fortunés et d'origines ethniques plus variées. Une réplification de l'étude en milieu communautaire (p. ex., CLSC ou hôpitaux) amènerait probablement un échantillon plus diversifié, en plus de permettre de généraliser les résultats à différents milieux, au-delà de la clinique privée.

Malgré cette homogénéité des participants au niveau du lieu de recrutement, du revenu, de la scolarité et de l'origine ethnique, l'échantillon de couples ayant participé à cette recherche était par ailleurs très hétérogène sur plusieurs variables. En effet, dans un souci de maximiser la représentativité clinique de l'étude, peu de critères de sélection étaient posés sur les participants, si ce n'est qu'être un couple hétérosexuel, marié ou cohabitant depuis au moins deux ans pour l'article 1, mais sans restriction sur la durée de la



relation pour l'article 2. Toutefois, cette décision n'a pas été sans conséquence pour la validité interne de l'étude. Par exemple, plusieurs participants souffraient de troubles psychologiques comorbides et/ou ont suivi une thérapie individuelle parallèlement à la thérapie conjugale. Il est donc impossible d'exclure la possibilité que ces variables non mesurées aient contaminé les résultats obtenus dans cette recherche (Kazdin, 2003).

De plus, comme la recherche a été menée en milieu clinique, tous les couples recrutés étaient des couples ayant d'eux-mêmes demandé à consulter en thérapie conjugale. Ainsi, le groupe de comparaison utilisé pour l'article 1 était composé de couples en thérapie et non de couples de la population générale, ce qui a constitué une limite tel que précédemment discuté (voir page 44).

### *Absence de contrôle sur le traitement administré*

Une seconde limite importante de cette recherche relève de l'absence de mesures en cours d'intervention. Ainsi, aucun contrôle ni observation n'a pu être exercé sur le type de traitement prodigué par les thérapeutes. Il en résulte qu'il est impossible d'examiner les mécanismes qui ont pu amener certains clients à abandonner la thérapie et d'autres à améliorer leur satisfaction conjugale au cours du traitement. Étant donné que les résultats portent à croire que les thérapeutes ont pu adapter leurs interventions en fonction de l'attachement des clients, l'observation des interventions aurait permis la vérification de cette hypothèse. De même, une mesure des interventions thérapeutiques aurait permis d'examiner si certaines interventions sont associées à l'abandon ou à la complétion de la thérapie.

Par ailleurs, afin de maximiser la représentativité clinique de l'étude et de perturber le moins possible le déroulement normal de la thérapie, aucun manuel de traitement n'a été imposé aux thérapeutes pour cette recherche. Bien que les thérapeutes aient basé leurs interventions sur des modèles généralement reconnus (Gurman & Jacobson, 2002; Wright, Lussier, & Sabourin, 2008), ils étaient libres de choisir et d'adapter les interventions selon leur jugement des besoins des clients, ce qui est typique de la pratique courante des thérapeutes conjugaux (Lambert & Ogles, 2004; Northey, 2009; Pinsof & Wynne, 2000). Toutefois, cette décision prise afin de maximiser la représentativité clinique a eu comme

impact d'amener une lacune dans la validité interne de l'étude, au sens où le type de traitement administré demeure mal défini (Nathan, Stuart, & Dolan, 2000).

### *Absence d'une mesure de l'alliance thérapeutique*

Dans un autre ordre d'idées, l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale est définie comme « les aspects de la relation thérapeutique entre le système du thérapeute et le système du patient qui concernent leurs capacités à s'investir mutuellement et à collaborer en thérapie » (Pinsof & Catherall, 1986, p.139, traduction libre). Trois dimensions composent l'alliance thérapeutique : le lien affectif, l'accord sur les objectifs de la thérapie et l'accord sur les tâches ou moyens permettant d'atteindre ces objectifs. De plus, chacune de ces dimensions s'applique à la relation entre le premier conjoint et le thérapeute, le second conjoint et le thérapeute, le couple et le thérapeute et entre les conjoints (Pinsof, 1995). Les résultats des recherches antérieures ont démontré que l'alliance thérapeutique joue un rôle important dans la rétention des clients (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007) et dans le succès de la thérapie conjugale (Johnson & Talitman, 1997; Knobloch-Fedders *et al.*, 2007; Symonds & Horvath, 2004). La présente recherche se trouve donc limitée par l'absence d'une mesure de l'alliance thérapeutique.

L'inclusion d'une mesure d'alliance aurait pu permettre de mieux comprendre le lien démontré entre le mandat de résolution de l'ambivalence et l'abandon de la thérapie. D'une part, comme la qualité de l'alliance a été liée à la rétention en thérapie conjugale (Knobloch-Fedders *et al.*, 2007), il est plausible que les participants qui ont abandonné la thérapie aient eu au départ une moins bonne alliance avec le thérapeute, mais peut-être aussi avec leur partenaire. D'autre part, l'expérience clinique démontre qu'il est particulièrement difficile de créer une alliance avec les deux conjoints lorsque le mandat est la résolution de l'ambivalence, particulièrement lorsqu'un conjoint se questionne sur la poursuite de la relation alors que l'autre souhaite sauver le couple à tout prix. Les conjoints ayant des objectifs fondamentalement différents, il devient complexe pour les trois parties d'arriver à un accord commun sur les buts et cette même composante de l'alliance risque d'en souffrir (Pinsof, 1995). Ainsi, il est possible que l'alliance thérapeutique soit un

médiateur de la relation entre le mandat de résolution de l'ambivalence et abandon de la thérapie, une hypothèse qui devra être examinée dans une future recherche.

Dans un autre ordre d'idées, des études en thérapie individuelle ont démontré que l'insécurité d'attachement a un effet négatif sur la formation de l'alliance thérapeutique (Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998). À notre connaissance, aucune étude en thérapie conjugale n'a encore examiné l'effet de l'attachement sur le développement de l'alliance, mais Knobloch-Fedders, Pinsof et Mann (2004) ont trouvé que le niveau de détresse vécu dans la famille d'origine est inversement lié à la qualité de l'alliance en thérapie conjugale. De même, Mamodhousen, Wright, Tremblay et Sabourin (2004) ont trouvé que les difficultés interpersonnelles des conjoints affectent la qualité de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale. Sachant, d'une part, que l'attachement se développe à l'origine par les expériences dans la famille d'origine et, d'autre part, que les difficultés interpersonnelles ont été liées à l'insécurité d'attachement (Bartholomew & Horowitz, 1991), il est raisonnable de croire que l'attachement des conjoints pourrait influencer la formation de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale. Malheureusement cette hypothèse n'a pu être examinée dans cette recherche en l'absence d'une mesure d'alliance thérapeutique.

#### ***Absence d'une mesure d'attachement amoureux au post-traitement***

De plus, une prémisse à la base de la théorie de l'attachement est que les représentations mentales de l'attachement demeurent relativement stables au cours d'une vie (Bowlby, 1969). Certains ont proposé qu'un prototype des relations d'attachement serait formé au cours des expériences relationnelles vécues dans l'enfance et que ce prototype affecterait par la suite la façon avec laquelle les individus perçoivent et influencent leur environnement (Carlson, Sroufe, & Egeland, 2004; Fraley, 2002). Autrement dit, les individus auraient tendance à assimiler les expériences nouvelles de sorte à les rendre cohérentes avec leurs représentations mentales existantes (Bowlby, 1973). Cette prémisse a guidée la majorité des recherches en attachement (Davila, Burge, & Hammen, 1997; Kobak & Hazan, 1991). En cohérence avec la littérature existante, l'attachement amoureux a été conceptualisé dans cette thèse comme une caractéristique

personnelle stable et peu susceptible de changer dans le temps. En conséquence, le questionnaire d'attachement amoureux n'a été administré qu'au pré-traitement, comme aucun changement n'était attendu entre le pré- et le post-traitement sur cette variable<sup>9</sup>.

Cependant, la théorie de l'attachement stipule aussi que les représentations mentales demeurent ouvertes à révision en fonction des nouvelles expériences relationnelles marquantes incohérentes avec les représentations mentales existantes (Bowlby, 1969). Collins et Read (1994) définissent une expérience relationnelle comme marquante lorsque celle-ci est de longue durée et/ou émotionnellement significative. Comme la thérapie peut constituer une expérience relationnelle marquante (Schachner, Shaver, & Milkulincer, 2003; Scharfe, 2003), il est raisonnable de s'attendre à ce que la thérapie amène certains clients à modifier leurs représentations mentales d'attachement. Makinen et Johnson (2006) ont examiné cette hypothèse dans une étude au cours de laquelle des couples recevaient 13 séances de TCCE. Ils ont trouvé que les couples qui ont résolu leurs blessures d'attachement à la fin de la thérapie rapportent une augmentation significative de leur satisfaction conjugale entre le pré- et le post-traitement, mais ne démontrent pourtant aucun changement significatif sur une mesure d'attachement amoureux. Les auteurs expliquent l'absence de résultat par le fait que le changement des représentations mentales de l'attachement est un processus graduel et à long terme (Davila *et al.*, 1999; Fraley, 2002), probablement non perceptible dans le court laps de temps entre le pré- et le post-traitement dans cette étude.

D'un autre côté, il est aussi possible que la thérapie conjugale n'ait pas un effet direct sur l'attachement des conjoints, mais plutôt un effet indirect, c'est-à-dire en offrant aux conjoints les outils qui leur permettront subséquemment de modifier leurs représentations mentales d'attachement (Cobb & Bradbury, 2003; Johnson & Whiffen, 1999; Lawrence *et al.*, 1998). Par exemple, l'acquisition d'habiletés de communication permet des échanges plus constructifs, plus riches et plus ouverts entre les conjoints. Ces nouveaux échanges peuvent amener les partenaires à avoir accès à de l'information incohérente avec leurs croyances, ce qui encouragera la révision des représentations

---

<sup>9</sup> Des raisons pratiques limitaient aussi le nombre de questionnaires pouvant être inclus dans la batterie post-intervention, comme il sera discuté plus loin (page 115).

mentales (Kobak & Hazan, 1991). De même, l'acquisition de nouveaux comportements amènera les conjoints à vivre des expériences nouvelles, lesquelles peuvent ensuite entraîner la réorganisation (c.-à-d., l'accommodation) des représentations mentales existantes (Bowlby, 1973; Carlson *et al.*, 2004).

En somme, bien que cette étude soit limitée par l'absence d'une mesure d'attachement amoureux au post-traitement, la théorie (Carlson *et al.*, 2004; Davila *et al.*, 1999; Fraley, 2002) et les résultats antérieurs (Makinen & Johnson, 2006) laissent croire que le délai entre pré- et post-traitement (en moyenne 11 séances) aurait probablement été trop court pour qu'un changement significatif de l'attachement amoureux n'ait pu être observé. En ce sens, une thérapie conjugale à plus long terme (p. ex., Christensen *et al.*, 2004) accorderait peut-être le temps nécessaire pour que des changements au niveau des représentations mentales d'attachement puissent s'opérer et être observés. Il est aussi à signaler que le Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (Brennan *et al.*, 1998) utilisé dans cette étude demandait aux conjoints de répondre en fonction de la manière dont ils vivent *généralement* leurs relations amoureuses, ce qui aurait sans doute obstrué la perception d'un changement récent et possiblement spécifique à cette relation (Davila *et al.*, 1999; Makinen & Johnson, 2006). Un questionnaire évaluant l'attachement amoureux *à ce moment-ci et à ce conjoint-ci* serait plus approprié pour évaluer le changement en cours de thérapie (Eagle, 2006; Makinen & Johnson, 2006). Une telle mesure permettrait aussi de mesurer l'évolution des représentations mentales d'attachement spécifiques à la relation, comme il est possible que celles-ci diffèrent des représentations mentales générales. Il est cependant peu probable que cette différence soit très importante (Brumbaugh & Fraley, 2007; Collins & Read, 1994; Shaver, 2006).

### ***Moment de mesure de l'attachement amoureux***

Dans cette étude, l'attachement amoureux a été mesuré au moment où les conjoints débutaient une thérapie conjugale, soit à un moment où leur détresse était suffisamment envahissante et persistante pour demander une consultation. En moyenne, les couples ont rapporté vivre des difficultés conjugales depuis 5 ans au moment où ils ont débuté la thérapie, ce qui est semblable à ce qui a été rapporté dans les études précédentes (Doss *et*

*al.*, 2004). Or, comme mentionné dans la dernière section, les expériences relationnelles marquantes peuvent amener le changement des représentations mentales associées à l'attachement (Bowlby, 1973; Carlson *et al.*, 2004; Collins & Read, 1994). Puisque les couples ayant participé à la recherche ont rapporté une durée moyenne de la relation de 13 ans et que plus de la moitié des participants ont identifié cette relation comme la seule relation amoureuse significative qu'ils aient vécue, il est fort probable que cette relation conjugale insatisfaisante ait constitué une expérience relationnelle marquante pour la grande majorité des participants. En conséquence, la question se pose à savoir si les conjoints dits insécures dans cette étude étaient insécures avant d'être insatisfaits de leur relation (c.-à-d., l'insécurité d'attachement aurait amené la détresse conjugale) ou si, au contraire, ces conjoints sont devenus insécures à force de vivre une relation conjugale insatisfaisante (c.-à-d., la détresse conjugale aurait amené l'insécurité d'attachement).

Les résultats d'études longitudinales amènent quelques pistes pour répondre à la question de la direction de la relation entre attachement amoureux et satisfaction conjugale. Par exemple, Davila et ses collègues (1999) ont suivi pendant 2 ans des couples nouvellement mariés. Ils ont trouvé que l'attachement insécure amène une diminution de la satisfaction conjugale et qu'une diminution de la satisfaction conjugale amène une augmentation de l'insécurité d'attachement. Ces effets étaient aussi perceptibles d'un conjoint à l'autre : la diminution de la satisfaction d'un conjoint amenait l'augmentation de l'insécurité de l'autre et, à l'inverse, l'insécurité d'un amenait l'insatisfaction de l'autre. Ces résultats supportent l'hypothèse d'une association réciproque entre attachement amoureux et satisfaction conjugale : les représentations mentales d'attachement influenceraient la satisfaction conjugale et la satisfaction conjugale influencerait les représentations mentales d'attachement. Supportant l'hypothèse d'une influence de la dynamique conjugale sur l'attachement, Dinero, Conger, Shaver, Widaman et Larsen-Rife (2008) rapportent une association prospective entre les interactions dans le couple et l'attachement amoureux deux ans plus tard. De même, des changements au niveau de la relation conjugale, comme une séparation (Kirkpatrick & Hazan, 1994), une transition à la parentalité (Feeney, Alexander, Noller, & Hohaus, 2003) ou une période de stress dans la relation (Davila *et al.*, 1997) ont été associés à une augmentation subséquente de l'insécurité d'attachement. À l'inverse, Simpson, Collins, Tran et Haydon (2007), dans une

étude longitudinale de l'enfance à l'âge adulte, proposent un modèle de médiation selon lequel l'attachement développé dans l'enfance aurait une influence indirecte sur le fonctionnement conjugal à l'âge adulte, via le niveau de compétence sociale acquis pendant les années scolaires et le niveau de sécurité dans les relations d'amitiés à l'adolescence.

Considérés dans leur ensemble, les résultats de ces études longitudinales semblent supporter l'hypothèse de l'association réciproque entre attachement amoureux et ajustement conjugal proposée par plusieurs auteurs (p. ex., Davila *et al.*, 1999; Fuller & Fincham, 1995; Kobak & Hazan, 1991). Ainsi, il est possible que l'insécurité des couples du présent échantillon ait amené leur insatisfaction, mais qu'ils soient aussi devenus de plus en plus insécures au cours des années précédant le début de la thérapie, au fil d'expériences relationnelles négatives marquantes et de blessures d'attachement répétées (Makinen & Johnson, 2006). Les résultats des études antérieures amènent quelques pistes de réflexion sur les mécanismes favorisant la stabilité ou à l'inverse le changement des orientations d'attachement, comme il sera maintenant discuté.

Du côté des mécanismes explicatifs de la stabilité de l'attachement, il semblerait que des processus inconscients favorisent le maintien des représentations mentales d'attachement. En effet, certaines personnes peuvent inconsciemment avoir tendance à rechercher, à percevoir et à recréer des situations qui maintiennent leurs croyances (Collins & Read, 1994). Ainsi, il est possible que certains individus insécures aient choisi un conjoint qui confirme leurs perceptions de soi comme non aimable, ou encore leur perception de l'autre comme non disponible (Collins & Read, 1990; Sager, 1976). De même, il est aussi probable que les conjoints agissent dans la relation de façon à confirmer leurs attentes (Collins & Read, 1994; Davila *et al.*, 1999; Feeney, 2008; Fraley, 2002; Johnson, 2007). Par exemple, une personne ayant un attachement anxieux aura tendance à rechercher compulsivement la proximité de son conjoint et à manifester des comportements contrôlants et intrusifs. À l'inverse de ce qui est recherché, cette situation risque de faire fuir le partenaire, lequel peut se sentir étouffé par cette demande de proximité. Ce faisant, le rejet que la personne anxieuse cherchait à éviter se reproduira et confirmera sa crainte, en plus d'alimenter sa vision de soi comme non aimable.

En ce qui concerne les mécanismes liés au changement de l'attachement, il semblerait que les expériences négatives vécues dans la relation puissent graduellement amener la modification des représentations mentales d'attachement vers une plus grande insécurité. Néanmoins, il est peu probable que l'attachement change de façon radicale, étant donné que les relations passées, plus particulièrement les premières relations de l'enfance survenues à une époque pré-verbale, continuent à avoir un effet important sur les représentations mentales contemporaines (Bowlby, 1969; Collins & Read, 1994; Fraley, 2002; Milkulincer & Shaver, 2007). À cet égard, certains auteurs ont suggéré que le changement dans les représentations mentales serait une question de degré plutôt qu'une question de nature (p. ex., Davila *et al.*, 1999; Fraley, 2002). Par exemple, une personne ayant un attachement évitant peut devenir plus ou moins évitante à force de vivre des expériences relationnelles négatives, mais il serait surprenant que cette personne en vienne à avoir un attachement anxieux, étant donné les mécanismes de stabilité précédemment mentionnés.

En somme, compte tenu que l'attachement amoureux a ici été mesuré à un moment de détresse aiguë et persistante, il est possible que plusieurs personnes aient apparues plus insécures (c.-à-d., plus d'anxiété d'abandon et/ou plus d'évitement de la proximité) qu'elles ne l'auraient été si l'attachement avait été évalué avant l'apparition des difficultés conjugales (Baldwin & Fehr, 1995; Davila & Sargent, 2003; Makinen & Johnson, 2006). Les résultats de la présente recherche doivent donc être interprétés en considérant ces limites inhérentes au moment de mesure de l'attachement amoureux.

### *Mesure du résultat de la thérapie*

Dans le cadre de la présente recherche, la définition de l'abandon de la thérapie a été basée uniquement sur le jugement des thérapeutes. Bien que cette définition soit en accord avec les recommandations passées (Garfield, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993), il aurait été intéressant d'examiner également la perception des clients quant au motif de fin de traitement (Bischoff & Sprenkle, 1993). Par exemple, il a été documenté que la perception des thérapeutes et des clients diverge souvent quant au motif de fin de traitement, les thérapeutes ayant tendance à entretenir des attentes plus élevées que leurs



clients et à souhaiter que le traitement dure plus longtemps (Barrett *et al.*, 2008; Pekarik, 1992). De même, il aurait été intéressant d'avoir accès à des données permettant d'identifier lequel des conjoints a initié l'abandon. Il est à noter qu'une question demandant aux conjoints pour quelle raison les consultations se sont terminées était incluse parmi les questionnaires post-intervention. Malheureusement, seulement 10 des 35 couples classés comme un abandon par les thérapeutes ont complété les questionnaires post-traitement, ce qui est trop peu pour permettre des analyses statistiques. À titre indicatif, 6 de ces couples partageaient l'opinion du thérapeute quant au motif de fin par abandon, 2 blâmaient des circonstances externes les empêchant d'assister aux séances, 1 était d'avis que les objectifs avaient été atteints et 1 était divisé dans sa vision du motif de fin (abandon selon la femme, atteinte des objectifs selon l'homme). En ce qui concerne le conjoint initiateur de l'abandon, 2 couples disent avoir pris la décision d'arrêter conjointement et 3 couples pointent l'homme comme initiateur de l'arrêt, alors que 2 autres divergent dans leur vision du motif de fin ou de l'initiateur de l'abandon.

Un limite additionnelle de cette recherche concerne l'utilisation d'une mesure unique pour évaluer le résultat de la thérapie, soit l'Échelle d'ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale; Spanier, 1976). Bien que ce questionnaire auto-rapporté soit l'instrument le plus utilisé en recherche pour évaluer l'ajustement conjugal (Graham *et al.*, 2006), il n'en demeure pas moins qu'il ne permet pas de capturer toutes les facettes du fonctionnement d'un couple. L'Échelle d'ajustement dyadique évalue la perception qu'ont les conjoints de leur relation selon quatre sous-échelles : le consensus, la satisfaction, la cohésion et l'expression affective. Ainsi, le résultat est fortement influencé par les attentes et les idéaux qu'ont les conjoints, ce qui a comme conséquence que la perception de deux conjoints quant à la qualité de leur relation peut parfois être très divergente. L'ajout d'une mesure observationnelle de l'interaction des conjoints comme le Marital Interaction Coding System (Heyman, Weiss, & Eddy, 1995) aurait permis d'amener un point de vue plus objectif sur le fonctionnement conjugal. De même, une mesure d'atteinte des objectifs telle le Goal Attainment Scaling (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) aurait permis d'évaluer le succès de la thérapie de façon personnalisée, en fonction des objectifs uniques à chaque couple (Whisman & Snyder, 1997). Finalement, l'évaluation du bien-être individuel, du bien-être

des enfants et du fonctionnement familial aurait aussi enrichi la mesure du succès de la thérapie (Christensen & Heavey, 1999; Sexton *et al.*, 2004).

### ***Ordre de présentation des questionnaires***

En addition aux limites déjà mentionnées concernant le choix des questionnaires administrés et les moments de mesure, l'ordre utilisé pour la présentation des questionnaires soulève aussi des interrogations. En effet, dans le cadre de cette étude il a été déterminé que les questionnaires seraient présentés à tous les participants selon un ordre fixe. Bien que cette décision ait permis d'assurer une certaine homogénéité entre les participants et d'éliminer une source de variance indésirable, il est possible que l'ordre choisi ait eu un impact sur les données, lequel n'a toutefois pu être évalué. Quelques motifs ont amené à la détermination de l'ordre de présentation des questionnaires dans la batterie pré-intervention, comme il sera maintenant expliqué.

D'abord, il semblait pertinent de débiter la batterie par le questionnaire démographique, puisque celui-ci se complète facilement et est peu intrusif, ce qui peut permettre de préparer graduellement les participants à répondre à des questions plus personnelles et parfois confrontantes par la suite. Ensuite, pour une question de validité apparente, l'Échelle d'ajustement dyadique (DAS; Spanier, 1976) a été placée au second rang dans la batterie tandis que le Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (ECR; Brennan *et al.*, 1998) suivait au troisième rang. Comme les participants ont complété les questionnaires dans le cadre d'un processus d'évaluation en thérapie conjugale, il est probable que le questionnaire sur la relation conjugale actuelle (c.-à-d., le DAS) leur ait apparu très en lien avec le motif de consultation, alors que le questionnaire portant sur la façon de vivre leurs relations amoureuses en général (c.-à-d., l'ECR) peut avoir semblé moins directement pertinent. Afin de soutenir la motivation des participants à compléter l'ensemble de la batterie de questionnaires, il semblait de mise de présenter le questionnaire ayant la meilleure validité apparente au départ et ainsi éviter de lasser les participants dès le commencement par des questionnaires qui ne semblent pas autant reliés à leurs préoccupations du moment.

Néanmoins, il est possible que cet ordre de présentation des questionnaires choisi pour faciliter et encourager la complétion de l'ensemble de la batterie par les participants ait eu un effet sur les réponses données. Par exemple, il est possible que la complétion du DAS (Spanier, 1976) ait influencé les réponses fournies par la suite à l'ECR (Brennan *et al.*, 1998). En effet, comme la complétion du DAS demande aux participants de réfléchir au fonctionnement de leur relation actuelle et à leur degré de satisfaction par rapport à celle-ci, il est raisonnable de croire que les participants aient pu avoir en tête cette relation en particulier (plus que leurs relations amoureuses précédentes) lorsqu'ils ont complété l'ECR. Toutefois, comme mentionné dans l'article 1 (page 45), il est probable que les participants aient répondu à l'ECR en se basant principalement sur leur relation actuelle pour la raison qu'ils étaient fortement préoccupés par cette relation au moment de remplir le questionnaire (c.-à-d., au début de la thérapie), et ce, indépendamment du fait d'avoir ou non complété le DAS au préalable.

Afin de remédier à cette limite, il aurait été intéressant de contrebalancer l'ordre des questionnaires entre les participants. De cette façon, l'effet de la complétion d'un premier questionnaire sur les réponses données au second aurait pu être mesuré et contrôlé.

### *Attrition au post-traitement*

En dernier lieu, cette recherche en milieu clinique est aussi limitée par la perte d'un nombre important de participants entre le pré- et le post-traitement. Dans l'article 2, le taux de rétention rapporté était de 68% parmi les 84 couples en mandat de réconciliation éligibles aux analyses sur la prédiction du résultat de la thérapie. De façon plus globale, 76 des 148 couples qui ont terminé la thérapie entre septembre 2005 et février 2009 ont complété les questionnaires post-traitement, soit un taux de rétention de 51%. Ce taux est comparable à ce qui a été rapporté dans d'autres études sur la thérapie conjugale en milieu naturel : par exemple, Hahlweg et Klann (1997) ont aussi rapporté un taux de rétention de 51%.

En examinant l'attrition au post-traitement, il importe de considérer le contexte dans lequel cette recherche a été menée. Spécifiquement, les couples qui ont participé à la recherche ont été recrutés parmi des clients ayant de leur propre initiative fait des

démarches pour consulter en thérapie conjugale. Comme à l'habitude en pratique privée, ces clients devaient déboursier pour la thérapie. De plus, les fonds disponibles pour la recherche ne permettaient pas qu'une compensation financière soit remise aux clients pour leur participation à l'étude. En comparaison, les études menées en milieu universitaire recrutent généralement des couples spécifiquement pour participer à une recherche et offrent une thérapie gratuite aux clients, parfois en plus de leur remettre une compensation financière pour la complétion des questionnaires (Wright *et al.*, 2007).

Ainsi, il est fort probable que les couples ayant participé à la présente recherche aient été plus intéressés et motivés par le succès de leur démarche thérapeutique que par le respect de leur engagement dans le protocole de recherche. De plus, ces couples ne recevaient que très peu de bénéfices de leur participation à la recherche, si ce n'est que de fournir des informations supplémentaires au thérapeute via la complétion des questionnaires<sup>10</sup>. En comparaison, les couples recrutés spécifiquement dans le contexte d'une recherche en milieu universitaire reçoivent un bénéfice majeur en échange de leur participation à la recherche, soit une thérapie conjugale gratuite. Par ailleurs, les couples recrutés dans la présente recherche n'ont pas fait de démarches actives pour participer à une recherche, mais ont plutôt été informés de l'existence du protocole et encouragés à y prendre part une fois la consultation amorcée. À l'inverse, les couples recrutés en milieu universitaire font généralement des démarches actives pour participer à une recherche : ils répondent à une annonce décrivant un projet de recherche et parfois traversent un long et fastidieux processus de sélection (p. ex., Christensen *et al.*, 2004). L'attitude et la motivation des clients face à la recherche est donc vraisemblablement très différente entre le milieu naturel et le milieu universitaire.

Malgré tout, les meilleures études en milieu universitaire demeurent aux prises avec des données manquantes. Par exemple, Christensen et ses collègues (2004, 2006) ont recruté 134 couples selon des critères strictes et ont offert une thérapie conjugale gratuite

---

<sup>10</sup> Cette utilité des questionnaires était plus évidente au pré-traitement, alors que les questionnaires étaient présentés comme une façon d'enrichir la compréhension clinique du thérapeute et de diminuer le temps nécessaire à l'évaluation clinique. Au post-traitement, comme les questionnaires ont souvent été complétés après la fin de la thérapie, le contact avec le thérapeute était déjà interrompu et les clients ne bénéficiaient plus du fait que le thérapeute reçoive un complément d'information à leur sujet.

dans le cadre d'un protocole de recherche, en plus de rémunérer les couples pour la complétion des questionnaires. Ces conditions favorables ont mené à de haut taux de réponse (81% à 97% à travers les différents temps de mesure), mais certains couples ont tout de même prématurément retiré leur participation à l'étude. Dans ce contexte, le taux de rétention de 51% des clients au post-traitement dans la présente recherche en milieu naturel est considérable, même s'il demeure néanmoins problématique.

### *Facteurs liés à l'attrition*

Afin de mieux comprendre le phénomène d'attrition dans cette recherche, les taux de rétention au post-traitement pour divers sous-groupes de clients ont été examinés et seront présentés dans les prochains paragraphes. Des hypothèses seront aussi proposées quant au processus ayant pu mener certains couples à interrompre leur participation à la recherche.

En premier lieu, seulement 24% des couples qui se sont séparés suite à la consultation ont complété les questionnaires post-intervention, en comparaison avec 56% des couples qui sont demeurés ensemble,  $\chi^2(1, N = 148) = 7.43, p < .01$ . Les couples qui se séparent vivent souvent une grande détresse à la fin de la thérapie (particulièrement lorsque la décision a été prise unilatéralement par un des conjoints) et font face à un changement de vie majeur. Il est donc probable que de respecter leur engagement dans la recherche soit loin d'être une priorité pour eux, dans cette période particulièrement difficile de leur vie (Christensen & Heavey, 1999). De plus, les thérapeutes ont dans quelques cas spécifiquement demandé de ne pas administrer les mesures post-traitement aux couples qui quittaient la thérapie en grande détresse, pour éviter d'ajouter un stress supplémentaire à leurs clients. Tel que documenté par le passé, le souci des thérapeutes de protéger leurs clients, quoique bien sûr souhaitable d'un point de vue clinique, fait partie des facteurs limitant la participation lors d'une collecte de données en milieu clinique (Sandberg *et al.*, 2002).

En deuxième lieu, l'abandon de la thérapie apparaît lié à l'abandon de la recherche : seulement 28% des couples qui ont abandonné la thérapie ont complété les questionnaires post, versus 61% de ceux qui ont complété la thérapie,  $\chi^2(1, N = 144) = 12.04, p < .001$ . Il

est possible que les couples qui abandonnent la thérapie soient en moyenne plus insatisfaits des services reçus (Pekarik, 1992) et ainsi soient moins enclins à donner de leur temps pour participer à la recherche, comme celle-ci est souvent perçue comme indissociable de la thérapie par les clients (McCollum *et al.*, 1996). Certains thérapeutes ont pris l'habitude de demander aux clients de compléter les questionnaires post-intervention avant la dernière séance, de façon à pouvoir leur communiquer les résultats lors du bilan final. Cette façon de procéder peut contribuer à augmenter la motivation des couples pour la complétion des mesures post-intervention, comme ils retirent alors un bénéfice immédiat de leur participation. Comme l'abandon n'est pas prévu par le thérapeute, il est impossible pour celui-ci d'administrer les questionnaires post-intervention avant la dernière séance et de faire part des résultats aux clients, ce qui pourrait expliquer le plus haut taux d'attrition chez les couples qui ont interrompu les séances sans préavis.

En troisième lieu, les couples poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence semblent dans cette recherche moins susceptibles de compléter les questionnaires post-intervention que ceux poursuivant un mandat de réconciliation. En effet, 31% des couples en mandat de résolution de l'ambivalence ont complété les questionnaires de fin de traitement, versus 59% des couples en mandat de réconciliation,  $\chi^2(1, N = 147) = 8.54, p < .01$ . De plus, cette différence ne semble pas être un artéfact du plus haut taux de séparation ou d'abandon de la thérapie chez les couples en mandat de résolution de l'ambivalence, puisque les mêmes proportions demeurent lorsque les couples séparés ou ayant abandonné sont exclus. Comme les conjoints poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence ont dans la majorité des cas des objectifs divergents (un souhaite améliorer la relation alors que l'autre veut y réfléchir), la création d'une alliance thérapeutique positive avec chacun est très complexe. Ces conjoints ont souvent tendance à être hypervigilants à l'attitude du thérapeute, surveillant le moindre signe qui pourrait indiquer que le thérapeute prend partie pour l'autre. De plus, il est possible que le travail du thérapeute apparaisse plus désorganisé en mandat de résolution de l'ambivalence qu'en mandat de réconciliation, puisque, par définition, une thérapie conjugale visant à résoudre l'ambivalence doit composer avec les mouvements de va-et-vient typiques de l'ambivalence (H. Poitras-Wright, communication personnelle, juin 2009). En conséquence, il est possible que les conjoints terminent la thérapie en ayant moins l'impression d'avoir été aidés que les couples qui ont amélioré leur

relation. Comme mentionné précédemment, il est probable que les couples moins satisfaits des services reçus soient aussi moins enclins à compléter les questionnaires post-intervention, percevant souvent la participation à la recherche comme une extension de la thérapie (McCollum *et al.*, 1996).

En terminant, deux variables reliées aux clients semblent associées à l'attrition au post-traitement : la satisfaction conjugale pré-traitement et le nombre d'enfants à la maison. Les couples ayant complété les questionnaires post-intervention rapportaient en moyenne un niveau plus élevé de satisfaction conjugale au début de la thérapie ( $M = 94.3$ ,  $ET = 13.3$ ) que ceux qui ne l'ont pas fait ( $M = 87.6$ ,  $ET = 14.6$ ),  $t(146) = 2.90$ ,  $p < .01$ . Cependant, cette association semble être liée à l'attrition plus élevée en mandat de résolution de l'ambivalence puisque, comme rapporté dans l'article 2 (page 71), le niveau de satisfaction conjugale pré-traitement n'est pas significativement associé à l'attrition chez les couples poursuivant un mandat de réconciliation. De plus, les couples ayant complété les questionnaires post-intervention avaient en moyenne moins d'enfants à la maison ( $M = 1.44$ ,  $ET = 1.03$ ) que ceux qui n'ont pas complété ces questionnaires ( $M = 1.83$ ,  $ET = 1.10$ ),  $t(143) = 2.24$ ,  $p < .05$ . En effet, 65% des couples vivant sans enfant ont complété les questionnaires post-intervention, en comparaison avec 53% des couples vivant avec un ou deux enfants, 33% de ceux vivant avec trois enfants et 29% de ceux vivant avec quatre enfants. Une explication probable à cette observation est que plus le nombre d'enfants à la maison augmente, plus les conjoints sont occupés par les tâches liées aux enfants et moins ils sont susceptibles de prendre le temps de compléter les questionnaires.

Sommes toutes, la conséquence principale de la perte de données au post-traitement est que les couples séparés à la fin de la consultation, les couples qui ont abandonné le traitement et les couples qui ont poursuivi un mandat de résolution de l'ambivalence n'ont pas pu être inclus dans les analyses sur la prédiction du résultat de la thérapie, étant donné le nombre insuffisant de participants dans chaque catégorie. L'évaluation du résultat de la thérapie pour les couples en mandat de réconciliation qui ont complété le traitement a heureusement été possible malgré l'attrition, entre autres grâce au fait que les couples de ce sous-échantillon qui ont complété les questionnaires ne différaient pas significativement des couples qui ne l'avaient pas fait au niveau des caractéristiques pré-traitement.

Évidemment, la puissance statistique des analyses aurait été augmentée par la participation d'un plus grand nombre de couples à l'évaluation post-traitement.

### *Mesures adoptées pour réduire l'attrition*

Suivant les recommandations émises suite au précédent protocole de recherche implanté dans le même milieu clinique (Mamodhousen, 2004; Tremblay, 2006), plusieurs mesures ont été tentées dans cette seconde vague de recherche afin d'augmenter la rétention des clients au post-traitement.

D'abord, il était primordial de limiter au maximum le nombre de temps de mesure et la durée de complétion des questionnaires destinés aux clients. Comme le protocole de recherche précédent visait entre autres à étudier l'alliance thérapeutique, plusieurs temps de mesure devaient être inclus : pré-traitement, séance 3, séance 6 et post-traitement. Cette décision a eu comme impact un taux de rétention très faible chez les clients : 64% à la séance 3, 29% à la séance 6 et seulement 9% au post-traitement (Mamodhousen, 2004; Tremblay, 2006). De plus, les thérapeutes ont trouvé très intrusif de devoir demander à leurs clients de compléter des questionnaires si souvent, d'autant plus que les questionnaires d'alliance thérapeutique n'étaient d'aucune utilité en thérapie puisque les résultats n'étaient pas remis au thérapeute (dans le but de permettre aux clients d'émettre une opinion honnête). Ainsi, afin de maintenir un bon partenariat clinicien – chercheur, il était essentiel de s'assurer que le présent protocole tienne compte des réticences exprimées par les thérapeutes (Sandberg *et al.*, 2002), soient une insatisfaction majeure face à la mesure de l'alliance thérapeutique et aux temps de mesure multiples. Toujours dans le but de diminuer l'attrition, une batterie de questionnaires post-intervention très rapide à compléter pour les clients a été composée. Ces changements par rapport au protocole précédent semblent avoir contribué à encourager la participation des clients à l'évaluation post-traitement.

Ensuite, une seconde amélioration amenée au protocole de recherche a été d'introduire la possibilité d'un contact téléphonique entre les participants et l'équipe de



recherche<sup>11</sup> au début de la thérapie. Le protocole de recherche était alors présenté en détail et les conjoints se voyaient offrir l'opportunité de poser des questions. Une emphase particulière était mise sur l'importance de la complétion des mesures pré- et post-intervention, advenant qu'ils choisissent de participer à la recherche, tout en mentionnant bien sûr qu'il était possible d'interrompre la participation à tout moment. Ce contact particulier entre les participants et l'équipe de recherche avait aussi comme objectif de permettre de dissocier la recherche de la thérapie et d'ainsi éviter que les thérapeutes se retrouvent dans une double contrainte, à devoir assumer à la fois le rôle de chercheur et celui de clinicien (Sandberg *et al.*, 2002). L'effet du téléphone de l'équipe de recherche au pré-traitement a été moins marqué qu'il avait été espéré : 55% des couples qui ont été contactés au début de la thérapie ont complété les questionnaires post-traitement, versus 48% pour les couples qui n'ont pas été appelés,  $\chi^2(1, N = 148) = .67, p > .05$ .

Dans la même veine, au moment de la complétion des questionnaires post-intervention, l'équipe de recherche a contacté 85 des 148 couples pour leur administrer les questionnaires, alors que les thérapeutes se sont chargés de remettre les questionnaires à 63 couples. Le taux de réponse s'est avéré légèrement supérieur lorsque le thérapeute a lui-même demandé au couple de compléter les questionnaires : 56% de réponse pour le thérapeute versus 48% pour l'équipe de recherche,  $\chi^2(1, N = 148) = .78, p > .05$ . Bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative, les résultats suggèrent qu'idéalement le thérapeute devrait lui-même demander aux clients de compléter les questionnaires post-intervention, mais que lorsque celui-ci ne peut le faire pour quelque raison que ce soit (manque de temps, malaise, relation mal terminée avec les clients, etc.), l'équipe de recherche devrait s'en charger et celle-ci peut s'attendre à un taux de réponse similaire.

En somme, ces résultats suggèrent que les taux de réponse au post-traitement sont comparables, que ce soit le thérapeute ou l'équipe de recherche qui se charge de présenter le protocole aux clients au début de l'intervention et de remettre les questionnaires à la fin du traitement. Il apparaît ainsi que le degré d'implication de l'équipe de recherche dans

---

<sup>11</sup> L'équipe de recherche était composée de trois étudiantes au doctorat en psychologie clinique, incluant l'auteure de cette thèse.

l'administration des questionnaires devrait principalement être déterminé en fonction de l'aisance et de l'attitude du thérapeute envers le protocole de recherche, étant donné l'absence de différence significative dans les taux de rétention selon le mode.

Finalement, lorsqu'un couple acceptait de recevoir les questionnaires post-intervention par la poste, mais omettait par la suite de les retourner, un téléphone de relance était placé par l'équipe de recherche environ 1 mois après l'envoi initial. Cette relance a permis d'obtenir les données de 16 couples (sur un total de 76) qui autrement auraient été perdues. Dans la perspective de maximiser la quantité de données amassées au post-traitement, il apparaît pertinent de maintenir cette pratique, même si le taux de succès du téléphone de relance n'est que de 38%.

### *Défis d'une recherche en milieu clinique*

En somme, bien qu'il aurait été intéressant de sélectionner un échantillon selon des critères plus précis, de contrôler le type de traitement offert par les thérapeutes, d'évaluer l'alliance thérapeutique, de mesurer l'attachement amoureux au post-traitement, d'enrichir la mesure du résultat de la thérapie par divers points de vue et de contrebalancer l'ordre des questionnaires, cette étude a été construite en tenant compte des nombreux défis posés par l'implantation d'un protocole de recherche en milieu clinique. D'abord, il importait d'élaborer un protocole simple, utile et peu demandant en termes de temps pour les clients et les thérapeutes (Sandberg *et al.*, 2002; Tremblay, 2006). En ce sens, la validité apparente des questionnaires administrés comptait parmi les priorités. Dans le contexte de l'échec du protocole précédent à obtenir des données post-intervention (91% d'attrition), la rétention des clients au post-traitement constituait le principal défi de cette nouvelle recherche. Pour cette raison, le nombre de questionnaires composant la batterie post-intervention devait être limité à l'essentiel et le nombre de temps de mesure devait être réduit au minimum, ce qui a entre autres empêché l'inclusion des mesures d'alliance thérapeutique en cours d'intervention et d'attachement amoureux au post-traitement. Ensuite, puisque les thérapeutes ont comme préoccupation première le bien-être de leurs clients, il était primordial que la recherche ne nuise en rien au déroulement de la thérapie (Sandberg *et al.*, 2002), ce qui excluait d'emblée toute mesure observationnelle. De plus, le choix des

questionnaires s'est fait en concertation avec les thérapeutes, comme il était essentiel que ceux-ci y trouvent une utilité pour leur pratique (Sandberg *et al.*, 2002). De fait, les thérapeutes recevaient un bénéfice immédiat de leur participation à la recherche : comme les résultats des questionnaires complétés par les clients leur étaient remis, ils ont pu se servir de l'information obtenue au pré-traitement pour compléter l'évaluation clinique et, si les questionnaires post-traitement étaient complétés suffisamment tôt, pour enrichir le bilan final. Il est à noter que la participation des thérapeutes à cette recherche a été remarquable : moins de 2% des cas ont dû être exclus en raison de données manquantes provenant du thérapeute. Nonobstant ses limites, la présente recherche a permis d'amasser de précieuses informations qui, en plus de contribuer à l'avancement des connaissances au plan scientifique et de mener à des recommandations cliniques pertinentes, ouvrent la voie à de nouvelles pistes de recherches pour le futur. Celles-ci seront maintenant abordées.

## **Recommandations**

### *Attachement amoureux, satisfaction conjugale et résultat de la thérapie*

En premier lieu, cette recherche met de l'avant la nécessité de mener plus d'études pour mieux comprendre le lien entre l'attachement amoureux et la satisfaction conjugale chez les couples en thérapie. À cet égard, des variables ayant été identifiées comme médiatrices du lien entre attachement amoureux et satisfaction conjugale dans des études conduites avec des couples de la population générale devraient être examinées auprès de couples en thérapie. Par exemple, des études antérieures ont trouvé que l'association entre l'insécurité d'attachement et l'insatisfaction conjugale est médiée, du moins en partie, par les habiletés de communication (Feeney, 1994) et de résolution de problèmes (Marchand, 2004) des conjoints. Ainsi, l'effet négatif de l'insécurité d'attachement sur la satisfaction conjugale serait attribuable en partie aux piètres habiletés de communication (par ex., difficultés au niveau de l'expression et de l'écoute empathique) et de résolution de problèmes (par ex., recours à des paroles et comportements attaquants) qu'exhibent les conjoints insécures. La réplication de ces études auprès de couples en thérapie amènerait un appui supplémentaire aux techniques thérapeutiques depuis longtemps employées en TCCB : l'enseignement d'habiletés de communication et de résolution de problèmes. En

effet, si l'insécurité d'attachement amène les conjoints à utiliser des patrons de communication et des stratégies de résolutions de problèmes inadéquats qui entraînent des difficultés conjugales, il est raisonnable de croire que l'acquisition de meilleures habiletés de communication et de résolution de problèmes permettrait à ces conjoints d'être plus satisfaits de leur relation, et ce, en dépit de leur insécurité d'attachement. Des recherches futures conduites auprès de couples en thérapie pourraient permettre de vérifier cette hypothèse.

Dans le même ordre d'idées, Davila et ses collègues (1998) ont trouvé que la tendance à vivre beaucoup d'émotions négatives médie la relation entre l'insécurité d'attachement et l'insatisfaction conjugale, lors d'une étude conduite auprès de couples mariés de la communauté. Selon cette étude, l'insécurité d'attachement, que ce soit une forte anxiété d'abandon ou un fort évitement de la proximité, serait associée à l'expérience accrue d'émotions négatives, laquelle serait en retour associée à l'insatisfaction conjugale. La réplication de ce résultat auprès d'une population clinique permettrait de supporter l'usage d'interventions thérapeutiques visant à aider les conjoints insécures à mieux gérer leurs émotions négatives. En effet, l'impact négatif de l'expérience d'émotions négatives sur la satisfaction conjugale pourrait être atténué par des interventions thérapeutiques visant une meilleure gestion de ces émotions, ce qui permettrait ainsi de diminuer l'effet néfaste de l'insécurité d'attachement sur le couple.

En somme, comme la presque totalité des études sur l'attachement amoureux ont été conduites auprès de couples de la communauté, il importe que les résultats de ces études soient d'abord répliqués auprès de populations cliniques. Ainsi, des pistes d'intervention basées sur une compréhension du lien entre attachement amoureux et satisfaction conjugale spécifique aux couples en détresse pourront par la suite être proposées et étudiées.

En second lieu, des études devraient s'attarder à mieux comprendre de quelle façon l'attachement amoureux des conjoints affecte le processus thérapeutique (Clarkin & Levy, 2004), par exemple en explorant l'expérience subjective des conjoints anxieux et évitants en thérapie. Des études devraient aussi investiguer l'interaction entre l'attachement amoureux des conjoints et l'approche thérapeutique utilisée, puisque certaines pourraient

mieux correspondre aux besoins de différents clients (McBride *et al.*, 2006). De même, l'interaction entre l'attachement des conjoints et les caractéristiques du thérapeute devrait être examinée, en lien avec son influence possible sur l'abandon et le résultat de la thérapie (Clarkin & Levy, 2004).

Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle les thérapeutes auraient adapté leurs interventions en fonction de l'attachement des conjoints pour obtenir des résultats équivalents devrait être vérifiée. Des études examinant le processus de la thérapie, par des mesures observationnelles ou des questionnaires auto-rapportés complétés à chaque séance, permettraient de vérifier si les thérapeutes adaptent effectivement leurs interventions selon l'attachement des conjoints et, le cas échéant, quelles interventions semblent les plus pertinentes pour chaque couple, en fonction de la combinaison spécifique de l'attachement de l'homme et de la femme.

Enfin, des études longitudinales suivant des couples à risque du début de la relation jusqu'à l'apparition des problèmes permettraient de mieux documenter l'association entre l'insécurité d'attachement et la détresse conjugale et de vérifier l'hypothèse proposée d'une association réciproque entre ces deux variables (Davila *et al.*, 1999). De telles études sont toutefois extrêmement coûteuses et difficiles à réaliser. De façon plus réaliste, il serait intéressant de suivre les changements au niveau de l'attachement amoureux à partir du début de la thérapie jusqu'à plusieurs mois (ou mêmes quelques années) après la fin du traitement. Une telle étude permettrait de vérifier si l'attachement amoureux des conjoints est modifié au cours de la thérapie et/ou s'il est affecté de façon indirecte et subséquente à la thérapie, via les changements opérés dans la dynamique conjugale. Au plan clinique, documenter l'effet de la thérapie sur l'attachement amoureux permettrait ensuite d'adapter les traitements de façon à pouvoir intervenir plus efficacement sur les représentations mentales des conjoints.

### ***Diversité des mandats en thérapie conjugale***

Comme discuté précédemment, les résultats de l'article 2 ont démontré que les couples poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence sont plus susceptibles d'abandonner la thérapie. Ces résultats se situent en continuité avec la classification des

mandats thérapeutiques développés dans la vague de recherche précédente (Tremblay *et al.*, 2008) et soulignent d'autant plus le besoin d'amasser des données sur les couples poursuivant des mandats alternatifs. Par exemple, il serait intéressant de documenter en détail quelles interventions utilisent les thérapeutes lorsqu'ils arrivent à aider les couples à résoudre leur ambivalence et, à l'inverse, quelles interventions ne semblent pas profitables ou semblent conduire à l'abandon. Des traitements spécifiques devront ensuite être développés afin d'augmenter le taux de succès auprès des couples poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence. À l'heure actuelle, aucun modèle d'intervention pour le mandat de résolution de l'ambivalence n'a été empiriquement validé, avec la conséquence que les thérapeutes se basent chacun sur leur propre expérience et leur jugement personnel pour mener l'intervention (Wright, Sabourin, *et al.*, 2008).

Dans la même veine, comme la satisfaction conjugale post-traitement n'est une mesure de succès appropriée que lorsque l'objectif de la thérapie est d'améliorer la relation (Wright, Sabourin, *et al.*, 2008), les études futures devront incorporer des mesures de succès mieux adaptées pour évaluer le succès lorsque le mandat est la résolution de l'ambivalence. Par exemple, une mesure individualisée d'atteinte des objectifs comme le Goal Attainment Scaling (Kiresuk *et al.*, 1994) permettrait de mieux cerner le changement de façon personnalisée, en fonction du mandat, des objectifs et du degré de changement souhaité propres à chaque couple. La nouvelle vague de recherche actuellement en cours à la clinique où a été menée cette étude intègre une telle mesure de l'atteinte des objectifs (Boisvert, Wright, Mondor, Lorange, & McDuff, 2008).

Finalement, plus d'études devraient examiner le parcours des couples poursuivant un mandat de séparation, même si, comme mentionné précédemment, ces couples ne constituent qu'environ 4% de la clientèle (Wright *et al.*, 2006) et qu'il est souvent difficile de recueillir leurs données au post-traitement. Des protocoles de recherche à cas unique pourraient permettre d'amasser des données sur ce sous-groupe trop souvent négligé (Christensen & Heavey, 1999; Sexton *et al.*, 2004).

### *Recherche en milieu clinique*

Cette étude constitue une des rares recherches en thérapie conjugale à avoir été menée en milieu clinique. À posteriori, il est possible d'identifier quelques astuces qui ont permis le bon déroulement de la recherche, mais aussi de proposer quelques suggestions pour augmenter la participation. D'abord, en comparaison avec la recherche précédente dans le même milieu (Tremblay, 2006), le présent protocole était beaucoup plus simple : batteries de questionnaires plus courtes et moins de temps de mesure pour les clients et les thérapeutes. En ce qui concerne les questionnaires destinés aux thérapeutes, des efforts ont été fait pour rendre l'usage le plus simple possible, par exemple en fusionnant le questionnaire d'évaluation de fin de consultation au formulaire de fermeture de dossier que les thérapeutes ont l'habitude de compléter pour leurs dossiers cliniques. Les thérapeutes se sont d'ailleurs dits très satisfaits par cette nouvelle façon de fonctionner et leur motivation est demeurée élevée tout au long de la collecte de données. Plusieurs améliorations ont aussi été apportées pour faciliter la participation des clients (voir page 115), ce qui peut avoir contribué à l'augmentation fulgurante du taux de rétention des couples au post-traitement (51% versus 9% dans la recherche précédente). En résumé, dans le contexte actuel il semble primordial de maximiser la simplicité et la brièveté d'un protocole de recherche à implanter en milieu clinique et de garder en tête que les thérapeutes ont comme soucis premier le bien-être de leurs clients et que les clients déboursent pour recevoir un service (plutôt que d'être rémunérés pour participer à une recherche).

Ensuite, le niveau d'implication flexible des thérapeutes semble avoir été bénéfique au bon déroulement de la recherche (Sandberg *et al.*, 2002). En effet, les thérapeutes avaient la possibilité de présenter la recherche et de remettre eux-mêmes les questionnaires aux clients au pré- comme au post-traitement, ou encore de déléguer cette tâche à l'équipe de recherche. Cette flexibilité semble avoir permis à certains thérapeutes d'inclure les questionnaires comme partie intégrante du traitement en les introduisant eux-mêmes, tout comme à d'autres de dissocier la recherche de la thérapie et d'ainsi éviter de se retrouver coincés entre le rôle de chercheur et celui de thérapeute. Il semblerait que les deux stratégies puissent être efficaces pour obtenir la collaboration des clients. D'une part, le thérapeute convaincu de l'utilité des questionnaires peut les présenter comme un outil

d'évaluation fort pertinent qui lui permet de formuler une compréhension clinique enrichie. De même, la complétion des questionnaires post-traitement peut être présentée comme une opportunité unique d'illustrer les progrès accomplis. Cette vision de la recherche comme intégrée à la thérapie peut amener les clients à concevoir la complétion des questionnaires au même titre qu'un devoir thérapeutique, comme quelque chose de pertinent et d'aidant dans leur démarche (McCollum *et al.*, 1996). D'autre part, le thérapeute qui conçoit la recherche comme séparée et parfois nuisible à la thérapie peut choisir de simplement informer les clients qu'une recherche est en cours et de mettre l'équipe de recherche en contact avec ce couple. Ainsi, le thérapeute évite d'avoir l'impression de faire passer les besoins de la recherche avant ceux de ses clients en utilisant le temps de la thérapie pour discuter de la recherche. De même, au post-traitement le thérapeute qui a l'impression d'importuner ses clients n'aura pas à les contacter pour leur demander de compléter les questionnaires. L'équipe de recherche se chargera de cette démarche, ayant lors du premier contact téléphonique obtenu le consentement des clients pour les recontacter à la fin de la thérapie.

Néanmoins, certaines recommandations pourraient permettre d'augmenter davantage le taux de rétention au post-traitement et les gains que retirent les thérapeutes de leur participation à la recherche. Naturellement, une compensation financière pour le temps passé à compléter les questionnaires apparaît comme un bon moyen d'encourager la participation des clients autant que celle des thérapeutes (McCollum *et al.*, 1996; Sandberg *et al.*, 2002), mais les fonds alloués à la recherche ne permettent malheureusement pas toujours une telle pratique. Comme le temps nécessaire à la complétion des questionnaires peut constituer un obstacle à la participation des clients, il pourrait être pertinent de demander aux participants de compléter les questionnaires immédiatement avant ou après la séance de thérapie (p. ex., dans une section de la salle d'attente réservée à cet effet), afin qu'ils n'aient pas à libérer un moment pour le faire à la maison. Aussi, les questions de recherches devraient être orientées vers les préoccupations des thérapeutes et des résultats pertinents au plan clinique devraient leur être présentés régulièrement. Ceci pourrait avoir comme effet d'augmenter les bénéfices que les thérapeutes perçoivent de leur participation à la recherche (Sandberg *et al.*, 2002). Finalement, les thérapeutes devraient être mieux



informés sur la nature et la portée de chacun des questionnaires administrés, afin de pouvoir tirer le maximum d'information cliniquement pertinentes des réponses de leurs clients.

## **Conclusion**

En résumé, cette thèse a permis d'examiner le lien entre l'attachement amoureux, la satisfaction conjugale, le mandat thérapeutique et le résultat de la thérapie conjugale en milieu naturel. Cette recherche a contribué à l'avancement des connaissances de diverses façons. D'abord, les résultats de l'article 1 ont démontré un lien entre l'insécurité d'attachement et l'insatisfaction conjugale chez des couples débutant une thérapie conjugale. Au-delà de généraliser les résultats obtenus auprès des couples de la population générale, cette étude a trouvé un lien particulièrement négatif entre l'évitement de la proximité et la satisfaction conjugale chez les couples en détresse. Par la suite, le second article de cette thèse a examiné la contribution de l'attachement amoureux dans la prédiction du résultat de la thérapie. Cette étude n'a toutefois pas trouvé de lien significatif entre l'attachement amoureux des conjoints et l'issue de la thérapie, à l'exception d'un effet d'interaction impliquant l'anxiété de l'homme. Ainsi, considérés dans leur ensemble, les résultats de cette thèse indiquent que l'insécurité d'attachement serait associée à la détresse des couples qui se présentent en thérapie, mais n'influencerait pas significativement le résultat de la thérapie conjugale, du moins telle que conduite en milieu naturel par des thérapeutes expérimentés. De surcroît, le second article de cette thèse a contribué à l'avancement des connaissances en démontrant que les couples qui poursuivent un mandat de résolution de l'ambivalence sont fortement à risque d'abandonner la thérapie, mettant ainsi de l'avant la nécessité de mener plus d'études sur les mandats alternatifs en thérapie conjugale. En terminant, cette recherche est d'autant plus unique et innovatrice qu'elle a été menée en milieu naturel, malgré tous les défis posés par l'implantation d'un protocole de recherche en milieu clinique.

## Bibliographie

- Addison, S. M., Sandberg, J. G., Corby, J., Robila, M., & Platt, J. J. (2002). Alternative methodologies in research literature review: Links between clinical work and MFT effectiveness. *The American Journal of Family Therapy, 30*, 339-371.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allgood, S. M., & Crane, D. R. (1991). Predicting marital therapy dropouts. *Journal of Marital and Family Therapy, 17*, 73-79.
- Allgood, S. M., Parham, K. B., Salts, C. J., & Smith, T. A. (1995). The association between pretreatment change and unplanned termination in family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 23*, 195-202.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 1269-1287.
- Anderson, S. A., Atilano, R. B., Bergen, L. P., Russell, C. S., & Jurich, A. P. (1985). Dropping out of marriage and family therapy: Intervention strategies and spouses' perceptions. *The American Journal of Family Therapy, 13*(1), 39-54.
- Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W. H., Doss, B. D., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 893-903.
- Baldwin, M. W., & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships, 2*, 247-261.
- Banse, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships, 21*, 273-282.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 247-267.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Baucom, B. R., Atkins, D. C., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2009). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of couple therapy: A 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 160-173.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & Gordon, K. C. (2000). Marital therapy: Theory, practice, and empirical status. Dans C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 280-308). New York: John Wiley & Sons.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & LaTaillade, J. J. (2002). Cognitive-behavioral couple therapy. Dans A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 26-58). New York: Guilford Press.
- Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Kuschel, A. (2003). Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research? *Behavior Therapy, 34*, 179-188.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K., Daiuto, A., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Beach, S. R. H., Fincham, F. D., Amir, N., & Leonard, K. E. (2005). The taxometrics of marriage: Is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology, 19*, 276-285.
- Ben-Ari, A., & Lavee, Y. (2005). Dyadic characteristics of individual attributes: Attachment, neuroticism, and their relation to marital quality and closeness. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 621-631.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Milkulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 929-943.
- Bischoff, R. J., & Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process, 32*, 353-375.

- Boisvert, M., Lussier, Y., Sabourin, S., & Valois, P. (1996). Styles d'attachement sécurisant, préoccupé, craintif et détaché au sein des relations de couple. *Science et comportement*, 25, 55-69.
- Boisvert, M.-M., Wright, J., Mondor, J., Lorange, J., & McDuff, P. (2008, mai). *Les objectifs thérapeutiques et les caractéristiques des couples en consultation conjugale*. Conférence présentée au Congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir, Québec, Qc.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. London: The Hogarth Press.
- Bramlett, M. D., & Mosher, W. D. (2002). Cohabitation, marriage, divorce, and remarriage in the United States. *Vital and Health Statistics*, 23(2).
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, 14, 475-493.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brumbaugh, C. C., & Fraley, R. C. (2007). Transference of attachment patterns: How important relationships influence feelings toward novel people. *Personal Relationships*, 14, 513-530.
- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 233-247.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 510-531.

- Carlson, E. A., Sroufe, A., & Egeland, B. (2004). The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior. *Child Development, 75*, 66-83.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*, 525-531.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1996). Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships, 3*, 257-278.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 176-191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1180-1191.
- Christensen, A., Baucom, D. H., Vu, C. T., & Stanton, S. (2005). Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *Journal of Family Psychology, 19*, 6-17.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 165-190.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garlfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- Cobb, R. J., & Bradbury, T. N. (2003). Implications of adult attachment for preventing adverse marital outcomes. Dans S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 258-280). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 810-832.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1053-1073.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 363-383.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. Dans K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 53-90). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cook, W. L., & Snyder, D. K. (2005). Analyzing nonindependent outcomes in couple therapy using the Actor-Partner Interdependence Model. *Journal of Family Psychology, 19*, 133-141.
- Crane, D. R., Allgood, S. M., Larson, J. H., & Griffin, W. (1990). Assessing marital quality with distressed and nondistressed couples: A comparison and equivalency table for three frequently used measures. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 87-93.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin, 116*, 387-411.
- Davila, J. (2003). Attachment processes in couple therapy: Informing behavioral models. Dans S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 124-143). New York: Guilford Press.
- Davila, J., Bradbury, T. N., & Fincham, F. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships, 5*, 467-484.
- Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment change? *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 826-838.

- Davila, J., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1999). Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 783-802.
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology, 17*, 557-570.
- Davila, J., & Levy, K. N. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 989-993.
- Davila, J., & Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predicts changes in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1383-1395.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1076-1090.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships, 13*, 465-483.
- Dienhart, A. (2001). Engaging men in family therapy: Does the gender of the therapist make a difference? *Journal of Family Therapy, 23*, 21-45.
- Dinero, R. E., Conger, R. D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., & Larsen-Rife, D. (2008). Influence of family of origin and adult romantic partners on romantic attachment security. *Journal of Family Psychology, 22*, 622-632.
- Doherty, W. J., & Simmons, D. S. (1996). Clinical practice patterns of marriage and family therapists: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy, 22*, 9-25.
- Doss, B. D., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2003). Who's dragging their feet? Husbands and wives seeking marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 165-177.
- Doss, B. D., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 608-614.
- Eagle, M. N. (2006). Attachment, psychotherapy, and assessment: A commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1086-1097.

- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance - A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*, 421-434.
- Eddy, J. M., Heyman, R. E., & Weiss, R. L. (1991). An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale: Exploring the differences between marital "satisfaction" and "adjustment". *Behavioral Assessment, 13*, 199-220.
- Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 268-285.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 972-994.
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships, 1*, 333-348.
- Feeney, J. A. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships, 3*, 401-416.
- Feeney, J. A. (1999). Issues of closeness and distance in dating relationships: Effects of sex and attachment style. *Journal of Social and Personal Relationships, 16*, 571-590.
- Feeney, J. A. (2006). Studying close relationships: Methodological challenges and advances. Dans P. Noller & Feeney (Eds.), *Close relationships: Functions, forms and processes* (pp. 49-63). New York: Psychology Press.
- Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 456-481). New York: Guilford Press.
- Feeney, J. A., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships, 10*, 475-493.
- Feeney, J. A., & Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships, 8*, 21-39.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 281-291.



- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123-151.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.
- Fuller, T. L., & Fincham, F. D. (1995). Attachment style in married couples: Relation to current marital functioning, stability over time, and method of assessment. *Personal Relationships*, 2, 17-34.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. Dans S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 213-256). New York: John Wiley & Sons.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190-228). New York: John Wiley & Sons.
- Gattis, K. S., Berns, S., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Birds of a feather or strange birds? Ties among personality dimensions, similarity, and marital quality. *Journal of Family Psychology*, 18, 564-574.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview protocol. Document non publié. University of California at Berkeley.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 5-22.
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68, 701-717.
- Guerrero, L. K. (1998). Attachment-style differences in the experience and expression of romantic jealousy. *Personal Relationships*, 5, 273-291.
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41, 199-260.

- Gurman, A. S., & Jacobson, N. S. (2002). *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in Germany: A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology, 11*, 410-421.
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 304-312.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology, 19*, 18-27.
- Heavey, C. L., Christensen, A., & Malamuth, N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 797-801.
- Heavey, C. L., Layne, C., & Christensen, A. (1993). Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 16-27.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 552-598). New York: Guilford Press.
- Heyman, R. E., Feldbau-Kohn, S. R., Ehrensaft, M. K., Langhinrichsen-Rohling, J., & O'Leary, K. D. (2001). Can questionnaire reports correctly classify relationship distress and partner physical abuse? *Journal of Family Psychology, 15*, 334-346.
- Heyman, R. E., Weiss, R. L., & Eddy, J. (1995). Marital Interaction Coding System: Revision and empirical evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 737-746.
- Institut de la statistique du Québec. (2003). *Répartition de la population de 25 ans et plus selon le niveau de scolarité et le sexe, Québec, Ontario et Canada, 1981-2001*. Consulté le 25 juin 2009, [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat\\_scolr/3\\_25\\_niv\\_sco\\_hist.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat_scolr/3_25_niv_sco_hist.htm)

- Institut de la statistique du Québec. (2008). *Revenu moyen des hommes et des femmes bénéficiaires d'un revenu, selon le type de revenu, Québec, 1996 à 2006*. Consulté le 25 juin 2009, [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls\\_mengs\\_niv\\_vie/revenus\\_depense/revenus/revpart96\\_2006.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/revenus/revpart96_2006.htm)
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton & Company.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunnel/Mazel.
- Johnson, S. M. (2003a). Attachment theory: A guide for couple therapy. Dans S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 103-123). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2003b). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 365-384.
- Johnson, S. M. (2007). A new era for couple therapy: Theory, research, and practice in concert. *Journal of Systemic Therapies, 26*(4), 5-16.
- Johnson, S. M., & Best, M. (2003). A systemic approach to restructuring adult attachment. Dans P. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and the family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 165-189). New York: Brunnen-Routledge.
- Johnson, S. M., & Denton, W. (2002). Emotionally focused couple therapy: Creating secure connections. Dans A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 221-250). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 175-184.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67-79.

- Johnson, S. M., & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 23-38.
- Johnson, S. M., & Sims, A. (2000). Attachment theory: A map for couples therapy. Dans T. M. Levy (Ed.), *Handbook of attachment interventions* (pp. 169-191). San Diego: Academic Press.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. E. (1999). Made to measure: Adapting emotionally focused couple therapy to partners' attachment styles. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 366-381.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. E. (Eds.). (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford Press.
- Kachadourian, L. K., Fincham, F., & Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *Personal Relationships, 11*, 373-393.
- Kazdin, A. E. (Ed.). (2003). *Methodological issues and strategies in clinical research* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keim, J., & Lappin, J. (2002). Structural-strategic marital therapy. Dans A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 86-117). New York: Guilford Press.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kirkpatrick, L. A., & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 502-512.
- Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships, 1*, 123-142.

- Knobloch, L. K., Solomon, D. H., & Cruz, M. G. (2001). The role of relationship development and attachment in the experience of romantic jealousy. *Personal Relationships, 8*, 205-224.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process, 43*, 425-442.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 245-257.
- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 861-869.
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. *Advances in Personal Relationships, 5*, 205-237.
- Lafontaine, M. F., Johnson-Douglas, S. M., Gingras, N., & Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion. Dans J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 277-312). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Lamarre, M., & Lussier, Y. (2007). Conflits et ruptures conjugales: les psychologues se prononcent. *Psychologie Québec, 24*(1), 28-30.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lawrence, E., Eldridge, K. A., & Christensen, A. (1998). The enhancement of traditional behavioral couples therapy: Consideration of individual factors and dyadic development. *Clinical Psychology Review, 18*, 745-764.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analyses. *American Psychologist, 48*, 1181-1209.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255.

- Lussier, Y., Sabourin, S., & Turgeon, C. (1997). Coping strategies as moderators of the relationship between attachment and marital adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*, 777-791.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: The University of Chicago Press.
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1055-1064.
- Maling, M. S., Gurtman, M. B., & Howard, K. I. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 5*, 63-75.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 307-317.
- Mamodhousen, S. (2004). L'alliance thérapeutique et les caractéristiques des couples et des conjoints dans le traitement des couples en détresse (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2004). *Dissertation Abstracts International, 66*, 3953.
- Mamodhousen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Sabourin, S. (2004). Interpersonal problems and therapeutic alliance in couples seeking therapy. Manuscrit non publié.
- Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment and Human Development, 6*, 99-112.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1041-1054.
- McCollum, E. E., Trepper, T. S., Nelson, T. S., McAvoy, P. A., Lewis, R. A., & Wetchler, J. L. (1996). Participating in a couples therapy outcome study: Participants' views. *Contemporary Family Therapy, 19*, 607-617.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Monteoliva, A., & Garcia-Martinez, M. A. (2005). Adult attachment style and its effect on the quality of romantic relationships in Spanish students. *The Journal of Social Psychology, 145*, 745-747.
- Moynehan, J., & Adams, J. (2007). What's the problem? A look at men in marital therapy. *The American Journal of Family Therapy, 35*, 41-51.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin, 126*, 964-981.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. Dans J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Northey, W. F. (2002). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: A national survey. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*, 487-494.
- Northey, W. F. (2009). Effectiveness research: A view from the USA. *Journal of Family Therapy, 31*, 75-84.
- O'Leary, S. G., & Vidair, H. B. (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: Predicting child behavior problems. *Journal of Family Psychology, 19*, 208-216.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 91-98.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 1-8.

- Postras-Wright, H., & St-Père, F. (2004). Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale. Document non publié. Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Postras-Wright, Côté.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 69*, 576-593.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 421-435.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment, 2*, 333-337.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*, 15-27.
- Sager, C. J. (1976). *Marriage contracts and couple therapy : Hidden forces in intimate relationships*. New York: Brunner/Mazel.
- Sandberg, J. G., Johnson, L. N., Robila, M., & Miller, R. B. (2002). Clinician identified barriers to clinical research. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*, 61-67.
- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counseling Psychology Quarterly, 11*, 407-415.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships, 11*, 179-195.
- Schachner, D. A., Shaver, P. R., & Milkulincer, M. (2003). Adult attachment theory, psychodynamics, and couple relationships: An overview. Dans S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 18-42). New York: Guilford Press.
- Scharfe, E. (2003). Stability and change of attachment representations from cradle to grave. Dans S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 64-84). New York: Guilford Press.



- Scharff, J. S., & Bagnini, C. (2002). Object relations couple therapy. Dans A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 59-85). New York: Guilford Press.
- Senchak, M., & Leonard, K. E. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 9*, 51-64.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590-646). New York: John Wiley & Sons.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 547-570.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 6-14.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*, 512-529.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Crits-Christoph, P., Jorm, A. F., Nietzel, M. T., Robinson, L., *et al.* (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 355-365.
- Shaver, P. R. (2006). Dynamics of romantic love: Comments, questions, and future directions. Dans M. Milkulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 423-456). New York: Guilford Press.
- Shaver, P. R., & Milkulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*, 133-161.
- Shaver, P. R., & Milkulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving and sex. Dans R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 35-64). New York: Yale University Press.
- Shaver, P. R., Papalia, D., Clark, C. L., Koski, L. R., Tidwell, M. C., & Nalbone, D. (1996). Androgyny and attachment security: Two related models of optimal personality. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 582-597.

- Shields, C. G., Travis, L. A., & Rousseau, S. L. (2000). Marital attachment and adjustment in older couples coping with cancer. *Aging and mental health, 4*, 223-233.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 971-980.
- Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., & Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 355-367.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 899-914.
- Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 41*, 813-823.
- Snyder, D. K., Mangrum, L. F., & Wills, R. M. (1993). Predicting couples' response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 61-69.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Statistique Canada. (2002). *Enquête sociale générale - Cycle 15: La diversification de la vie conjugale au Canada*. Ottawa.
- Statistique Canada. (2009). *Population selon le statut d'immigrant et la période d'immigration, chiffres de 2006, pour le Canada, les provinces et les territoires*. Consulté le 24 juin 2009, <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-557/T403-fra.cfm?SR=1>
- Swindle, R., Jr., Heller, K., Pescosolido, B., & Kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: Mental health policy implications. *American Psychologist, 55*, 740-749.
- Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process, 43*, 443-455.
- Tremblay, N. (2006). Les attributions des couples qui consultent en thérapie: Une étude cliniquement représentative (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2006). *Dissertation Abstracts International, 68* (8).

- Tremblay, N., Wright, J., Mamodhoussen, S., McDuff, P., & Sabourin, S. (2008). Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research: A feasibility study. *The American Journal of Family Therapy, 36*, 137-148.
- Vansteenwegen, A. (1998). Divorce after couple therapy: An overlooked perspective of outcome research. *Journal of Sex and Marital Therapy, 24*, 123-130.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *The American Journal of Family Therapy, 33*, 207-223.
- Werner-Wilson, R. J., Zimmerman, T. S., & Price, S. J. (1999). Are goals and topics influenced by gender and modality in the initial marriage and family therapy session? *Journal of Marital and Family Therapy, 25*, 253-262.
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1065-1085.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. Dans S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638-643.
- Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 745-755.
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. Dans W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 681-693). New York: John Wiley & Sons.

- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2003). Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems. Dans D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. New York: Guilford Press.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology, 20*, 164-167.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and practice, 24*, 190-195.
- Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (Eds.). (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Wright, J., Mondor, J., Lorange, J., & Boisvert, M.-M. (2006, novembre). *The effectiveness of couple therapy in the natural environment: An open clinical trial*. Conférence présentée au Séminaire CRIPCAS avec Dr. Norman Epstein, Montréal, Qc.
- Wright, J., Sabourin, S., Lussier, Y., & Poitras-Wright, H. (2008). La psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale. Dans J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 225-275). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhoussen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.

## **Annexe A**

### **Questionnaires utilisés**

## **Questionnaires pré-intervention**

### **Complétés par les conjoints avant la 2<sup>e</sup> séance de thérapie :**

- Questionnaire démographique – page xvi
- Échelle d'ajustement dyadique – page xviii
- Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux – page xx

## Questionnaire démographique

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

1. Sexe : \_\_\_\_\_

2. Âge : \_\_\_\_\_

3. Plus haut degré de scolarité complété :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Secondaire non complété | <input type="checkbox"/> Maîtrise                |
| <input type="checkbox"/> Secondaire              | <input type="checkbox"/> Doctorat                |
| <input type="checkbox"/> Collégial               | <input type="checkbox"/> Post-doctorat           |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat            | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____ |

4. Occupation principale présentement : \_\_\_\_\_

5. Étant donné que les ressources financières ont des conséquences sur la vie de couple, nous aimerions connaître votre revenu personnel avant déduction d'impôts.  
N'additionnez pas votre revenu à celui de votre conjoint(e).

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 5 000\$  | <input type="checkbox"/> 40 000 à 49 999\$ | <input type="checkbox"/> 100 000 à 119 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 5 000 à 9 999\$   | <input type="checkbox"/> 50 000 à 59 999\$ | <input type="checkbox"/> 120 000 à 139 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 10 000 à 14 999\$ | <input type="checkbox"/> 60 000 à 69 999\$ | <input type="checkbox"/> 140 000 à 159 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 15 000 à 19 999\$ | <input type="checkbox"/> 70 000 à 79 999\$ | <input type="checkbox"/> 160 000 à 179 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 20 000 à 29 999\$ | <input type="checkbox"/> 80 000 à 89 999\$ | <input type="checkbox"/> 180 000 à 199 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 30 000 à 39 999\$ | <input type="checkbox"/> 90 000 à 99 999\$ | <input type="checkbox"/> 200 000\$ et plus   |

6. Langue maternelle :

- Canada  Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

8. Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, depuis combien d'années vivez-vous au Canada? \_\_\_\_\_ ans

9. Auquel (auxquels) des pays ou groupes ethniques suivants considérez-vous appartenir?  
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Canadien/ Québécois | <input type="checkbox"/> Chinois       | <input type="checkbox"/> Africain         |
| <input type="checkbox"/> Français            | <input type="checkbox"/> Juif          | <input type="checkbox"/> Haïtien          |
| <input type="checkbox"/> Anglais             | <input type="checkbox"/> Polonais      | <input type="checkbox"/> Arabophone du    |
| <input type="checkbox"/> Allemand            | <input type="checkbox"/> Portugais     | Maghreb ou du                             |
| <input type="checkbox"/> Écossais            | <input type="checkbox"/> Espagnol      | Moyen-Orient                              |
| <input type="checkbox"/> Irlandais           | <input type="checkbox"/> Amérindien    | <input type="checkbox"/> Hispanophone des |
| <input type="checkbox"/> Italien             | <input type="checkbox"/> Métis         | Amériques                                 |
| <input type="checkbox"/> Ukrainien           | <input type="checkbox"/> Inuit         | <input type="checkbox"/> Autre: _____     |
| <input type="checkbox"/> Néerlandais         | <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique |   |

10. Combien d'enfants avez-vous? \_\_\_\_\_
11. Âge de chacun de vos enfants : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
12. Combien d'enfants vivent actuellement avec vous? \_\_\_\_\_
13. Avez-vous déjà consulté en thérapie conjugale? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
14. Avez-vous déjà consulté un psychologue ou psychothérapeute en thérapie individuelle? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**Les questions 15 à 21 se rapportent à votre relation de couple actuelle :**

15. Êtes-vous marié(e)? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
16. Durée du mariage ou de la cohabitation : (en années) \_\_\_\_\_
17. Certaines personnes vivent plusieurs relations de couple significatives au cours de leur vie. Considérez-vous votre relation actuelle comme :
- Votre première union
  - Votre seconde union
  - Votre troisième union ou plus
18. Formez-vous une famille recomposée (couple vivant avec au moins un enfant né d'une union précédente de l'un des deux conjoints)?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
19. Depuis combien de temps jugez-vous avoir des difficultés conjugales?  
\_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois
20. Avez-vous déjà considéré le divorce ou la séparation? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
21. Vous-êtes vous déjà séparé de votre conjoint actuel? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_



Les deux prochaines pages portent sur votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, **indiquez votre réponse en encerclant le chiffre approprié**. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. **Indiquez dans quelle mesure** vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants:

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. <i>Toujours en accord</i>         | 4. <i>Souvent en désaccord</i>          |
| 2. <i>Presque toujours en accord</i> | 5. <i>Presque toujours en désaccord</i> |
| 3. <i>Parfois en désaccord</i>       | 6. <i>Toujours en désaccord</i>         |

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Le budget familial  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Le domaine des sports et de la récréation                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Les questions religieuses   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Les manifestations d'affection  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Les amis  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Les relations sexuelles   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. La façon de voir la vie   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Les relations avec les parents et les beaux-parents                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Les buts, objectifs et choses jugées importantes                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. La quantité de temps passé ensemble                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. La manière de prendre des décisions importantes                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Les tâches à faire à la maison   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Les intérêts de loisir et les activités de détente                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Les décisions concernant le travail (métier/profession/carrière)       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- |                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. <i>Toujours</i>                  | 4. <i>Occasionnellement</i> |
| 2. <i>La plupart du temps</i>       | 5. <i>Rarement</i>          |
| 3. <i>Plus souvent qu'autrement</i> | 6. <i>Jamais</i>            |

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 16. Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre partenaire, de quitter la maison après une chicane de ménage?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Vous confiez-vous à votre partenaire?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre ensemble)?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

23. Embrassez-vous votre partenaire? 1 2 3 4 5  
 À Presque À Rarement Jamais  
 chaque jour chaque jour l'occasion
24. Partagez-vous ensemble des 1 2 3 4 5  
 intérêts extérieurs à la maison? Dans tout Dans la Dans quelques- Dans Dans  
 majorité uns très peu aucun

**D'après vous**, combien de fois les événements suivants se produisent-ils?

1. *Jamais* 4. *Une ou deux fois par semaine*  
 2. *Moins qu'une fois par mois* 5. *Une fois par jour*  
 3. *Une ou deux fois par mois* 6. *Plus souvent*

25. Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux? 1 2 3 4 5 6  
 26. Rire ensemble 1 2 3 4 5 6  
 27. Discuter calmement 1 2 3 4 5 6  
 28. Travailler ensemble sur quelque chose 1 2 3 4 5 6

Les couples ne sont pas toujours d'accord. **Indiquez si les situations suivantes** ont provoqué des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines. (Cochez oui ou non).

29. Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles  Oui (1)  Non (2)

30. Ne pas manifester son amour  Oui (1)  Non (2)

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureux" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. **Cochez la case** qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

1	2	3	4	5	6	7
Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux

32. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation. (**Cochez une seule réponse**).

Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais n'importe quoi pour que ça arrive. (1)

Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise. (2)

Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise. (3)

Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver. (4)

Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation. (5)

Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir. (6)

## QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

**Consigne** : Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont **vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord			Neutre / partagé(e)			Fortement en accord
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

- 1 \_\_\_\_\_ Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire.
- 2 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).
- 3 \_\_\_\_\_ Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).
- 4 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.
- 5 \_\_\_\_\_ Dès que mon/ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.
- 6 \_\_\_\_\_ J'ai peur que mes partenaires amoureux(ses) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux(elles).
- 7 \_\_\_\_\_ Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.
- 8 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.
- 9 \_\_\_\_\_ Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.
- 10 \_\_\_\_\_ Je souhaite souvent que les sentiments de mon/ma partenaire envers moi soient aussi forts que les miens envers lui/elle.
- 11 \_\_\_\_\_ Je veux me rapprocher de mon/ma partenaire, mais je ne cesse de m'en éloigner.
- 12 \_\_\_\_\_ Je cherche souvent à me fondre entièrement avec mes partenaires amoureux(se) et ceci les fait parfois fuir.
- 13 \_\_\_\_\_ Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.
- 14 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).
- 15 \_\_\_\_\_ Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon(ma) partenaire.
- 16 \_\_\_\_\_ Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.
- 17 \_\_\_\_\_ J'essaie d'éviter d'être trop près de mon/ma partenaire.
- 18 \_\_\_\_\_ J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.

Fortement en désaccord						Fortement en accord
1	2	3	Neutre / partagé(e) 4	5	6	7

- 19 \_\_\_\_\_ Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.
- 20 \_\_\_\_\_ Parfois, je sens que je force mes partenaires à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.
- 21 \_\_\_\_\_ Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(es).
- 22 \_\_\_\_\_ Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).
- 23 \_\_\_\_\_ Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(es).
- 24 \_\_\_\_\_ Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).
- 25 \_\_\_\_\_ Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.
- 26 \_\_\_\_\_ Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.
- 27 \_\_\_\_\_ Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.
- 28 \_\_\_\_\_ Lorsque je ne vis pas une relation amoureuse, je me sens quelque peu anxieux(se) et insécure.
- 29 \_\_\_\_\_ Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(es).
- 30 \_\_\_\_\_ Je deviens frustré(e) lorsque mon/ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.
- 31 \_\_\_\_\_ Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(es).
- 32 \_\_\_\_\_ Je deviens frustré(e) si mes partenaires amoureux(es) ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux.
- 33 \_\_\_\_\_ Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.
- 34 \_\_\_\_\_ Lorsque mes partenaires amoureux(es) me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis de moi-même.
- 35 \_\_\_\_\_ Je me tourne vers mon/ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.
- 36 \_\_\_\_\_ Je suis contrarié(e) lorsque mon/ma partenaire passe du temps loin de moi.

## **Questionnaire en cours d'intervention**

**Complété par le thérapeute suite à la 4<sup>e</sup> séance de thérapie :**

- Questionnaire sur les mandats thérapeutiques – page xxiii

Numéro du couple : \_\_\_\_\_  
Thérapeute : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Questionnaire sur les mandats thérapeutiques

1. Nombre de séances jusqu'à maintenant : \_\_\_\_\_
2. Quel mandat ce couple vous a-t-il donné?  
**Voir la *Classification des mandats thérapeutiques* (Poitras-Wright et St-Père, 2004) pour une définition opérationnelle de chacun des mandats.<sup>1</sup>**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réconciliation- Relation conflictuelle                | <input type="checkbox"/> Résolution de l'ambivalence - Femme ambivalente |
| <input type="checkbox"/> Réconciliation- Relation qui s'éteint                 | <input type="checkbox"/> Acceptation de la séparation                    |
| <input type="checkbox"/> Réconciliation- Consultation d'ajustement             | <input type="checkbox"/> Négociation de la séparation                    |
| <input type="checkbox"/> Résolution de l'ambivalence - 2 conjoints ambivalents | <input type="checkbox"/> Intervention de crise                           |
| <input type="checkbox"/> Résolution de l'ambivalence - Homme ambivalent        |  |

3. Plus précisément, quels objectifs thérapeutiques poursuivez-vous? SVP, indiquez quels objectifs thérapeutiques ont été discutés avec les clients et lesquels ne seront pas dévoilés.

Objectifs	Discuté	Non- dévoilé
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

4. Niveau de difficulté : \_\_\_\_ Facile \_\_\_\_ Moyen \_\_\_\_ Difficile

5. Quelle est votre prédiction quant au déroulement de la TC de ce couple?

- Ce couple semble capable de s'engager dans le traitement et de mener le mandat à terme.
- La capacité de ce couple à s'engager dans le traitement et à mener le mandat à terme est questionnable.
- Ce couple est susceptible d'abandonner le traitement avant d'avoir mené le mandat à terme.

© Poitras-Wright et St-Père, 2004. Adapté par Mondor, 2005.

<sup>1</sup> Le mandat d'*intervention de crise* est adopté dans les cas où une crise majeure (ex. violence conjugale, découverte d'une infidélité, etc.) accable les conjoints au point d'empêcher le travail thérapeutique vers l'un ou l'autre des différents mandats. Ce mandat est généralement de courte durée et mène à l'adoption subséquente d'un autre mandat. Comme il s'agit d'un mandat transitoire et non d'une fin en soi, celui-ci n'est pas abordé plus en détail dans la thèse. Les quelques couples classés en intervention de crise sur ce questionnaire ont été reclassés en fonction du second mandat poursuivi, tel qu'identifié par le thérapeute dans l'Évaluation de fin de consultation.

## **Questionnaires post-intervention**

### **Complété par les conjoints à la fin de la thérapie :**

- Échelle d'ajustement dyadique – voir page xviii

### **Complété par le thérapeute suite à la fin de la thérapie :**

- Évaluation de fin de consultation – page xxv

Numéro du couple : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom du thérapeute : \_\_\_\_\_

## Évaluation de fin de consultation et fermeture de dossier

*Note : Toutes les questions à développement (#2,6,7,12,13) serviront à des fins cliniques uniquement. Libre à vous d'y répondre ou non.*

1. Les rencontres ont eu lieu du \_\_\_\_\_ (date début) au \_\_\_\_\_ (date fin)

Nombre de séances : \_\_\_\_\_

2. Motif de consultation :

---



---



---



---

3. Pour quelle raison la consultation a-t-elle cessé? (indiquez la raison principale)<sup>2</sup>

- Fin de consultation décidée par consensus** entre le thérapeute et les conjoints : les objectifs ont été atteints et le couple n'a plus besoin de thérapie pour le moment.
- Fin prématurée** : la fin de la thérapie a été décidée par les clients. Bien que le couple aurait bénéficié de plus de séances, des progrès sont observés par le thérapeute (il reste du chemin à faire, mais beaucoup a été fait).
- Abandon** : le couple a décidé de mettre fin aux séances sans consulter le thérapeute. Très peu de progrès ont été accomplis, plus de séances auraient été nécessaires pour que ce couple puisse atteindre certains objectifs.
- Le couple a été **référé** à un autre service, plus approprié pour la suite de leur démarche (ex. thérapie individuelle).
- Circonstances externes** (déménagement, congé prolongé du thérapeute, fin de stage/internat, etc.)

4. Quel est le statut du couple à la fin de la consultation?

- ensemble
- séparés : qui a mis fin à la relation? Homme \_\_\_\_\_ Femme \_\_\_\_\_ Les deux \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Bien que les motifs de fin de traitement aient originalement été classifiés selon 5 catégories, les couples classés comme *référé* ou *circonstances externes* ont dû être reclassés ou éliminés étant donné le faible nombre dans chacune de ces catégories. De plus, pour les fins de l'article 2, les catégories *fin par consensus* et *fin prématurée* ont été fusionnées en une seule catégorie, soit *complétion*.



5. Suite à la 4<sup>e</sup> séance de consultation, vous avez mentionné que le couple poursuivait un mandat de \_\_\_\_\_. Ce mandat a-t-il changé au cours des consultations? Si oui, indiquez les mandats subséquents.

- Le mandat n'a pas changé
- Le mandat a changé. Le 2<sup>e</sup> mandat a été :
  - Réconciliation- Relation conflictuelle
  - Réconciliation- Relation qui s'éteint
  - Réconciliation- Consultation d'ajustement
  - Remise en question- 2 conjoints ambivalents
  - Remise en question- Homme ambivalent
  - Remise en question- Femme ambivalente
  - Acceptation de la séparation
  - Négociation de la séparation
  - Intervention de crise
- Le mandat a changé une seconde fois. Le 3<sup>e</sup> mandat a été \_\_\_\_\_

6. Avez-vous remarqué la présence de certains facteurs de risque chez ce couple? Si oui, lesquels?

---



---

7. Description de l'intervention :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



11. Jusqu'à quel point considérez-vous que ce couple avait des objectifs convergents?  
Encerclez votre réponse.

Très  
divergents

Plutôt  
divergents

Plutôt  
convergents

Très  
convergents

12. Résumé du progrès accompli au cours de l'intervention :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Recommandations / Commentaires:

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature du thérapeute : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **Annexe B**

### **Formulaire de consentement**

## **Les caractéristiques du couple et le résultat de la consultation conjugale**

*Étude réalisée par Josianne Mondor, Justine Lorange et Marie-Michèle Boisvert, étudiantes au doctorat en psychologie clinique à l'Université de Montréal, sous la supervision de John Wright, Ph.D., professeur et chercheur spécialisé en thérapie conjugale à l'Université de Montréal.*

### **1<sup>ère</sup> partie : RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDE**

#### **Objectif de l'étude :**

L'étude pour laquelle votre participation est sollicitée vise à clarifier le lien qui existe entre les caractéristiques d'un couple et leur statut à la fin de la consultation conjugale. Grâce à des études comme celles-ci, il sera éventuellement possible de déterminer quelles interventions sont à privilégier pour chaque type de clients, d'orienter les clients vers le traitement le plus approprié et d'améliorer la qualité des services qu'offrent les thérapeutes de couple.

#### **Bénéfices personnels de votre participation :**

En participant à cette étude, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur la thérapie conjugale. Les questionnaires que vous complétez aideront votre thérapeute à recueillir rapidement des informations sur vous et votre couple, tant au début qu'à la fin de votre consultation conjugale. Les résultats des questionnaires pourront vous aider à mieux vous connaître.

#### **Risques et inconvénients de votre participation :**

La participation à cette étude comporte peu de risques. L'inconvénient majeur est le temps nécessaire à la complétion des questionnaires, soit environ 40 minutes au début de la thérapie et 15 minutes lorsque le processus sera terminé. Aucune compensation financière ne vous sera versée en retour.

Par ailleurs, il est possible que vous ressentiez des sentiments désagréables lorsque vous complétez les questionnaires ou que vous recevrez vos résultats. Certaines questions pourraient vous amener à réfléchir sur vous-même et les résultats pourraient révéler certains aspects de vous dont vous n'étiez pas conscient(e), ce qui est parfois difficile à accepter. Si ces effets se produisent et que vous ressentez le besoin d'en discuter, sentez-vous bien à l'aise d'aborder le sujet avec votre thérapeute.

**Procédures :**

Vous trouverez ci-joint les questionnaires pré-intervention. Si vous choisissez de participer à l'étude, vous devez remplir les questionnaires individuellement (sans consulter votre partenaire) et nous les retourner par la poste dans les plus brefs délais. Idéalement, essayez de compléter tous les questionnaires en une seule fois. Si vous devez vous interrompre, tentez de terminer le questionnaire que vous avez entamé avant de le faire. Les résultats de ces questionnaires vous seront remis, ainsi qu'à votre thérapeute. Si vous choisissez de ne pas participer à l'étude, nous apprécierions que vous complétiez le court questionnaire démographique et que vous inscriviez la(les) raison(s) de votre décision.

Lorsque votre thérapeute nous informera que votre consultation conjugale tire à sa fin, nous (Josianne Mondor, Justine Lorange ou Marie-Michèle Boisvert) vous contacterons pour vous demander de remplir les questionnaires post-intervention. Trois options s'offriront alors à vous. Premièrement, nous pourrons vous poster une version papier des questionnaires, que vous remplirez individuellement et nous retournerez par la poste. Deuxièmement, nous pourrons fixer un rendez-vous téléphonique et vous administrer oralement les questionnaires post-intervention au cours d'une entrevue d'environ 15 minutes. Troisièmement, nous pourrons décider d'un moment où vous souhaiteriez que nous vous visitions à domicile pour vous administrer les questionnaires post-intervention. Vous pourrez choisir l'option qui vous convient le mieux lorsque nous vous contacterons à la fin de votre consultation conjugale. Vous pourrez par la suite communiquer avec votre thérapeute pour être informé de vos résultats aux questionnaires.

**Conditions de participation :**

La seule condition de participation est que vous et votre conjoint(e) cohabitiez actuellement (ou ayez cohabité avant une séparation temporaire actuelle).

**Droit de retrait :**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de choisir de participer ou non à l'étude et ceci n'affectera en rien la qualité des services que vous recevrez. Vous êtes aussi libre de retirer votre participation en cours de processus, sans avoir à justifier votre décision et sans préjudice. Un avis verbal donné à une des chercheuses responsables suffit pour interrompre votre participation.

**Confidentialité :**

Toutes les informations vous concernant seront traitées dans un grand souci de confidentialité. Les résultats des questionnaires ne seront remis qu'à vous et à votre thérapeute. Aucune information permettant de vous identifier ne sera entrée dans la base de donnée. Vous serez identifié(e) par un numéro attribué à votre dossier. Nous, Josianne Mondor, Justine Lorange et Marie-Michèle Boisvert, seront les seules personnes à avoir

accès aux dossiers. Les données permettant de vous identifier seront conservées dans un classeur fermé à clé pendant une période de 7 ans, puis seront détruites. Suite à cette période, seule la base de donnée anonyme sera conservée.

Toutefois, en vertu du *Code de déontologie des psychologues*, nous serons dans l'obligation de briser la confidentialité si des informations révélées nous permettent de croire que la vie ou la sécurité d'une personne (incluant vous-même) est menacée (par exemple : idées suicidaires, violence physique, abus d'un enfant, etc.). Dans un tel cas, nous communiquerons les informations nécessaires à votre thérapeute et, s'il y a lieu, aux autorités compétentes.

***Vous remerciant pour votre collaboration,***

Josianne Mondor, B.Sc.  
Étudiante au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal

Justine Lorange, B.Sc.  
Étudiante au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal

Marie-Michèle Boisvert, B.Sc.  
Étudiante au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal

John Wright, Ph.D.  
Professeur et chercheur en psychologie, Université de Montréal

## 2<sup>ème</sup> partie : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude: Les caractéristiques du couple et le résultat de la consultation conjugale.

Chercheuses : Josianne Mondor, Justine Lorange et Marie-Michèle Boisvert, étudiantes au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal.

Directeur de recherche : John Wright, Ph.D., professeur et chercheur en psychologie spécialisé en thérapie conjugale, Université de Montréal.

Nous, (nom en lettres moulées des conjoints) .....  
 et ....., déclarons avoir lu et compris le présent document décrivant le contexte, les objectifs, les avantages et inconvénients, les procédures, les conditions et les règles de confidentialité de la présente étude.

Nous déclarons avoir lu et compris la section confidentialité (page 3) et consentons ainsi à ce que les données nous concernant soient utilisées de façon confidentielle à des fins de recherche. Nous acceptons que les résultats des questionnaires que nous remplirons soient remis à notre thérapeute.

Après réflexion et un délai raisonnable, nous consentons librement à prendre part à cette étude. Nous savons que nous pouvons choisir de ne pas participer ou choisir de cesser de participer à tout moment, sans que cette décision n'affecte la qualité des services que nous recevons.

Signature du(de la) conjoint(e) ..... Date .....

Signature du(de la) conjoint(e) ..... Date .....

Signature du(de la) thérapeute ..... Date .....

Signature d'une chercheuse responsable .....Date .....

Pour toute question relative à cette étude ou pour vous retirer du projet, veuillez contacter Josianne Mondor, Justine Lorange ou Marie-Michèle Boisvert au 450-651-0914.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

*Copie à conserver*



## 2<sup>ème</sup> partie : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude: Les caractéristiques du couple et le résultat de la consultation conjugale.

Chercheuses : Josianne Mondor, Justine Lorange et Marie-Michèle Boisvert, étudiantes au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal.

Directeur de recherche : John Wright, Ph.D., professeur et chercheur en psychologie spécialisé en thérapie conjugale, Université de Montréal.

Nous, (nom en lettres moulées des conjoints) .....  
 et ....., déclarons avoir lu et compris le présent document décrivant le contexte, les objectifs, les avantages et inconvénients, les procédures, les conditions et les règles de confidentialité de la présente étude.

Nous déclarons avoir lu et compris la section confidentialité (page 3) et consentons ainsi à ce que les données nous concernant soient utilisées de façon confidentielle à des fins de recherche. Nous acceptons que les résultats des questionnaires que nous remplirons soient remis à notre thérapeute.

Après réflexion et un délai raisonnable, nous consentons librement à prendre part à cette étude. Nous savons que nous pouvons choisir de ne pas participer ou choisir de cesser de participer à tout moment, sans que cette décision n'affecte la qualité des services que nous recevons.

Signature du(de la) conjoint(e) ..... Date .....

Signature du(de la) conjoint(e) ..... Date .....

Signature du(de la) thérapeute ..... Date .....

Signature d'une chercheuse responsable .....Date .....

Pour toute question relative à cette étude ou pour vous retirer du projet, veuillez contacter Josianne Mondor, Justine Lorange ou Marie-Michèle Boisvert au 450-651-0914.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

*Copie à retourner*

