

Université de Montréal

**Étude cliniquement représentative  
des problèmes conjugaux, des mandats  
et des objectifs thérapeutiques des couples  
consultant en thérapie conjugale**

par

Marie-Michèle Boisvert

Département de psychologie

Faculté des arts et des 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

Juin, 2011

© Marie-Michèle Boisvert, 2011

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

**Étude cliniquement représentative  
des problèmes conjugaux, des mandats  
et des objectifs thérapeutiques des couples  
consultant en thérapie conjugale**

Présentée par :  
Marie-Michèle Boisvert

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Antonio Zadra, président-rapporteur et représentant du doyen de la FES  
John Wright, directeur de recherche  
Tania Lecomte, membre du jury  
Catherine Bégin, examinatrice externe

## Résumé

La présente thèse avait pour but d'analyser les problèmes conjugaux, les mandats et les objectifs thérapeutiques des couples qui consultent en thérapie conjugale en milieu naturel. Cette thèse a été rédigée sous la forme de deux articles. Le premier article visait à dresser un portrait des problèmes conjugaux rapportés par les conjoints à l'aide d'une question ouverte. Les problèmes conjugaux de 108 couples débutant une thérapie conjugale ont d'abord été catégorisés. Les résultats ont montré que les problèmes conjugaux les plus fréquemment rapportés étaient liés à la communication, à la distance émotionnelle, à des problèmes spécifiques de la relation et à la sexualité. En comparant les couples selon le mandat thérapeutique, il a été trouvé que les couples en mandat de résolution de l'ambivalence rapportent davantage de problèmes liés à l'engagement/sécurité et à l'infidélité/flirting que les couples en mandat d'amélioration de la relation. Ces résultats ont démontré l'importance de l'utilisation du construit des mandats thérapeutiques et la nécessité d'étudier davantage l'ambivalence des couples. Le deuxième article visait à examiner les propriétés psychométriques de la mesure individualisée *Goal Attainment Scaling* (GAS) dans l'évaluation du changement des couples en thérapie conjugale en milieu naturel. L'atteinte des objectifs thérapeutiques de 100 couples ayant complété une thérapie conjugale a été évaluée. Une catégorisation des objectifs thérapeutiques a également été proposée. Les résultats obtenus soutiennent l'efficacité de la thérapie conjugale en milieu naturel. Le pronostic du thérapeute quant au déroulement de la thérapie ainsi que le motif de fin de thérapie et la stabilité conjugale ont été identifiés comme étant liés à l'atteinte des objectifs. En comparant les couples selon le mandat thérapeutique, il a été trouvé que les couples en mandat d'amélioration de la relation ont davantage d'objectifs thérapeutiques liés à la communication, à la résolution de problèmes et à l'acceptation des différences que les couples en mandat de résolution de l'ambivalence. Les résultats appuient la validité et l'utilité de la mesure GAS pour la recherche et la pratique clinique. En somme, cette thèse a contribué à l'avancement des connaissances en apportant un appui

empirique au construit des mandats thérapeutiques et comporte des implications tant au niveau de la clinique qu'au niveau méthodologique et théorique.

**Mots-clés :** Thérapie conjugale, problèmes conjugaux, mandats thérapeutiques, objectifs thérapeutiques, mesures individualisées, goal attainment scaling, représentativité clinique, milieu naturel

## **Abstract**

The aim of this dissertation was to study the relationship problems, treatment goals and therapeutic mandates of couples consulting in couple therapy in a naturalistic setting. This dissertation includes two original articles. Using a relationship problems coding system on a sample of 108 couples seeking therapy, the first study identified that the most common relationship problems were related to communication, emotional affection or distance, specific areas of the current relationship, and lack of physical affection or sex. Comparisons of therapeutic mandates revealed that commitment or security problems and infidelity or flirting problems were more common among couples pursuing an ambivalence resolution mandate than among couples pursuing an alleviation of distress mandate. These results demonstrated the importance of identifying distinct therapeutic mandates in couple therapy and the need for further research about ambivalent couples. The second study aimed to evaluate change in couples that consulted in a naturalistic therapy setting using Goal Attainment Scaling (GAS). A categorization of treatment goals in couple therapy was proposed. Treatment goals and therapeutic mandates of 100 couples were categorized using standardized coding schemas. The results showed large pre-post changes in couples distress and severity of relationship problems. Therapists' expectations about the therapy process, treatment completion and separation were related to couples' goal attainment. Comparisons of therapeutic mandates revealed that couples pursuing an alleviation of distress mandate had more goals related to communication, problem-solving and acceptance of differences than couples pursuing an ambivalence resolution mandate. This study contributed to the field by providing preliminary data regarding the clinical utility of GAS in assessing change following couple therapy. Types of treatment goals set in naturalistic settings were presented and the results emphasized the need for further research on therapeutic mandates. In summary, this dissertation provided support to the construct of therapeutic mandates and presented clinical, methodological and theoretical implications.

**Keywords** : Couple therapy, relationship problems, therapeutic mandates, treatment goals, individualized measures, goal attainment scaling, clinical representativity, naturalistic therapy setting

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements.....	xi
Chapitre 1.....	1
Introduction générale.....	1
La détresse conjugale.....	3
Le divorce.....	4
La violence physique.....	5
L'infidélité.....	6
Les problèmes conjugaux.....	7
Les modèles théoriques des relations conjugales.....	10
L'efficacité de la thérapie conjugale.....	11
La représentativité clinique.....	13
Les mesures individualisées du changement.....	14
La mesure Target Complaints.....	15
La mesure Goal Attainment Scaling.....	16
Les objectifs thérapeutiques.....	21
Système de catégorisation des objectifs thérapeutiques des couples.....	23
Les mandats thérapeutiques.....	25
Mandat d'amélioration de la relation.....	26
Mandat de résolution de l'ambivalence.....	28
Mandat de gestion de la séparation.....	29
Objectifs de la thèse.....	31

Bibliographie.....	33
Chapitre 2.....	49
Couples' Reports of Relationship Problems in a Naturalistic Therapy Setting.....	49
Abstract.....	51
Method.....	56
Results.....	59
Discussion.....	60
References.....	65
Table 1.....	68
Chapitre 3.....	69
Goal Attainment Scaling in a Naturalistic Couple Therapy Setting.....	69
Abstract.....	71
Method.....	75
Results.....	80
Discussion.....	84
References.....	89
Table 1.....	94
Table 2.....	95
Chapitre 4.....	96
Discussion générale.....	96
Synthèse des principaux résultats.....	97
Les problèmes conjugaux.....	97
Les objectifs thérapeutiques.....	98
Les mandats thérapeutiques.....	102
Implications des résultats.....	105
Implications cliniques.....	105
Implication théorique.....	106
Implications méthodologiques.....	107
Limites de l'étude.....	109



Validité interne.....	109
Validité externe.....	111
Instruments de mesure.....	112
Analyses statistiques.....	114
Pistes de recherche.....	115
L'utilisation des mandats thérapeutiques.....	115
Les mesures individualisées.....	115
L'alliance thérapeutique.....	116
La recherche clinique en milieu naturel.....	117
Conclusion.....	117
Bibliographie.....	119
Annexe 1.....	xii
Questionnaires utilisés.....	xii
Annexe 2.....	xxviii
Formulaire de consentement.....	xxviii
Annexe 3.....	xxxiv
Guide d'utilisation du Goal Attainment Scaling en consultation conjugale.....	xxxiv
Annexe 4.....	xlvi
Système de catégorisation des problèmes conjugaux.....	xlvi

## Liste des tableaux

### **Chapitre 1 : Introduction générale**

Tableau 1 : Choix méthodologiques possibles dans l'utilisation de la mesure GAS

Tableau 2 : Liste des 12 catégories d'objectifs thérapeutiques des couples

### **Chapitre 2: Couples' Reports of Relationship Problems in a Naturalistic Therapy Setting**

Table 1 : Distribution of Relationship Problems reported by Partners and Couples, as a Function of Therapeutic Mandates

### **Chapitre 3 : Goal Attainment Scaling in a Naturalistic Couple Therapy Setting**

Table 1: Example of a Goal Attainment Follow-Up Guide for a Couple in Alleviation of Distress Mandate

Table 2 : Proportions of Therapeutic Goals in Function of Therapeutic Mandates

## Liste des figures

### Chapitre 4 : Discussion générale

Figure 1 : Distribution des scores GAS des couples

## Liste des abréviations

AAMFT	American Association for Marriage and Family Therapy
ANOVA	Analyse de variance
APA	American Psychological Association
CBCT	Cognitive Behavioral Couple Therapy
CT	Couple Therapy
DAS	Dyadic Adjustment Scale
GAS	Goal Attainment Scaling
IBCT	Integrative Behavioral Couple Therapy
LSD	Least Significant Differences
NIMH	National Institute of Mental Health

## Remerciements

Avant toute chose, je tiens à exprimer ma gratitude envers mon directeur de recherche, John Wright, pour sa grande disponibilité, son implication soutenue, ses judicieux conseils, sans oublier son sens de l'humour inné et son souci pour l'efficacité. Ses encouragements m'ont permis de livrer le meilleur de mes capacités. Il m'a aussi transmis l'importance du travail d'équipe, d'où sa célèbre expression sportive : « shoot and score! ».

Je désire également souligner le travail exceptionnel, l'accueil chaleureux et l'implication dans la recherche de toute l'équipe de cliniciens de la CCCF : Hélène, Gérald, John, Andrée, Mélanie, Nadine, Nathalie, Josianne, Marianne et Justine. Je remercie sincèrement Josianne et Justine, mes collègues de laboratoire, avec qui cette belle aventure a débuté et qui m'ont beaucoup appris. Bien sûr, le support, le sens de l'humour et la rigueur de Pierre McDuff ont été des qualités fort appréciées, m'ayant fait *significativement* progresser au plan statistique. Je désire aussi remercier Stéphane Sabourin, qui m'a offert si gentiment une collaboration et des encouragements qui n'auraient pu arriver à un meilleur moment dans mon parcours doctoral. Il m'est nécessaire de souligner l'appui logistique de l'équipe du CRIPCAS, de même que l'implication, au fil des années, de plusieurs assistants de recherche. Finalement, je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) pour le soutien financier dont j'ai bénéficié tout au long de mes études supérieures.

Au plan personnel, je tiens à remercier ma mère, mon père et ma sœur pour leurs fidèles encouragements. Ayant obtenu des Ph.D. dans leurs sciences respectives, mon père et ma sœur ont rendu ce projet d'études accessible à mes yeux. En outre, je suis particulièrement reconnaissante envers l'appui de mon père en fin de parcours. J'ai aussi apprécié les encouragements et les moments agréables passés avec mes amis, collègues stagiaires et internes, ma famille élargie et ma belle-famille. Finalement, il m'est cher de souligner le soutien inconditionnel que m'a offert mon futur époux Matthieu. De toutes les personnes, il est de loin celui qui me connaît le mieux et qui, par son aplomb légendaire, sait m'épauler dans la poursuite de mes propres objectifs de vie. Merci infiniment.

# **Chapitre 1**

## **Introduction générale**

La famille représente le noyau fondamental qui influence l'ensemble de la vie des individus vivant en société. Au pays, 87 % des Canadiens choisissent de vivre en famille, composée d'un couple (marié ou en union libre, avec ou sans enfants) ou d'un parent avec au moins un enfant (Statistique Canada, 2006). Au cours des dernières cinquante années, l'organisation de la famille s'est adaptée à d'importants changements qui ont eu lieu dans le paysage social. À l'intérieur de la famille, le couple occupe une place privilégiée et se présente aujourd'hui sous plusieurs formes; couples mariés, couples vivant en union libre, couples de sexe opposé ou de même sexe, couples avec ou sans enfants. Bien que la structure familiale soit en constante évolution, il demeure que la majorité des Canadiens choisissent de former une relation conjugale (Institut Vanier de la famille, 2010). À un moment ou à un autre de la vie conjugale, les couples seront confrontés à divers problèmes.

Le domaine de la psychologie clinique comprend la thérapie conjugale comme champ de spécialisation et plusieurs psychologues cliniciens proposent leurs services aux couples. Cependant, il est estimé que moins de 25 % des couples en détresse font appel à un spécialiste en thérapie conjugale pour résoudre leurs problèmes (Sabourin, Lorange, Wright, Lefebvre, & Poitras-Wright, 2008). Parmi ceux qui entreprennent des démarches de consultation, le délai moyen entre l'apparition des problèmes et le premier contact avec un spécialiste de la thérapie conjugale s'élève à près de 6 ans (Doss, Simpson, & Christensen, 2004). À ces données s'ajoute le phénomène de l'abandon de la thérapie, selon lequel de 15 % à 50 % des couples décident unilatéralement de mettre un terme à la consultation (Mondor, Sabourin, Wright, Poitras-Wright, & McDuff, 2011; Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhoussen, 2007).

La prévalence de la détresse conjugale dans la population est une problématique préoccupante puisque celle-ci est associée à d'autres difficultés d'ordre psychologique, tant chez les adultes que chez leurs enfants (Amato, 2000; Burman & Margolin, 1992). En effet, il est désormais reconnu que les adultes vivant de la détresse conjugale présentent des risques de souffrir de problèmes, notamment l'anxiété et la dépression (Lebow, 2000; Whisman & Uebelacker, 2006). Ceux-ci sont également susceptibles de vivre des

difficultés à plusieurs niveaux, notamment au plan de la santé physique (Bray & Hetherington, 1993; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001), des relations familiales (Cummings & Davies, 2002) ainsi que de la satisfaction au travail (Rogers & May, 2003). Il importe donc de savoir si la thérapie conjugale est une forme d'intervention efficace et de décrire avec précision le processus de consultation des couples.

L'introduction de la présente thèse abordera les thèmes de la recherche proposée, soit les problèmes conjugaux, les mandats thérapeutiques et les objectifs thérapeutiques des couples qui consultent en thérapie en milieu naturel<sup>1</sup>. D'abord, l'état des connaissances actuelles sur la détresse conjugale et les problèmes conjugaux sera exposé. La question de l'efficacité de la thérapie conjugale sera également abordée, de même que celle du choix des instruments utilisés et de la représentativité clinique des études en recherche évaluative. Finalement, la recension des écrits sur les objectifs thérapeutiques sera présentée, suivie de la présentation du construit des mandats thérapeutiques en thérapie conjugale. En conclusion, le but et les objectifs propres à la thèse seront présentés.

## **La détresse conjugale**

La détresse conjugale, ou les « problèmes relationnels avec le partenaire » tels que définis dans la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), réfère à des difficultés de communication ou d'interactions problématiques en présence d'une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu, ou du couple, ou du développement de symptômes chez l'un ou les deux conjoints. L'évaluation de la détresse dans une relation conjugale se distingue de l'évaluation de la détresse psychologique chez les individus puisque l'intérêt est mis sur les interactions entre les partenaires et va au-delà des caractéristiques individuelles (Snyder, Heyman, & Haynes, 2005). À partir de procédures

---

<sup>1</sup> Le terme milieu naturel réfère à un milieu clinique réel, c'est-à-dire un lieu de travail où la clientèle et les services offerts ne sont pas directement influencés par la recherche. Le milieu naturel se distingue d'un milieu clinique universitaire et d'un milieu de recherche (Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, 2000).



taxométriques appliquées aux résultats d'une mesure autorapportée des conflits vécus au sein des relations de couple, le *Marital Satisfaction Inventory-Revised* (MSI-R, Snyder, 1997), il a été établi que le taux de détresse conjugale dans la population générale atteint 31 % (Whisman, Beach, & Snyder, 2008). Parmi les différents indicateurs épidémiologiques de la détresse conjugale, qui seront examinés à tour de rôle, se trouvent le taux de divorce, la présence de violence physique dans les relations de couple, les conduites d'infidélité de même que les problèmes découlant de la relation conjugale comme motif pour vouloir consulter les professionnels de la santé.

## **Le divorce**

L'un des marqueurs les plus saillants de la prévalence de la détresse conjugale dans la population est le taux de divorce qui, globalement, atteint près de 40 % des unions (Clarke-Stewart & Brentano, 2006). Au Canada, il est estimé que quatre mariages sur dix se solderont par un divorce et le Québec est l'une des provinces canadiennes affichant les taux de divorce les plus élevés, à près de 48.4 % (Institut Vanier de la famille, 2010). Aux États-Unis, ce sont près de 50 % des couples mariés qui interrompent leur union et un couple sur deux le fait au cours des huit premières années d'union (Snyder, Castellani, & Whisman, 2006). Néanmoins, les taux de divorce semblent se stabiliser, voire décliner, et ce phénomène pourrait être lié à l'augmentation du nombre de couples en unions libres (Sabourin & Lefebvre, 2008). Selon l'Enquête sociale générale de 2006, les unions libres composées de couples issus du Québec sont plus stables que dans le reste du Canada, particulièrement lorsque les couples ont des enfants (Beaupré & Cloutier, 2007). Cependant, il semble que globalement, le nombre de conjoints qui affirment être très satisfaits de leur mariage est en déclin. Depuis les années 1980, le nombre a chuté de 60 % à 37 % (Snyder, 2005). Ces taux mettent en lumière le fait qu'un nombre important d'individus engagés dans une relation de couple sont susceptibles de vivre des problèmes qui peuvent engendrer la remise en question du couple, voire la séparation.

## **La violence physique**

Un second indicateur de détresse conjugale est la présence de violence physique dans les relations de couple. Au Canada, 7 % des femmes et 6 % des hommes en couple ont affirmé avoir été victimes d'une forme de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire au cours des cinq dernières années (Statistique Canada, 2005). Il est rapporté que la violence conjugale représente près du quart de l'ensemble des crimes violents déclarés au Canada, où 83 % des victimes sont des femmes (Statistique Canada, 2009). Certains estimés de la prévalence à vie de la violence conjugale suggèrent que 30 % des couples vivront au moins un épisode de violence au cours de leur union (Straus & Gelles, 1990). Les études menées auprès de couples qui consultent en thérapie suggèrent qu'entre 25 % et 75 % de ceux-ci ont vécu une forme quelconque de violence (Ehrensaft & Vivian, 1996; Holtzworth-Munroe et al., 1992; Jouriles & O'Leary, 1985; Langhinrichsen-Rohling & Vivian, 1994; O'Leary, Vivian, & Malone, 1992). Parmi les couples qui consultent, 86 % présenteraient des conduites réciproques d'agression, qui se caractérisent par un niveau de violence considéré faible (Cascardi, Langhinrichsen, & Vivian, 1992).

En raison du caractère hétérogène du phénomène de la violence conjugale, un consensus émerge quant à la nécessité de distinguer un minimum de deux formes de violence (Holtzworth-Munroe, Meehan, Rehman, & Marshall, 2002; M. P. Johnson, 1995; Lussier, Wright, Lafontaine, Brassard, & Epstein, 2008). La première forme se nomme l'agression physique sévère ou « terrorisme intime » et fait référence à une violence ayant pour but de maintenir une domination. Cette forme de violence est souvent persistante, fréquente et généralement perpétrée par les hommes. Il s'agit d'un phénomène principalement étudié dans des milieux spécialisés, dont les services de maison d'hébergement (Lussier, et al., 2008). La seconde forme, nommée agression physique moyenne ou « violence commune », est liée à la présence de conflits mal résolus dans le couple, où l'escalade mène parfois à de la violence mineure, transitoire et réciproque. Il s'agit d'un phénomène plus étudié auprès des couples en union récente, des couples issus de la population générale ou auprès des couples qui consultent en thérapie conjugale.

Toutefois, les écrits ne distinguent pas toujours le type de violence dont il est question, bien que la seconde forme de violence soit celle reconnue comme étant la plus fréquemment rencontrée en thérapie conjugale. Certes, ces données demeurent très préoccupantes, car il est également établi qu'avec l'augmentation des années d'union, le risque d'escalade de la violence augmente en matière de fréquence, d'intensité et de gravité (Holtzworth-Munroe, Beak Beatty, & Anglin, 1995).

## **L'infidélité**

L'infidélité ou les relations extraconjugales ont des répercussions considérables sur les relations de couple et elles représentent des phénomènes associés à des niveaux élevés de détresse chez les partenaires. Il existe une lacune importante au sein des écrits scientifiques en ce qui a trait à l'opérationnalisation du construit de l'infidélité (Allen et al., 2005). D'une part, un nombre important d'études ciblent spécifiquement l'adultère ou les comportements sexuels extraconjugaux tandis que d'autre part, plusieurs études privilégient la dimension subjective de l'infidélité, qui possède un caractère idiosyncrasique important. D'ailleurs, Glass et Wright (1988) soulignent la place de plus en plus importante qu'occupe la notion d'infidélité émotionnelle, qui se caractérise par la présence d'intimité émotionnelle et d'attraction sexuelle avec une autre personne, situation qui est vécue en secret du partenaire. De plus, l'usage répandu d'internet a mis en lumière des phénomènes telles la cybersexualité et les relations sexuelles virtuelles qui peuvent, à leur tour, représenter de véritables infidélités (Whitty, 2003).

La prévalence élevée des relations extraconjugales contraste avec la croyance répandue dans la population générale à savoir que la monogamie est une caractéristique essentielle au mariage (Wiederman & Allgeier, 1996). La prévalence à vie des conduites d'infidélité pourrait approcher 40 % pour les hommes et 20 % pour les femmes (Lauman, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994). Annuellement, le taux d'incidence d'adultère chez les individus mariés est estimé à entre 1.5 % et 4.0 % (Wiederman, 1997). Au Canada, un sondage a montré que l'infidélité se situe au quatrième rang des motifs de divorce ou de séparation (Bibby, 2004). En contexte clinique, les relations extraconjugales représentent

l'un des problèmes conjugaux les plus fréquents et pour lesquels les couples recherchent de l'aide professionnelle (Geiss & O'Leary, 1981; Whisman, Dixon, & Johnson, 1997). Plus spécifiquement, près du tiers des couples en thérapie dévoilent une infidélité en cours de traitement (Glass, 2002).

## **Les problèmes conjugaux**

L'état des connaissances sur la prévalence de la détresse conjugale dans la population générale laisse entrevoir qu'un nombre important de couples sont confrontés à divers problèmes conjugaux. Par exemple, un sondage mené auprès de thérapeutes canadiens membres de l'American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) a montré que les motifs de consultation les plus fréquents étaient pour des problèmes dans la relation conjugale (Beaton, Dienhart, Schmidt, & Turner, 2009). De même, un sondage canadien a montré que les individus vivant de la détresse conjugale sont surreprésentés parmi les gens consultant dans les services de santé mentale (Lin, Goering, Offord, Campbell, & Boyle, 1996). Les difficultés psychologiques associées au divorce ou à la séparation ont d'ailleurs été identifiées dans le cadre d'un sondage national mené aux États-Unis comme étant les facteurs générant le plus haut degré de détresse émotionnelle (Swindle, Heller, Pescosolido, & Kikuzawa, 2000). Ainsi, les individus aux prises avec des problèmes dans leurs relations conjugales vivent des niveaux de détresse souvent importants.

Face aux problèmes qu'ils éprouvent, certains couples se tournent vers la thérapie conjugale pour rechercher de l'aide. Du point de vue de la clinique, une partie importante du travail du thérapeute consiste à évaluer et à comprendre les problèmes qui amènent les couples à vouloir consulter, en plus des difficultés déjà présentes dans la relation et qui contribuent aux dynamiques conjugales. À ce sujet, certains chercheurs ont souligné l'importance de faire correspondre les interventions thérapeutiques aux problèmes spécifiques des couples (Doss, Atkins, & Christensen, 2003; Doss, et al., 2004). Une étude qualitative a montré que l'occurrence de moments-clés (*pivotal moments*) au cours de la thérapie conjugale était spécifiquement liée à des discussions répétées ayant pour thème les

problèmes conjugaux qui ont amené les couples à rechercher de l'aide (Helmeke & Sprenkle, 2000).

Dans le but d'identifier les thèmes de recherche les plus pertinents pour le domaine de la thérapie conjugale, Geiss et O'Leary (1981) ont mené une étude pionnière auprès de thérapeutes membres de l'AAMFT. Par sondage, ces derniers se sont prononcés sur le niveau de difficulté, la fréquence et la sévérité de 29 problèmes conjugaux. Les thérapeutes ont identifié la communication comme étant le problème le plus fréquent et ayant les effets les plus négatifs sur la relation. La communication a aussi été choisie comme thème de recherche le plus pertinent pour le domaine de la recherche sur la thérapie conjugale. Parmi les problèmes conjugaux, les attentes irréalistes envers le mariage, le manque d'affection, les enjeux de pouvoir, les problèmes individuels et les relations extraconjugales ont également été identifiés comme étant des difficultés importantes qui affectent les couples. Une quinzaine d'années plus tard, Whisman, Dixon et Johnson (1997) ont répliqué l'étude de Geiss et O'Leary (1981) afin de mettre à jour les problèmes les plus fréquents. Les membres de l'AAMFT se sont à nouveau prononcés sur les 29 problèmes conjugaux et ceux-ci ont rapporté que le manque d'affection, les enjeux de pouvoir, la communication, les relations extraconjugales et les attentes irréalistes constituaient les problèmes les plus importants. De plus, la résistance au changement ou la réticence à s'attribuer une part de responsabilité, de même que le manque d'engagement envers la relation, ont toutes été identifiées comme étant des caractéristiques associées à un résultat négatif de la thérapie conjugale. Finalement, les 29 problèmes conjugaux proposés par Geiss et O'Leary (1981) ont également été employés dans le cadre d'un sondage mené auprès de jeunes adultes du Québec (Boisvert et al., 1995). Les résultats étaient similaires à ceux rapportés par les thérapeutes américains (Geiss & O'Leary, 1981; Whisman, et al., 1997); les problèmes au niveau de la communication ont une fois de plus été les plus fréquents chez les couples formés par de jeunes adultes québécois.

Certaines études se sont spécifiquement intéressées aux problèmes conjugaux présents chez les couples engagés dans des relations à long terme. Par exemple, une étude

menée auprès de 156 couples et proposant une liste de 10 problèmes conjugaux a montré que les problèmes suscitant le plus de désaccord entre les conjoints étaient relatifs à la communication, aux enfants, à l'argent, aux loisirs et à la sexualité (Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993). Dans le cadre d'une étude menée par sondage, des individus âgés entre 35 ans et 65 ans ont évalué la fréquence de 14 problèmes conjugaux (Henry & Miller, 2004). Les problèmes de couple les plus fréquents étaient reliés aux thèmes des finances, des enfants et de la sexualité. Les auteurs, en se basant sur des corrélations avec la satisfaction conjugale, ont suggéré que les valeurs, la communication, la prise de décision, l'intimité émotionnelle et la sexualité représentaient des problèmes associés à la détresse conjugale (Henry & Miller, 2004). Dans le cadre d'une étude longitudinale, Storaasli et Markman (1990) ont examiné l'intensité perçue de 10 problèmes conjugaux auprès de couples recrutés dans la communauté. L'étude s'est déroulée d'une période précédant le mariage, aux premières années de mariage, puis aux premières années de vie de couple avec enfants. À mesure que les couples cheminaient à travers ces étapes, les problèmes relatifs à la communication et à la sexualité ont augmenté et étaient fortement associés au niveau de détresse conjugale des partenaires.

La recension des écrits sur les problèmes conjugaux comporte un faible nombre d'études menées à partir d'échantillons cliniques de couples. Néanmoins, Miller, Yorgason, Sanderg et White (2003) ont étudié un échantillon de couples consultant dans une clinique de thérapie familiale affiliée à une université américaine. Les problèmes relatifs à la communication constituaient les motifs de consultation les plus fréquemment mentionnés par les couples et les problèmes conjugaux les plus fréquents étaient reliés à la communication, aux finances, à l'intimité émotionnelle, à la sexualité et à la prise de décision. Dans cette étude, les femmes ont rapporté des niveaux plus élevés de problèmes dans leur relation que les hommes et peu de différences ont été trouvées sur la base de la durée de la relation (Miller, et al., 2003).

En portant une attention particulière aux procédures méthodologiques, il ressort qu'en majorité, ces études ont employé des listes prédéfinies de problèmes conjugaux,

comparativement à des questions ouvertes visant à recueillir les propos des couples sur les problèmes qui les affectent. Recueillant les problèmes conjugaux de manière qualitative et dans le but de comparer les individus au sein de couples qui se fréquentent, qui cohabitent ou qui sont mariés, Hsueh, Morrison et Doss (2009) ont proposé un système de catégorisation des problèmes conjugaux. Les résultats de cette première étude ont montré que le système était valide et fidèle. Les problèmes conjugaux les plus fréquents au sein des couples en cohabitation concernaient les domaines spécifiques de la relation actuelle (c.-à-d. les finances, la famille élargie, etc.), les problèmes individuels, la communication, les conflits et la distance émotionnelle et affective. Comparativement aux individus mariés, les individus en relation de cohabitation avaient plus de chances de rapporter des problèmes reliés aux conflits et moins de chances de rapporter des problèmes reliés à la sexualité.

Une seule étude a examiné les motifs amenant les couples à consulter en employant une méthodologie basée sur une question ouverte pour recueillir les problèmes des conjoints (Doss, et al., 2004). Les motifs les plus fréquents étaient reliés à la communication et au manque d'affection émotionnelle, pour les deux partenaires. Les femmes ont également rapporté davantage de motifs pour vouloir consulter que leurs partenaires. En raison du fait que cette étude faisait partie d'une plus vaste étude sur l'efficacité de la thérapie conjugale (Christensen et al., 2004), les couples étaient inclus si plusieurs critères de sélection étaient satisfaits. Par conséquent, cette étude a exclu des couples ne vivant pas ou peu de détresse et désirant une consultation d'appoint, ce qui peut être représentatif d'une certaine proportion de couples consultant en thérapie conjugale pratiquée en milieu naturel.

## **Les modèles théoriques des relations conjugales**

À ce jour, il n'y a pas de théorie unificatrice des relations conjugales et de théorie de la thérapie conjugale, en dépit des efforts rigoureux d'examen de l'efficacité des interventions auprès des couples (S. M. Johnson, 2003; S. M. Johnson & Lebow, 2000). On dispose plutôt d'une série de modèles théoriques étiologiques des relations conjugales, chacun étant étroitement campé à l'intérieur d'une approche thérapeutique en particulier.

Parmi les approches thérapeutiques ayant marqué l'évolution de la thérapie conjugale se trouvent la thérapie conjugale comportementale, la thérapie conjugale comportementale intégrative, la thérapie centrée sur les émotions, la thérapie conjugale orientée sur l'insight (Gurman & Fraenkel, 2002). Afin de favoriser la comparaison des approches thérapeutiques en thérapie conjugale, Gurman (2008) a proposé un cadre de référence. Ainsi, les approches en thérapie conjugale se doivent (a) de situer l'approche au plan historique, (b) de présenter la structure du processus thérapeutique, (c) de préciser le rôle du thérapeute, (d) d'inclure un plan d'évaluation et de traitement, (e) de décrire le processus d'élaboration des objectifs thérapeutiques, (f) de spécifier les aspects techniques du processus, (g) de décrire les mécanismes de changement et (h) d'évaluer l'applicabilité du traitement et le soutien empirique.

Afin d'approfondir les processus à l'œuvre dans les relations conjugales, certains auteurs ont tenté d'offrir une base de référence intégrative (Karpel, 1994; Sternberg, 1986, 2006). Sabourin et Lefebvre (2008) proposent le schéma psychopathologique des problèmes de couple comme étant une conception des processus conjugaux qui met en scène trois sphères distinctes et interdépendantes de la vie conjugale : l'engagement, l'intimité et la passion. La majorité des travaux théoriques sur les relations conjugales comporte des références directes ou indirectes à ces trois sphères relationnelles. L'utilité de cette analyse repose sur l'intérêt de développer un langage commun pour les chercheurs et les cliniciens dans le domaine des relations de couple.

## **L'efficacité de la thérapie conjugale**

L'une des questions les plus fondamentales dans le domaine des relations de couple est de savoir si la thérapie conjugale constitue une méthode de traitement efficace pour les problèmes conjugaux et la détresse conjugale. Par le passé, des auteurs, à partir d'une douzaine d'études, ont jugé qu'il existait un consensus clair quant à l'efficacité de la thérapie conjugale pour le traitement des problèmes conjugaux, comparée à une condition sans traitement (Bray & Jouriles, 1995; Christensen & Heavey, 1999; Lebow & Gurman, 1995). La taille d'effet (*d*) est un indice statistique permettant d'évaluer l'efficacité d'un



traitement à travers différentes études utilisant plusieurs instruments de mesure. Gurman et Fraenkel (2002) rapportent des tailles d'effet allant de moyennes ( $d = .50$ ) à très grandes ( $d = 1.0$ ), avec une majorité des valeurs considérées grandes ( $d = .80$ ). Shadish et Baldwin (2003) ont examiné six méta-analyses, comparant la thérapie conjugale à une condition sans traitement. La taille d'effet moyenne s'élève à  $.84$ , ce qui signifie qu'un individu recevant un traitement pour la détresse conjugale se porte mieux que plus de 80 % des individus qui n'auraient pas reçu un tel traitement (Shadish & Baldwin, 2003). Plus récemment, Shadish et Baldwin (2005) ont effectué une méta-analyse de 30 études évaluant le traitement de la détresse conjugale en comparant la thérapie conjugale comportementale à une condition sans traitement. Ces auteurs rapportent une taille d'effet de  $.59$ , ce qui est légèrement inférieur à la taille d'effet de  $.84$  rapportée dans la méta-analyse de Shadish et Baldwin (2003), qui comprenait des études de différentes approches thérapeutiques.

L'efficacité des interventions propres à différentes approches thérapeutiques en thérapie conjugale a également été évaluée. Le *Groupe de travail sur les traitements psychologiques soutenus empiriquement* classe la thérapie conjugale comportementale (Dunn & Schwebel, 1995; Jacobson & Addis, 1993; 2005) comme étant un traitement soutenu empiriquement bien établi, tandis que la thérapie conjugale centrée sur les émotions (S. M. Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999) et la thérapie conjugale orientée sur l'insight (Snyder & Wills, 1989) sont situées parmi les traitements soutenus empiriquement probablement efficaces (Chambless et al., 1998). Ces approches ont fait l'objet d'essais cliniques randomisés rigoureux et possèdent ces statuts en vertu des critères précisés par Chambless et al. (1998). Au plan des changements statistiquement significatifs, plusieurs études ont montré l'efficacité des différentes approches en thérapie conjugale: l'efficacité de l'approche comportementale a été évaluée 28 fois, celle de l'approche centrée sur les émotions, 6 fois, celles de l'approche orientée sur l'insight, 2 fois, et celle de l'approche systémique, 2 fois (Wright, et al., 2007). Plus récemment, l'approche comportementale intégrée (Jacobson & Christensen, 1996), qui allie des interventions comportementales plus traditionnelles à des interventions visant une meilleure acceptation entre les partenaires, a été évaluée dans le cadre de l'essai clinique randomisé le plus

important jamais conduit en thérapie conjugale (Christensen, et al., 2004; Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George, 2006). Parmi les couples ayant reçu l'approche comportementale intégrée, 71 % de ceux-ci ont rapporté des améliorations cliniquement significatives au niveau de la satisfaction conjugale, entre le début et la fin de l'intervention.

En outre, certaines études ont également évalué l'efficacité de la thérapie conjugale pour traiter une pathologie individuelle comorbide à la détresse conjugale, parmi lesquelles se trouvent la dépression, la toxicomanie et les dysfonctions sexuelles. Wright et al. (2007) rapportent que les tailles d'effets de ces études varient de  $d = 0.74$  à  $d = 2.89$ . À la lumière de ces résultats prometteurs, la thérapie conjugale semble être une méthode de traitement de choix pour la détresse conjugale de même que pour des pathologies pouvant affecter les partenaires du couple. Néanmoins, davantage d'études sont nécessaires afin de pouvoir recommander, à partir d'un contexte clinique précis, une approche thérapeutique spécifique de thérapie conjugale.

## **La représentativité clinique**

La pratique fondée sur les données probantes en thérapie conjugale supporte l'implantation des traitements soutenus empiriquement dans les milieux cliniques réels (Patterson, Miller, Carnes, & Wilson, 2004). Or, seulement 7 % des études d'efficacité répertoriées par Shadish et al. (1995) ont été menées en milieu naturel. Dans ce contexte, la dissémination de ces traitements semble prématurée et les chercheurs portent un intérêt grandissant à la question de la représentativité clinique des études en thérapie conjugale (Wright, et al., 2007).

La représentativité clinique est définie comme étant la généralisabilité des procédures d'évaluation et de diagnostic, du protocole de traitement et des résultats de la thérapie du milieu de recherche au milieu de pratique réel (Shadish et al., 1997). Une grille de cotation comportant dix dimensions est disponible pour évaluer la représentativité clinique d'une étude (Shadish, et al., 2000). Ces critères comprennent (a) le niveau d'acuité

des problèmes, (b) le milieu de traitement, (c) les sources de références, (d) l'expérience des thérapeutes, (e) le niveau de structure du traitement, (f) la surveillance des thérapeutes, (g) l'hétérogénéité des problèmes, (h) l'entraînement des thérapeutes, (i) la flexibilité du nombre de séances et (j) la liberté des thérapeutes. Wright et al. (2007) ont mesuré la représentativité de 50 études d'efficacité de la thérapie conjugale et ces études ont obtenu un score global moyen de 4.19 ( $ÉT = 1.67$ ) sur 10, ce qui est à mi-chemin entre des conditions totalement contrôlées et tout à fait réelles. Il existe donc un besoin d'étudier les interventions conjugales dans des conditions plus représentatives de la réalité clinique.

## **Les mesures individualisées du changement**

Les chercheurs et les cliniciens recourent aux mesures standardisées pour évaluer le changement en thérapie. Ces instruments mesurent le changement au niveau de construits psychologiques, mais ne peuvent rendre compte de changements ayant lieu hors du construit pour lequel ils sont employés (Bilsbury & Richman, 2002; Kiesler, 1966). Par conséquent, les participants peuvent être évalués sur des variables que le traitement n'était pas conçu pour influencer (Boothroyd & Banks, 2006). De même, le modèle psychométrique sous-jacent aux instruments standardisés peut être considéré problématique en ce sens que la sévérité est parfois déterminée par le nombre de symptômes, sans tenir compte de l'intensité de ceux-ci (Fava, Ruini, & Rafanelli, 2004).

Une récente recension en recherche familiale et conjugale a montré que plus de 480 mesures différentes étaient utilisées dans les études, avec plus de 85 % de mesures autorapportées (Sanderson et al., 2009). Une variable continue fréquemment employée en recherche évaluative pour qualifier la qualité des relations de couple prend généralement la forme d'une mesure de détresse conjugale, de satisfaction conjugale, d'ajustement conjugal ou de discordance conjugale. Les deux mesures ayant été les plus fréquemment utilisées sont le *Locke-Wallace Marital Adjustment Test* (MAT; Locke & Wallace, 1959) et le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). Funk et Rogge (2007) ont comparé huit questionnaires autorapportés de satisfaction conjugale, parmi lesquels se trouvent ces deux questionnaires. À l'aide de la théorie de la réponse à l'item, ils ont montré que ces

questionnaires offrent des niveaux de précision relativement faibles pour évaluer la détresse conjugale et qu'ils contiennent un nombre d'items trop élevé, ce qui mène à un trop grand niveau d'erreur de mesure. Cette démonstration aura sans doute un impact majeur sur les recherches futures, car l'examen des études d'efficacité en thérapie conjugale révèle que la réussite thérapeutique est, dans la majorité des cas, uniquement déterminée par la diminution de la détresse conjugale (Addison, Sandberg, Corby, Robila, & Platt, 2002).

En contrepartie, les mesures individualisées du changement en thérapie permettent de mettre l'accent sur l'unicité et la diversité de ces derniers. Ces mesures permettent de tenir compte de l'hétérogénéité des clients, de la complexité de leurs problèmes et elles peuvent être utilisées conjointement avec des instruments standardisés. Deux mesures individualisées sont couramment mentionnées à travers les écrits: le *Target Complaints* (Battle et al., 1966) et le *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968).

### **La mesure Target Complaints**

La mesure *Target Complaints* utilise l'amélioration des problèmes rapportés par le client comme critère d'efficacité. Cette mesure est facilement complétée par les clients qui sont invités, dès le début de la thérapie, à spécifier trois problèmes et à déterminer le degré de sévérité de chacun. À la fin de la thérapie, ceux-ci sont invités à déterminer le nouveau degré de sévérité et le changement perçu sur ces problèmes. Cet outil a démontré sa pertinence, car des études montrent que les problèmes vécus sont liés à la motivation à rechercher une aide thérapeutique (Battle, et al., 1966; Yeh & Weisz, 2001) et ceux-ci ne sont pas forcément évalués par les questionnaires standardisés.

Le *Target Complaints* a été inclus dans la batterie de mesures à utiliser en recherche évaluative proposée par le *National Institute of Mental Health* (NIMH) aux États-Unis (Waskow & Parloff, 1975). La recension des recherches en thérapie conjugale indique que six études ont utilisé cette mesure (Dandeneau & Johnson, 1994; Davidson & Horvath, 1997; Goldman & Greenberg, 1992; James, 1991; S. M. Johnson & Greenberg, 1985; Makinen & Johnson, 2006).

## La mesure Goal Attainment Scaling

Le GAS est la mesure individualisée ayant été la plus utilisée dans les études cliniques. En 1969, le NIMH a recommandé le développement, l'implantation et la dissémination de cette mesure. Plutôt que de se concentrer sur les problèmes à résoudre, comme le *Target Complaints*, elle vise à évaluer des objectifs thérapeutiques, à mesurer le changement de façon individualisée et à permettre ensuite de la comparaison entre les clients. Cet outil a été développé dans le but d'évaluer les programmes d'intervention individuelle en santé mentale et son champ d'application aujourd'hui comprend notamment les domaines de l'éducation, de la réadaptation et de la psychothérapie. Les clients sont évalués sur une série d'objectifs thérapeutiques élaborés au début de la thérapie. Il est aussi possible de pondérer de manière non uniforme l'importance des objectifs thérapeutiques. Pour chacun de ceux-ci, une échelle de résultats possibles est créée, allant des résultats largement inférieurs aux attentes aux résultats largement supérieurs aux attentes. La formulation des objectifs thérapeutiques et des résultats possibles doit être suffisamment précise pour permettre à un observateur indépendant d'évaluer l'atteinte des objectifs à tout moment (Ogles, Lambert, & Fields, 2002). Un score d'atteinte des objectifs est obtenu suivant une procédure mathématique produisant un score standard sur une échelle ayant une valeur moyenne de 50 et un écart-type de 10 (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994).

Cette mesure comporte un large éventail au plan des procédures d'application. Le Tableau 1 présente une synthèse des choix méthodologiques possibles lors de l'implantation de la mesure GAS<sup>2</sup>. Deux choix seront discutés dans les prochains paragraphes : celui de la source de détermination des objectifs, c'est-à-dire la personne qui complète la mesure, ainsi que celui de la pondération des objectifs. En ce qui concerne les autres choix méthodologiques, Kiresuk et al. (1994) estiment que bien que certaines variantes aient été testées dans les études, les choix les plus associés à la facilité

---

<sup>2</sup> Les choix méthodologiques marqués d'un astérisque représentent les options retenues pour la recherche qui sera proposée dans la présente thèse.

d'implantation et à l'obtention de scores valides consistent à élaborer 3 objectifs thérapeutiques avec 5 niveaux de résultats, puis d'en évaluer l'atteinte à la fin de la thérapie.

**Tableau 1 : Choix méthodologiques possibles dans l'utilisation de la mesure GAS**

Source de détermination des objectifs	Nombre d'objectifs	Niveaux de résultats possibles	Pondération des objectifs	Moment d'évaluer l'atteinte des objectifs	Source d'évaluation de l'atteinte des objectifs
Évaluateur indépendant	3*	3	Oui	Fin de la thérapie*	Évaluateur indépendant
Thérapeute seul*	5	5*	Non*	Moment fixe après le début de la thérapie	Thérapeute seul*
Client seul		7		Moment fixe après la fin de la thérapie	Client seul
Thérapeute et client					Thérapeute et client

Originellement, dans la version de l'instrument GAS comme présenté par Kiresuk et Sherman (1968), un évaluateur indépendant de la dyade thérapeute-client était mandaté pour compléter la mesure de trois objectifs. Or, avec l'implantation de la mesure GAS dans plusieurs contextes d'utilisation, différents individus ont été impliqués dans le processus au fil des études, notamment les thérapeutes, les clients ou les clients et les thérapeutes de façon conjointe. Boothroyd et Banks (2006), dans une recension des contextes d'utilisation de la mesure GAS, ont relevé que la principale critique contre l'emploi des thérapeutes était le risque que ces derniers soient biaisés au niveau de l'élaboration des niveaux de résultats attendus. Des biais non intentionnels pourraient survenir lors de la création des échelles de résultats possibles, où les objectifs pourraient être trop faciles à atteindre, ou lors de l'évaluation du niveau de résultats atteints, où les améliorations notées ne seraient pas

réelles. Ainsi, les thérapeutes pourraient avoir de faibles attentes, de manière à faire ressortir un changement plus important chez les clients. Dans d'autres cas, les attentes irréalistes pourraient être le reflet d'un manque de formation des thérapeutes. Ces difficultés dans la formation et dans l'établissement d'attentes réalistes ont amené certains auteurs à plutôt recommander l'usage de questionnaires autorapportés dans le choix d'instruments au sein des études évaluatives (Ogles, et al., 2002). Néanmoins, plusieurs auteurs privilégient le choix du thérapeute comme utilisateur principal de la mesure GAS en raison du fait que l'élaboration d'objectifs thérapeutiques constitue une partie importante du travail du thérapeute et de la difficulté de pouvoir bénéficier des services d'un évaluateur indépendant (Kiresuk, et al., 1994). En appui à ce constat se trouvent les résultats d'une étude ayant montré qu'au moment d'évaluer les changements à la suite de la thérapie, les clients avaient tendance à considérer qu'ils s'étaient améliorés dans une plus grande mesure que ce qu'en jugeaient les thérapeutes (Doherty & Simmons, 1996).

En second lieu, dans la procédure originalement proposée par Kiresuk et Sherman (1968), il était possible pour l'utilisateur complétant le tableau d'objectifs de pondérer l'importance de chacun de ceux-ci, les uns par rapport aux autres. D'un point de vue historique, Seaberg et Gillespie (1977) ont été les premiers à exprimer des doutes importants sur le processus de pondération des objectifs. Leur argument central reposait sur l'idée qu'il n'existe pas de critère objectif pour juger de l'importance des objectifs. En effet, pour certains, la sévérité du problème sera le critère, tandis que pour d'autres, ce sera le temps accordé en thérapie. Du point de vue statistique, une procédure de pondération serait appropriée dans le cas où les objectifs des clients seraient orthogonaux de nature, ce qui demeure difficile à soutenir (Fiester & Fort, 1978). Plus récemment, certains chercheurs soulignent qu'au mieux, la pondération serait établie par l'établissement d'un consensus de quelques personnes. On mentionne également que la pondération crée une augmentation importante de la variance et qu'en fin de compte, les valeurs numériques risquent de donner une fausse valeur d'authenticité aux scores (MacKay, Somerville, & Lundie, 1996). Devant ces critiques, les concepteurs de la mesure GAS ont finalement révisé leur position en affirmant qu'il valait mieux ne pas pondérer les objectifs (Cardillo & Smith, 1994).

Devant la forte popularité de la mesure GAS au cours des années 1970 et 1980, certains écrits se sont attardés spécifiquement à ses lacunes (Calsyn & Davidson, 1978; Mintz & Kiesler, 1982), la principale étant la faible validité convergente avec les instruments standardisés. En effet, les scores GAS corrélaient de façon modérée avec les instruments standardisés, ce qui indique que cette mesure évalue en partie seulement les caractéristiques évaluées par les mesures standards de fonctionnement. Les instruments standardisés utilisés dans le domaine de la recherche évaluative sur l'efficacité des interventions psychologiques sont des mesures de fonctionnement de construits tels la détresse psychologique, la dépression ou la détresse conjugale, employés de façon à effectuer des analyses sur les scores pré-thérapie/post-thérapie. Or, des associations modérées étaient attendues par les concepteurs de la mesure GAS (Kiresuk & Sherman, 1968). Smith et Cardillo (1994) précisent que mesurer le changement, et non pas le fonctionnement, distingue la procédure GAS. De plus, les relations modestes, mais statistiquement significatives, avec les instruments standardisés de fonctionnement sont considérées par certains comme étant plutôt le reflet de la nature individualisée de la mesure GAS (Beidel, 1988).

La validité de construit d'un test réfère au degré de certitude avec laquelle le test mesure le construit théorique. Le GAS, tel que postulé par les concepteurs (Kiresuk & Sherman, 1968), vise à évaluer le changement à la suite de la thérapie. Smith et Cardillo (1994) interprètent le nombre important d'études ayant utilisé le GAS comme étant autant de preuves du fait que cet instrument est véritablement une mesure du changement induit par la thérapie. Leur raisonnement se base, d'une part, sur l'accumulation des résultats d'études ayant employé le GAS et d'autre part, sur le cas précis des études ayant comparé différents types de thérapies entre elles. Premièrement, la littérature sur les études ayant mesuré le changement à l'aide de la mesure GAS fait état de différents contextes d'utilisation. Certains protocoles d'évaluation ont étudié une seule modalité de traitement tandis que d'autres se basaient sur plusieurs. Smith et Cardillo (1994) soutiennent que ces études présentent des résultats avec une moyenne située approximativement à 50.0, avec un écart-type de 10.0. Pris globalement, ces résultats obtenus avec le GAS montrent que les



participants aux études ont atteint de manière statistique leurs objectifs. Deuxièmement, les études ayant un devis de recherche qui comprend la comparaison de différents types de thérapie offrent un contexte privilégié pour examiner la validité de construit du test. La première étude utilisant un tel devis de recherche avec le GAS tentait d'évaluer l'efficacité de quatre types de thérapie : la psychothérapie individuelle, la thérapie de groupe, la pharmacothérapie et le traitement à l'hôpital de jour (Garwick, 1974). Les résultats montrent que les 249 clients se sont améliorés, sans toutefois obtenir de différence significative entre les groupes. Néanmoins, le GAS s'est comporté de la même façon que les autres instruments, ce qui porte à croire que les quatre types de traitements ont produit des résultats semblables et que le GAS, comme les autres mesures, a reflété cette situation. Dans un autre domaine, Gembol (1981) a étudié l'efficacité d'un programme d'intervention pour les femmes visant l'affirmation de soi à l'aide d'un devis employant un groupe expérimental et un groupe contrôle. Les résultats de cette étude ont montré que le GAS est parvenu à différencier les effets du programme d'intervention de ceux du groupe contrôle. En plus, le GAS présentait une forte relation avec le questionnaire standardisé d'affirmation de soi utilisé (Gembol, 1981).

Bien que l'utilisation de la mesure GAS ait été recommandée en recherche sur la thérapie conjugale (Jacobson, Follette, & Elwood, 1984; Russell, Olson, Sprenkle, & Atilano, 1983; Whisman & Snyder, 1997), la recension de la cinquantaine d'études évaluatives révèle que seulement deux parmi celles-ci ont utilisé cette procédure en tant que mesure de changement (Goldman & Greenberg, 1992; S. M. Johnson & Greenberg, 1985). Par exemple, Johnson et Greenberg (1985) ont effectué une étude comparant les effets de la thérapie par résolution de problèmes, de la thérapie expérientielle à ceux d'une condition liste d'attente. Les 45 couples participants à l'étude ont été assignés aléatoirement à l'un des trois groupes et les résultats ont montré que les deux conditions de thérapie étaient supérieures à la condition liste d'attente, la thérapie expérientielle s'étant révélée légèrement supérieure à la résolution de problèmes. Encore une fois, les scores GAS obtenus par les couples se sont avérés efficaces pour distinguer les différences rapportées entre les groupes. Ainsi, l'ensemble de cette littérature a incité Smith et Cardillo (1994) à

affirmer que ces preuves étaient suffisamment convaincantes pour appuyer l'idée que le GAS constitue véritablement une mesure du changement induit par la thérapie.

En somme, plusieurs chercheurs considèrent aujourd'hui le GAS comme étant non seulement option viable, mais recommandée pour évaluer le changement en thérapie. En effet, Boothroyd et Banks (2006) ont identifié des auteurs contemporains, regroupés dans les domaines de la psychologie clinique, de la gériatrie et de la réadaptation, qui utilisent le GAS et sont satisfaits par ses propriétés psychométriques (Becker, Stuifbergen, Rogers, & Timmerman, 2000; J. E. Gordon, Powell, & Rockwood, 1999; Grenville & Lyne, 1995; Shefler, Canetti, & Wiseman, 2001; Sladeczek, Elliot, Kratochwill, Robertson-Mjaanes, & Stoiber, 2001; Stolee, Zaza, Pedlar, & Myers, 1999). Dans ces études, la fidélité de la mesure GAS est habituellement établie par l'obtention d'accords interjuges entre deux thérapeutes au niveau du score d'atteinte des objectifs thérapeutiques. Une formation adéquate et une vérification de la maîtrise des procédures par les thérapeutes constituent également des moyens pour assurer une plus grande fidélité des scores (Beidel, 1988).

## **Les objectifs thérapeutiques**

La recherche évaluative en thérapie conjugale n'a que très peu exploré la nature ou l'atteinte des objectifs thérapeutiques dans le cadre des interventions auprès des couples. De son côté, la recherche en thérapie individuelle définit les objectifs thérapeutiques comme étant des changements à atteindre à la suite de la thérapie et à propos desquels le client et le thérapeute s'entendent dès le début du traitement (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Les objectifs thérapeutiques se distinguent des objectifs personnels ou motivationnels, ces derniers étant plus abstraits et moins opérationnalisés que les objectifs thérapeutiques. La recherche sur les objectifs thérapeutiques est pertinente à plusieurs égards. Outre que la participation des clients dans le choix des objectifs favoriserait le développement d'attentes réalistes et améliorerait la coopération entre les clients et le thérapeute (Evans, 1981), l'élaboration des objectifs est un processus thérapeutique en soi (Grosse Holtforth & Castonguay, 2005).

La pratique fondée sur les données probantes est issue des travaux du *Groupe de travail sur les traitements soutenus empiriquement* (Chambless & Ollendick, 2001) et du *Groupe de travail sur les relations thérapeutiques éprouvées* (Norcross, 2001). Un troisième groupe vise depuis peu à établir une liste des principes éprouvés en thérapie. À partir d'études sur les troubles de la personnalité, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles de comportements répétitifs comme la toxicomanie, Castonguay et Beutler (2006) ont élaboré 40 principes thérapeutiques. Ces principes sont regroupés en quatre groupes : ceux qui ont trait aux clients (10), à la relation thérapeutique (9), aux techniques et aux interventions (17) et les autres (4). Les énoncés de cinq de ces principes se rapportent aux objectifs thérapeutiques ou aux problèmes des clients: (a) le traitement est plus efficace lorsque le thérapeute et le client s'entendent sur les objectifs thérapeutiques et recherchent activement à les atteindre, (b) les stratégies les plus efficaces mettent l'accent sur les problèmes des clients, (c) une évaluation continue de l'atteinte des objectifs thérapeutiques par le thérapeute et le client optimise l'efficacité, (d) les thérapeutes qui proposent des changements graduels à leurs clients obtiennent de meilleurs résultats et (e) le thérapeute et le client doivent définir des objectifs thérapeutiques clairs. Les travaux de ce groupe sont prometteurs, car ils recourent diverses approches et modalités thérapeutiques (Hunsley, 2003). On peut croire que l'application de ces principes à la thérapie conjugale permettrait là aussi d'améliorer l'efficacité des traitements.

Le concept de la signification clinique fait référence à des changements réels qui font une différence dans la vie du client ou de ceux qui l'entourent. Différentes méthodes sont utilisées pour l'évaluer, incluant la méthode de la comparaison, où le fonctionnement du client est comparé à celui d'autres populations, et la méthode du changement absolu, où c'est la présence de critères diagnostiques chez un client qui est évaluée (Kazdin, 2003). En plus des méthodes actuelles, Kazdin (1999) recommande le développement d'une typologie des objectifs thérapeutiques dans le but d'aider les chercheurs et les cliniciens à identifier les domaines de changements cliniquement significatifs pertinents. Par exemple, la diminution des symptômes ou un fonctionnement dans la gamme normale ne sont pas des critères pertinents si les objectifs thérapeutiques ne sont pas directement reliés aux

symptômes. Pour l'instant, les méthodes disponibles pour déterminer la signification clinique ne tiennent pas compte de la diversité des objectifs thérapeutiques, ni du fait que les changements sont reliés à la nature des objectifs de la thérapie. Différents auteurs en thérapie de couple et individuelle ont récemment proposé d'utiliser l'atteinte des objectifs thérapeutiques comme critère de réussite afin de combler le manque de données provenant des thérapeutes et les lacunes d'une définition unique du succès, (Hampson & Beavers, 1996; Hampson, Prince, & Beavers, 1999; Kazdin, 1999; Michalak & Grosse Holtforth, 2006; Ward & McCollum, 2005; Wright, Mondor, Sabourin, & Pinosof, 2008).

En thérapie conjugale, les objectifs thérapeutiques sur lesquels le couple et le thérapeute s'entendent peuvent être étroitement liés à l'approche thérapeutique qui guide les interventions du thérapeute. À l'heure actuelle, il n'existe pas de recension des objectifs thérapeutiques qui sont élaborés dans les contextes d'intervention auprès des couples, et ce, à travers les différentes approches thérapeutiques en thérapie conjugale. Néanmoins, l'examen des travaux pionniers dans le domaine des relations conjugales, de concert avec les études s'intéressant aux pratiques cliniques fondées sur des données probantes en thérapie conjugale, permet de proposer une série de catégories regroupant, avec un certain niveau de confiance, l'ensemble des objectifs thérapeutiques pouvant être rencontrés en clinique. Le Tableau 2 présente les 12 catégories d'objectifs thérapeutiques des couples.

### **Système de catégorisation des objectifs thérapeutiques des couples**

**Tableau 2 : Liste des objectifs thérapeutiques des couples**

1. Communication	7. Sexualité	11. Ambivalence
2. Résolution de problèmes	8. Problèmes individuels	12. Séparation
3. Comportements	9. Trauma/Violence	
4. Cognitions	10. Famille	
5. Émotions		
6. Différences		

Les interventions principales de l'approche cognitive-comportementale, qui prend appui sur la thérapie conjugale comportementale traditionnelle, comprennent le travail sur

la (1) communication, la (2) résolution de problèmes et (3) l'échange comportemental (Jacobson & Margolin, 1979; Stuart, 1980; Wright, 2007). Par la suite, les modèles cognitifs développés dans le domaine de la psychopathologie individuelle (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977) ont eu des influences importantes sur la thérapie conjugale. C'est ainsi que les objectifs thérapeutiques visant spécifiquement les (4) cognitions ont vu le jour. Ceux-ci incluent notamment le travail sur les assomptions, les normes, l'attention sélective, les attributions et les attentes concernant les relations conjugales (Epstein & Baucom, 2002; Epstein, Baucom, & Wright, 2008). Étant donné l'importance de la sphère émotionnelle dans le contexte des relations conjugales, des objectifs thérapeutiques ciblant les (5) émotions ou l'attachement des partenaires font partie des objectifs de traitement des couples en consultation. Le travail clinique vise notamment l'expression des émotions et la régulation des émotions négatives (Baucom, Epstein, La Taillade, & Kirby, 2008; Epstein & Baucom, 2002). La thérapie conjugale centrée sur les émotions a également fourni un apport considérable à cet ensemble d'objectifs et de stratégies thérapeutiques (S. M. Johnson, 1996). Finalement, la contribution récente de l'approche comportementale intégrée propose des objectifs thérapeutiques visant l'acceptation des (6) différences individuelles entre les partenaires. Ce modèle de traitement conçoit que les différences entre les conjoints sont associées au niveau de détresse ressentie dans le couple et la compréhension ou l'acceptation des différences permet d'avoir un effet sur le niveau de détresse (Jacobson & Christensen, 1996).

Comme présentée précédemment, la thérapie conjugale représente également une méthode d'intervention dans le but de traiter des problèmes spécifiques. En contexte clinique, il est fréquent de rencontrer des objectifs thérapeutiques abordant la (7) sexualité, notamment en visant le traitement de l'insatisfaction sexuelle ou de différentes dysfonctions sexuelles (Leiblum, 2007; Masters & Johnson, 1966, 1970; McCarthy, 2002; McCarthy & Thestrup, 2008). Des objectifs thérapeutiques ciblant les (8) problèmes individuels de l'un ou les deux partenaires sont également pertinents, par exemple dans les cas où il y a présence de psychopathologies individuelles, de difficultés psychologiques personnelles ou de problèmes associés au milieu de travail (Gurman, 2008; Gurman &

Jacobson, 2002; Wright, Lussier, & Sabourin, 2008). Dans d'autres contextes, les objectifs thérapeutiques poursuivis en thérapie conjugale visent les (9) traumatismes ou la violence. D'ailleurs, dès que la violence physique au sein de la relation est relevée, il est prioritaire de formuler des objectifs de traitement qui abordent cette problématique (Glass, 2002; K. C. Gordon, Baucom, Snyder, & Dixon, 2008; Holtzworth-Munroe, et al., 2002; Lussier, et al., 2008; O'Leary, 2008). De plus, il est fréquent que le thème de la (10) famille représente un stressor pour lequel le couple poursuit des objectifs thérapeutiques en visant, par exemple, le développement de meilleures relations avec la famille d'origine, de nouvelles approches en regard de l'éducation des enfants ou le maintien de relations harmonieuses dans les cas de familles reconstituées (Pinsof, 1995; Wright, Sabourin, Lussier, & Poitras-Wright, 2008).

Finalement, la notion de mandat thérapeutique en thérapie conjugale, qui sera abordée dans la section suivante, distingue différents profils de suivis auprès des couples en thérapie. En plus des objectifs thérapeutiques déjà mentionnés, certains couples se verront poursuivre des objectifs thérapeutiques ayant trait à (11) l'ambivalence dans le couple (Tremblay, Wright, Sabourin, Mamodhoussen, & McDuff, 2008). Dans d'autres cas, la thérapie conjugale pourra cibler spécifiquement des éléments associés à la (12) séparation (Côté, 2008; Emery & Sbarra, 2002; Jacobson & Margolin, 1979; Lebow, 2000; Wright, Sabourin, et al., 2008).

## **Les mandats thérapeutiques**

En thérapie conjugale, le construit de mandat a récemment été proposé pour rendre compte de la diversité des objectifs thérapeutiques (Poitras-Wright & St-Père, 2004). Le mandat se définit comme étant une entente entre les deux conjoints et le thérapeute quant aux objectifs thérapeutiques à atteindre et au plan d'intervention à suivre (Sabourin, et al., 2008). Trois mandats thérapeutiques sont proposés : l'amélioration de la relation, la résolution de l'ambivalence et la gestion de la séparation. L'utilisation de la notion de mandats thérapeutiques permettrait notamment de déterminer les critères de réussite de la thérapie en fonction du besoin des couples. Il est également postulé que ces sous-groupes

de couples ne peuvent pas être comparés à l'aide des mêmes critères, puisqu'ils possèdent des caractéristiques distinctes.

Jusqu'à présent, deux études empiriques ont employé la catégorisation des interventions auprès des couples à l'aide des mandats thérapeutiques. La première étude a montré que les mandats pouvaient être catégorisés de façon fidèle, que les mandats thérapeutiques étaient associés à des variables pré-thérapie et que le résultat de la thérapie conjugale variait selon le mandat (Tremblay, et al., 2008). La seconde étude a révélé que, comparativement aux couples poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence, les couples poursuivant un mandat d'amélioration de la relation étaient quatre fois plus susceptibles de compléter la thérapie; le mandat de résolution de l'ambivalence était le prédicteur le plus robuste de l'abandon de la thérapie (Mondor, et al., 2011).

Dans le cadre de la pratique clinique, la négociation du mandat thérapeutique s'effectue à l'issue de la période d'évaluation et de diagnostic du couple. Par exemple, Sabourin et al. (2008) proposent un protocole d'évaluation diagnostique en thérapie conjugale qui comprend au minimum quatre séances d'une durée moyenne de 90 minutes, incluant des rencontres individuelles avec les conjoints. Un survol des modèles d'intervention proposés pour les mandats d'amélioration de la relation, de résolution de l'ambivalence et de gestion de la séparation sera maintenant présenté<sup>3</sup>.

### **Mandat d'amélioration de la relation**

Le mandat d'amélioration de la relation est celui qui rejoint la pratique effectuée auprès de la majorité des couples qui désirent consulter. Le modèle théorique proposé par Poitras-Wright et St-Père (2004) prévoit trois classes distinctes au sein du mandat d'amélioration de la relation. D'abord, les *relations conflictuelles* se caractérisent par la

---

<sup>3</sup> Pour des exemples cliniques, Sabourin et ses collaborateurs (2008) proposent un suivi détaillé du processus d'intervention mené auprès de couples poursuivant un mandat d'amélioration de la relation et auprès de couples poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence. D'autre part, Côté (2008) présente les aspects cliniques associés à l'accompagnement d'un couple en processus de dissolution.

présence de détresse conjugale significative chez au moins l'un des partenaires du couple en plus d'interactions conflictuelles apparentes lors du processus d'évaluation. Ensuite, les cas de *relations où l'amour, l'affection et le désir se sont fortement atténués*, font référence aux couples où les deux partenaires, mais parfois un seul, éprouvent un éloignement envers l'autre. Le processus d'évaluation révèle ici une absence d'intimité émotionnelle. Finalement, les cas de *relations satisfaisantes nécessitant des ajustements mineurs* surviennent généralement à la suite d'un événement récent ou anticipé tel un déménagement ou un séjour prolongé de l'un des partenaires à l'extérieur.

Le mandat d'amélioration de la relation représente le mandat à l'intérieur duquel les interventions issues des approches en thérapie conjugale soutenues empiriquement sont pratiquées. Différents manuels de traitement sont disponibles et décrivent les stratégies thérapeutiques qui visent à réduire la détresse conjugale des partenaires. Par exemple, le modèle cognitif-comportemental en thérapie conjugale (Epstein & Baucom, 2002) propose une grille d'évaluation puis un modèle thérapeutique qui inclut des interventions au niveau des comportements (p. ex. communication, résolution de problèmes), des cognitions (p. ex. restructuration cognitive, identification des attributions ou distorsions cognitives), des émotions (p. ex. distinction des émotions primaires et secondaires, étendre le répertoire d'identification des émotions), de même que des interventions sur les interactions (p. ex. identification de patrons d'interaction tel demande-retrait) ou des contextes précis (p. ex. psychopathologie individuelle, relation avec la famille, éducation des enfants). Conformément à ce qui précède, il existe d'autres modèles d'intervention soutenus empiriquement telles la thérapie conjugale centrée sur les émotions (S. M. Johnson, et al., 1999) et la thérapie conjugale orientée sur l'insight (Snyder & Wills, 1989). La thérapie conjugale comportementale intégrée (Jacobson & Christensen, 1996) a également reçu des appuis empiriques importants (Christensen, et al., 2004; Christensen, et al., 2006) et la thérapie conjugale systémique a aussi fait l'objet de recherches évaluatives (Boelens, Emmelkamp, MacGillavry, & Markvoort, 1980; Goldman & Greenberg, 1992).



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

Le mandat de résolution de l'ambivalence a été proposé par Poitras-Wright et St-Père (2004) compte tenu des lacunes de la littérature au sujet des interventions thérapeutiques à adopter dans les contextes cliniques où l'un des conjoints est incertain relativement à son attachement envers le partenaire et que l'engagement relationnel est faible. Au plan clinique, le protocole d'intervention diffère de celui-ci mis en pratique auprès des couples poursuivant un mandat d'amélioration de la relation. Wright et al. (2008) font état de deux importants constats concernant l'ambivalence dans le couple. En premier lieu, ces auteurs soulignent la difficulté pour les cliniciens à repérer l'ambivalence chez les conjoints ou à effectuer un portrait précis du détachement dans le couple. En planifiant l'intervention conjugale, le clinicien doit effectuer une évaluation des manifestations, des causes, des corrélats et des conséquences de l'ambivalence. Il est proposé que l'évitement de l'ambivalence, ou une décision hâtive d'entreprendre un mandat d'amélioration de la relation, pourraient nuire à l'alliance thérapeutique, ralentir les progrès thérapeutiques, conduire à une impasse ou à un abandon de la thérapie conjugale. En second lieu, ces auteurs soulèvent la possibilité que certains thérapeutes, après l'évaluation de l'ambivalence dans le couple, puissent se sentir démunis relativement aux stratégies d'intervention à adopter auprès d'un couple indécis quant à l'avenir de la relation. Parmi les explications potentielles de ces situations se trouvent les attitudes personnelles des thérapeutes en face de la séparation et leurs croyances quant à la réussite de la thérapie conjugale. Dans certains cas, l'évitement de l'ambivalence pourrait mener des thérapeutes à exercer une forme de pression afin de précipiter le choix vers un mandat d'amélioration de la relation ou de gestion de la séparation.

Le modèle visant la résolution de l'ambivalence dans le couple propose une intervention en cinq phases, d'une durée totale variant généralement entre 2 et 20 séances (Wright, Sabourin, et al., 2008). La première phase vise la création d'attentes appropriées et l'instauration de règles de fonctionnement adaptées. Il est précisé que différentes conditions sont nécessaires afin de créer un climat propice à la résolution de l'ambivalence. D'abord,

les conjoints doivent mettre de côté leurs objectifs d'amélioration immédiate de la relation. Ensuite, les conjoints doivent tolérer de ne pas prendre de décision hâtive. Finalement, le climat créé doit demeurer exempt de critiques. La deuxième phase vise l'exploration de l'ambivalence. Au cours de cette phase, l'intervention permet d'approfondir les différentes dimensions liées à l'avenir de la relation, dont les affects, les croyances et les intentions comportementales de chacun. Ainsi, trois thèmes émergent de l'exploration de l'ambivalence : a) la nature et les déterminants de l'engagement, de l'intimité et de la passion au début de la relation, b) la nature et les causes des changements qui se sont produits au sein de la relation en matière d'intimité et de passion et c) l'analyse des rapports entre la situation de départ, les changements survenus et la situation actuelle. La troisième phase du modèle fait entrer en jeu la prise de décision. Les stratégies de résolution de problèmes sont fréquemment utilisées pour aider à définir la décision et à identifier toutes les options possibles. La quatrième phase propose d'évaluer le besoin d'une démarche de changement individuel. En effet, il n'est pas rare qu'en cours de mandat de résolution de l'ambivalence, certains conjoints éprouvent des difficultés psychologiques personnelles pour lesquelles une consultation individuelle est indiquée. La cinquième et dernière phase du modèle vise la transition vers un mandat d'amélioration de la relation ou de gestion de la séparation. Ainsi, après l'exploration des sources d'ambivalence et des options pour chacun des partenaires, le processus thérapeutique peut conduire à négocier un nouveau mandat avec ses propres objectifs thérapeutiques.

### **Mandat de gestion de la séparation**

Il peut survenir que certains couples aux prises avec de grandes insatisfactions recherchent l'aide d'un thérapeute de couple pour les aider à se séparer en bons termes. Dans d'autres cas, comme présenté précédemment, le mandat de gestion de la séparation suivra celui de résolution de l'ambivalence. Une caractéristique importante du mandat de gestion de la séparation concerne le fait qu'une décision a été prise par au moins un des conjoints. Ainsi, le mandat de gestion de la séparation aide à la prise de décision pour l'autre conjoint, le cas échéant, et à l'acceptation de la séparation (Côté, 2008). Différentes

stratégies thérapeutiques sont disponibles pour accompagner les couples dans le contexte d'une séparation. En comparaison au mandat d'amélioration de la relation qui vise à renforcer les liens d'attachement dans la relation, la thérapie avec un couple en voie de séparation vise plutôt à atténuer progressivement les liens d'attachement, en prévision de la dissolution (Adams, 2007).

L'objectif général de la gestion de la séparation est d'aider chacun des conjoints à utiliser le changement engendré par la séparation dans le but d'influencer positivement le développement et la croissance de chacun des partenaires (Rice, 2007). L'une des premières stratégies est la restructuration et l'adaptation. Le couple est amené à éviter le campement dans une dynamique oppositionnelle (Rice, 2007). À ce sujet, il existe typiquement un déséquilibre issu de la décision de la séparation, impliquant des réactions d'engagement, des émotions et un processus de deuil de la relation différents pour chacun des conjoints (Emery & Sbarra, 2002). Il est généralement reconnu que la séparation engendre un état de crise chez les conjoints. La thérapie conjugale de gestion de la séparation peut alors mettre l'accent sur l'exploration des blessures personnelles des conjoints mises à vif à la suite de la séparation (Côté, 2008). Dans ce cas, le travail thérapeutique s'effectue sur les émotions et les cognitions qui sont associées à la détresse des conjoints. Parmi les affects à explorer se trouvent ceux associés à l'engagement, à l'intimité, à l'attachement, à l'idéal, voire ceux soulevés par un sentiment d'échec. Par la suite, la gestion de la séparation en thérapie conjugale permet la mise en application de stratégies visant à développer l'estime de soi et la confiance en soi, à créer de nouveaux mécanismes de coping suite à la perte de la relation amoureuse, à diminuer le sentiment d'isolement et de mettre au point des stratégies visant le renforcement du réseau de soutien des conjoints.

Finalement, il est recommandé que ce soit le thérapeute du couple qui négocie avec les conjoints l'acceptation de la séparation. Par la suite, dans le but de faciliter la conciliation des rapports entre les parents et la réorganisation de leurs liens avec les

enfants, il est recommandé qu'un autre professionnel, tel un médiateur accrédité, apporte un soutien au couple en suivant notamment le modèle de la médiation familiale (Côté, 2008).

## **Objectifs de la thèse**

La présente thèse a pour but général d'analyser les problèmes conjugaux, les mandats et les objectifs thérapeutiques des couples qui consultent en thérapie conjugale en milieu naturel. Après la recension des écrits et la présentation de concepts clés dans ce chapitre d'introduction, le chapitre 2 présentera une étude qui dresse un portrait des problèmes conjugaux tels que rapportés par les conjoints à l'aide d'une question ouverte, en y incorporant la distinction suivant les mandats thérapeutiques. Bien que la recherche sur les relations conjugales ait identifié les problèmes conjugaux les plus fréquents, aucune étude n'a examiné les problèmes de couple rapportés à l'aide d'une question ouverte par les conjoints désirant consulter en thérapie conjugale en milieu naturel. En utilisant un système de catégorisation des problèmes conjugaux, il sera possible d'identifier les problèmes les plus fréquents, en fonction des mandats thérapeutiques. Il sera alors possible d'évaluer si les proportions des types de problèmes conjugaux diffèrent selon le mandat thérapeutique. Dans un second temps, le chapitre 3 présentera une étude qui a pour but de valider la mesure individualisée GAS pour évaluer le changement des couples en thérapie conjugale en milieu naturel. La fidélité des scores GAS et du système de catégorisation des objectifs sera évaluée. Ensuite, les validités convergente et de contenu seront examinées. De plus, le lien entre différentes variables et l'atteinte des objectifs thérapeutiques sera examiné. Finalement, les types d'objectifs thérapeutiques les plus fréquents seront identifiés et il sera possible d'évaluer si les proportions des types d'objectifs thérapeutiques diffèrent selon le mandat thérapeutique. En conclusion, une synthèse des principaux résultats sera effectuée, puis les implications, les limites et les pistes de recherche seront abordées.

Comme cette recherche vise un haut degré de représentativité clinique, les couples participant à la recherche seront recrutés parmi les couples se présentant volontairement pour une consultation conjugale dans un milieu clinique naturel. Les thérapeutes participant à la recherche seront des psychologues membres de l'Ordre des psychologues du Québec

qui comptent plusieurs années d'expérience en thérapie conjugale. Afin de maintenir une haute validité écologique, les thérapeutes ne modifieront en rien leur façon de pratiquer la thérapie pour la recherche (Addison, et al., 2002; Pinsof & Wynne, 2000).

Plusieurs instruments de mesure seront aussi utilisés, parmi lesquels deux mesures individualisées du changement en thérapie, le *Target Complaints* et le GAS. Les descriptions détaillées des mesures employées et des procédures sont présentées dans les sections méthodologiques des chapitres 2 et 3. Les mesures utilisées sont présentées à l'annexe A et le formulaire de consentement, à l'annexe B.

## Bibliographie

- Adams, J. F. (2007). Divorce therapy in context. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 6*, 109-123.
- 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*, 339-372.
- Allen, E. S., Atkins, D. C., Baucom, D. H., Snyder, D. K., Gordon, K. C., & Glass, S. P. (2005). Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital involvement. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 101-130.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 1269-1287.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised, 4th ed.). Washington, DC: Author.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria for improvement. *American Journal of Psychotherapy, 20*, 184-192.
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., La Taillade, J. J., & Kirby, J. S. (2008). Cognitive-behavioral couple therapy. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-72). New York: Guilford Press.
- Beaton, J., Dienhart, A., Schmidt, J., & Turner, J. (2009). Clinical practice patterns of canadian couple/marital/family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*, 193-203.
- Beaupré, P., & Cloutier, E. (2007). Vivre les transitions familiales : Résultats de l'enquête sociale générale 2006. (no 89-625-XIF au catalogue – No 002).  
<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-625-x/89-625-x2007002-fra.pdf>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

- Becker, H., Stuifbergen, A., Rogers, S., & Timmerman, G. (2000). Goal attainment scaling to measure individual change in intervention studies. *Nurse Research, 49*, 176-180.
- Beidel, D. C. (1988). Goal attainment scaling. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 238-241). New York: Pergamon Press.
- Bibby, R. (2004). *Un sondage sur les espoirs et les rêves des Canadiens*. Ottawa: L'Institut Vanier de la famille.
- Bilsbury, C. D., & Richman, A. (2002). A staging approach to measuring patient-centred subjective outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 5-40.
- Boelens, W., Emmelkamp, P., MacGillavry, D., & Markvoort, M. (1980). A clinical evaluation of marital treatment: Reciprocity counseling vs system-theoretic counseling. *Behavioral Analysis and Modification, 4*, 85-96.
- Boisvert, J.-M., Ladouceur, R., Beaudry, M., Freeston, M. H., Turgeon, L., Tardif, C., et al. (1995). Perception of marital problems and their prevention by Quebec young adults. *Journal of Genetic Psychology, 156*, 33-44.
- Boothroyd, R. A., & Banks, S. M. (2006). Assessing treatment outcomes in individually-tailored interventions. Invited commentary. *The Lancet, 367*, 801-802.
- Bray, J. H., & Hetherington, E. M. (1993). Families in transition: Introduction and overview. *Journal of Family Psychology, 7*, 3-9.
- Bray, J. H., & Jouriles, E. H. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 461-473.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychology Bulletin, 56*, 81-105.
- Calsyn, R. J., & Davidson, W. S. (1978). Do we really want a program evaluation strategy based solely on individualized goals? A critique of goal attainment scaling. *Community Mental Health Journal, 14*, 300-308.

- Cardillo, J. E., & Smith, A. (1994). Reliability of goal attainment scores. In T. J. Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement* (pp. 213-241). Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Cascardi, M., Langhinrichsen, J., & Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine, 152*, 1178-1184.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-16.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- 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., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 165-190.
- Clarke-Stewart, A., & Brentano, C. (2006). *Divorce: Causes and consequences*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Côté, G. (2008). La médiation familiale. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 697-729). Québec, Canada: Les presses de l'Université du Québec.



- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 31-63.
- Dandeneau, M., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy, 20*, 17-33.
- Davidson, G. N. S., & Horvath, A. O. (1997). Three sessions of brief couples therapy: A clinical trial. *Journal of Family Psychology, 11*, 422-435.
- 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.
- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy: Outcome research. *Journal of Family Psychology, 9*, 58-68.
- Ehrensaft, M. K., & Vivian, D. (1996). Spouses' reasons for not reporting existing marital aggression as a marital problem. *Journal of Family Psychology, 10*, 443-453.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Emery, R. E., & Sbarra, D. A. (2002). Addressing separation and divorce during and after couple therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 508-530). New York: Guilford Press.
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, N. B., Baucom, D. H., & Wright, J. (2008). L'évaluation et la modification des cognitions en thérapie conjugale. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.),

- Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 313-358). Québec, Canada: Les Presse de l'Université du Québec.
- Evans, H. M. (1981). Psychiatric patient participation in goal setting as related to goal attainment. *Dissertation Abstracts International*, *41*, 4658-4659.
- Fava, G., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2004). Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*, 145-148.
- Fiester, A., & Fort, D. (1978). A method of evaluating the impact of services at a comprehensive community mental health center. *American Journal of Community Psychology*, *6*, 291-302.
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the couples satisfaction index. *Journal of Family Psychology*, *21*, 572-583.
- Garwick, G. (1974). A construct validity overview of Goal Attainment Scaling (Vol. Program Evaluation Project Report, Ch. 5). Minneapolis, MN: Program Evaluation Project.
- Geiss, S. K., & O'Leary, K. D. (1981). Therapist ratings of frequency and severity of marital problems: Implications for research. *Journal of Marital and Family Therapy*, *7*, 515-520.
- Gembol, D. J. C. (1981). Effects of assertive training on self-concept and locus of control of women. *Dissertation Abstracts International*, *42*, 1548.
- Glass, S. P. (2002). Couple therapy after the trauma of infidelity. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 488-507). New York: Guilford Press.
- Glass, S. P., & Wright, T. L. (1988). Clinical implications of research on extramarital involvement. In R. A. Brown & J. R. Field (Eds.), *Treatment of sexual problems in individual and couples therapy* (pp. 301-346). New York: PMA.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 962-969.

- Gordon, J. E., Powell, C., & Rockwood, K. (1999). Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. *Age and Ageing, 28*, 275-281.
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., Snyder, K. D., & Dixon, J. L. (2008). Couple therapy and the treatment of affairs. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 429-458). New York: Guilford Press.
- Grenville, J., & Lyne, P. (1995). Patient-centred evaluation and rehabilitative care. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 965-972.
- Grosse Holtforth, M., & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in CBT- A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 42*, 443-455.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research, 29*, 170-179.
- Gurman, A. S. (2008). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Hampson, R. B., & Beavers, R. W. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Family Process, 35*, 347-361.
- Hampson, R. B., Prince, C. C., & Beavers, R. W. (1999). Marital therapy: Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*, 411-424.
- Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 469-483.
- Henry, R. G., & Miller, R. B. (2004). Marital problems occurring in midlife: Implications for couples therapists. *American Journal of Family Therapy, 32*, 405-417.

- Holtzworth-Munroe, A., Beak Beatty, S., & Anglin, K. (1995). The assessment and treatment of marital violence: An introduction of the marital therapist. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 317-339). New York: Guilford.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Rehman, U., & Marshall, A. D. (2002). Intimate partner violence: An introduction for couple therapists. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 441-465). New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe, A., Waltz, J., Jacobson, N. S., Monaco, V., Fehrenbach, P. A., & Gottman, J. M. (1992). Recruiting nonviolent men as control subjects for research on marital violence: How easily can it be done? *Violence and Victims, 11*, 371-392.
- Hsueh, A. C., Morrison, K. R., & Doss, B. D. (2009). Qualitative reports of problems in cohabiting relationships: Comparisons to married and dating relationships. *Journal of Family Psychology, 23*, 236-246.
- Hunsley, J. (2003). *Pratique fondée sur des données probantes, traitements prouvés et services de santé comportementale*. Ottawa, Ontario, Canada: Document rédigé pour le compte du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé.
- Institut Vanier de la famille. (2010). *La famille compte: Profil des familles canadiennes IV*. Ottawa, Ontario.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 85-93.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Elwood, R. W. (1984). Outcome research on behavioral marital therapy: A methodological and conceptual reappraisal. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 113-129). New York: Guilford.

- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- James, P. S. (1991). Effects of a communication training component added to an emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 17*, 263-275.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 283-294.
- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating Connection*. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 365-384.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The 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 & 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.
- Jouriles, E. N., & O'Leary, K. D. (1985). Interspousal reliability of reports of marital violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 419-421.
- Karpel, M. A. (1994). *Evaluating Couples: A Handbook for Practitioners*. New York: Norton.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332-339.
- Kazdin, A. E. (2003). Clinical significance: Measuring whether interventions make a difference. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (3rd ed., pp. 691-710). Washington, DC: American Psychological Association.

- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and Hers. *Psychological Bulletin, 127*(4), 472-503.
- Kiesler, D. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110-116.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*, 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Langhinrichsen-Rohling, J., & Vivian, D. (1994). The correlates of spouses' incongruent reports of marital aggression. *Journal of Family Violence, 9*, 265-283.
- Lauman, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lebow, J. (2000). What does the research tell us about couple and family therapies? *Psychotherapy in Practice, 56*, 1083-1094.
- Lebow, J., & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology, 46*, 27-57.
- Leiblum, S. R. (2007). *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.). New York: Guilford.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging, 8*, 301-313.
- Lin, E., Goering, P., Offord, D. R., Campbell, D., & Boyle, M. H. (1996). The use of mental health services in Ontario: Epidemiologic findings. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 572-577.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction test: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255.
- Lussier, Y., Wright, J., Lafontaine, M.-F., Brassard, A., & Epstein, N. B. (2008). L'évaluation et le traitement de la violence conjugale. In J. Wright, Y. Lussier & S.

- Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 445-506). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- MacKay, G., Somerville, W., & Lundie, J. (1996). Reflections on goal attainment scaling (GAS): Cautionary notes and proposals for development. *Educational Research, 38*, 161.
- Makinen, J., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using EFT: Steps towards forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1055-1064.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- McCarthy, B. W. (2002). Sexuality, sexual dysfunction, and couple therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 629-652). New York: Guilford Press.
- McCarthy, B. W., & Thestrup, M. (2008). Couple therapy and the treatment of sexual dysfunction. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 591-617). New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Michalak, J., & Grosse Holtforth, M. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(4), 346-365.
- Miller, R. B., Yorgason, J. B., Sandberg, J. G., & White, M. B. (2003). Problems that couples bring to therapy: A view across the family life cycle. *American Journal of Family Therapy, 31*, 395-407.
- Mintz, J., & Kiesler, D. (1982). Individualized measures of psychotherapy outcome. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook on research methods in clinical psychology* (pp. 491-534). New York: John Wiley & Sons.
- Mondor, J., Sabourin, S., Wright, J., Poitras-Wright, H., & McDuff, P. (2011). *Premature disengagement from couple therapy in a naturalistic setting: The role of therapeutic mandates and attachment representations*. Manuscript submitted for publication.

- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Journal of the Division of Psychotherapy, American Psychological Association, 38*, 345-356.
- O'Leary, K. D. (2008). Couple therapy and physical aggression. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 478-498). New York: Guilford Press.
- O'Leary, K. D., Vivian, D., & Malone, J. (1992). Assessment of physical aggression against women in marriage: The need for multimodal assessment. *Behavioral Assessment, 14*, 5-14.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Fields, S. A. (2002). *Essentials of outcome assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Patterson, G. R., Miller, R. B., Carnes, S., & Wilson, S. (2004). Evidence-based practice for marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 183-195.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (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 consultation conjugale [A therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]*. Unpublished document.
- Rice, J. K. (2007). Divorcing couples. In M. Harway (Ed.), *Handbook of Couples Therapy* (pp. 405-430). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rogers, S. J., & May, D. C. (2003). Spillover between marital quality and job satisfaction: Long-term patterns and gender differences. *Journal of Marriage and Family, 65*, 482-495.



- Russell, C. S., Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Atilano, R. B. (1983). From family symptom of family systems: A review of family therapy research. *The American Journal of Family Therapy, 11*, 3-14.
- Sabourin, S., & Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux [An integrated conception of psychopathological processes of relationship disorders]. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 15-97). Québec, Canada: Les presses de l'Université du Québec.
- Sabourin, S., Lorange, J., Wright, J., Lefebvre, D., & Poitras-Wright, H. (2008). Le diagnostic en psychothérapie de couple: Vers un nouveau dialogue [Diagnostic in couple therapy: Towards a new dialogue]. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 99-195). Québec, Canada: Les presses de l'Université du Québec.
- Sanderson, J., Kosutic, I., Garcia, M., Melendez, T., Donoghue, J., Perumbilly, S., et al. (2009). The measurement of outcome variables in couple and family therapy research. *American Journal of Family Therapy, 37*, 239-257.
- Seaberg, J. R., & Gillespie, D. F. (1977). Goal Attainment Scaling: A critique. *Social Work Research and Abstracts, 13*, 4-11.
- 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. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 355-365.

- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(4), 345-360.
- Shefler, G., Canetti, L., & Wiseman, H. (2001). Psychometric properties of goal-attainment scaling in the assessment of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 971-979.
- Sladeczek, I. E., Elliot, S. N., Kratochwill, T. R., Robertson-Mjaanes, S., & Stoiber, K. C. (2001). Application of goal attainment scaling to a conjoint behavioural consultation case. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 12*, 45-58.
- Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). Perspectives on validity. In T. J. Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement* (pp. 243-272). Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Snyder, D. K. (1997). Marital satisfaction inventory, revised. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Snyder, D. K. (2005). Treatment of clients coping with infidelity: An introduction. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1367-1370.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology, 57*, 317-344.
- 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., & Wills, R. M. (1989). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 39-46.
- 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. (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*. Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique.

- Statistique Canada. (2006). *Recensement de la population de 2006*. no 97-563-XCB2006054 au catalogue.
- Statistique Canada. (2009). *La violence familiale au Canada : Un profil statistique*. (no 85-224 au catalogue). [www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2009000-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2009000-fra.pdf).
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. (2006). A duplex theory of love. In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The New Psychology of Love* (pp. 184-199). New Haven, CT: Yale University Press.
- Stolee, P., Zaza, C., Pedlar, A., & Myers, A. M. (1999). Clinical experience with goal attainment scaling in geriatric care. *Journal of Ageing and Health*, 6, 96-124.
- Storaasli, R. D., & Markman, H. J. (1990). Relationship problems in the early stages of marriage: A longitudinal investigation. *Journal of Family Psychology*, 4, 80-98.
- Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Swindle, R., 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.
- Tremblay, N., Wright, J., Sabourin, S., Mamodhousen, S., & McDuff, P. (2008). Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research: A feasibility study. *American Journal of Family Therapy*, 36, 137-148.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *American Journal of Family Therapy*, 33, 207-223.
- Waskow, I., & Parloff, M. (1975). *Psychotherapy change measures*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- 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., Dixon, A. E., & Johnson, B. (1997). Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology*, *11*, 361-366.
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical Handbook of marriage and couple interventions* (pp. 679-693). New York: John Wiley & Sons.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, *20*, 369-377.
- Whitty, M. T. (2003). Pushing the wrong buttons: Men's and women's attitudes toward online and offline infidelity. *CyberPsychology and Behavior*, *6*, 659-579.
- Wiederman, M. W. (1997). Extramarital sex: Prevalence and correlates in a national survey. *The Journal of Sex Research*, *34*, 167-174.
- Wiederman, M. W., & Allgeier, E. R. (1996). Expectations and attributions regarding extramarital sex among young married individuals. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, *8*, 21-35.
- Wright, J. (2007). Thérapie de couple. In O. Fontaine, J. Cottraux & R. Ladouceur (Eds.), *Cliniques de thérapie comportementale* (pp. 135-149). Liège, Belgique: Mardaga.
- Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple [Clinical handbook of couple psychotherapies]*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Wright, J., Mondor, J., Sabourin, S., & Pinsof, W. M. (2008). Le statut empirique de la thérapie conjugale. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 789-821). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.

- 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, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.
- Yeh, M., & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1018-1025.

## **Chapitre 2**

# **Couples' Reports of Relationship Problems in a Naturalistic Therapy Setting**

Article soumis à la revue scientifique

*The Family Journal*

Couples' Reports of Relationship Problems in a Naturalistic Therapy Setting

Marie-Michèle Boisvert and John Wright

Université de Montréal, Québec, Canada

Nadine Tremblay

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

Pierre McDuff

Université de Montréal, Québec, Canada

Author Note

The authors would like to thank Dr. Brian D. Doss for providing the complete relationship problem coding system used in this research.

Correspondence concerning this article should be addressed to John Wright, Department of Psychology, Université de Montréal.

## **Abstract**

Understanding couples' relationship problems is fundamental to couple therapy. Although research has documented common relationship problems, no study has used open-ended questions to explore problems in couples seeking therapy in naturalistic settings. The present study used a reliable coding system to explore the relationship problems reported by 108 couples. The most common problems were related to communication, emotional affection or distance, specific areas of the current relationship, and lack of physical affection or sex. Comparisons of therapeutic mandates revealed that commitment or security problems and infidelity or flirting problems were more common among couples pursuing an ambivalence resolution mandate than among couples pursuing an alleviation of distress mandate. Results demonstrated the importance of identifying distinct therapeutic mandates in couple therapy.

*Keywords:* relationship problems, couple therapy, naturalistic setting, therapeutic mandates



## Couples' Reports of Relationship Problems in a Naturalistic Therapy Setting

Relationship problems are common among couples; 40 % of marriages end in divorce (Clarke-Stewart & Brentano, 2006) and 31 % of couples in North America experience marital discord (Whisman, Beach, & Snyder, 2008). For couples seeking professional help, a substantial body of research supports couple therapy (CT) as an effective method of treatment (Snyder, Castellani, & Whisman, 2006). A good understanding of couples' relationship problems is fundamental to successful process and outcome in therapy. Indeed, researchers have emphasized the importance of tailoring CT interventions to the specific problems reported by the presenting couples (Doss, Atkins, & Christensen, 2003; Doss, Simpson, & Christensen, 2004). Moreover, a qualitative study demonstrated that pivotal moments in CT were related to recurring discussions about the couple's presenting problems (Helmeke & Sprenkle, 2000). However, little research about relationship problems has been conducted in naturalistic therapy settings; this weakness limits the clinical representativeness of many studies in this area (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhousen, 2007). Furthermore, few studies have used open-ended questions to collect couples' reports of the problems in their relationship.

### **Relationship Problems**

To identify clinically relevant research topics, Geiss and O'Leary (1981) conducted an influential study using therapist members of the American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). Therapists were asked about the frequency and severity of 29 problems common among distressed couples, as well as the degree of treatment difficulty for each problem. Among relationship problems, communication stood out clearly as the most common and the most damaging problem. Further, therapists identified communication problems as the problem for which further research was the most necessary. Other significant problem areas identified by therapists were unrealistic expectations of marriage, lack of loving feelings, power struggles, serious individual problems, and extramarital affairs. Given the evolving nature and structure of intimate

relationships, Whisman, Dixon, and Johnson (1997) decided to replicate the Geiss and O'Leary (1981) study sixteen years later. Once again, therapist members of the AAMFT rated 29 common relationship problems. The therapists reported that the most significant problems were lack of loving feelings, power struggles, communication, extramarital affairs, and unrealistic expectations. Therapists also identified unwillingness to change or to accept responsibility and lack of commitment to the relationship as characteristics associated with poor therapy outcome. The 29 relationship problems identified by Geiss and O'Leary (1981) were also used in a survey of French-speaking young adults in the province of Québec, Canada (Boisvert et al., 1995). The problems reported by the Quebecois population were similar to those reported by American marital therapists (Geiss & O'Leary, 1981); again, communication was the most common problem for couples.

Some studies have focused specifically on problems that occur in long-term relationships. One survey focused on 10 specific conflict areas; the results revealed that the problems that created the most disagreement between partners were communication, children, money, recreation, and sex (Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993). In another survey, middle-aged married individuals were asked to indicate the frequency with which they experienced 14 possible relationship problems (Henry & Miller, 2004). The results revealed that the most frequent problems were related to finances, children, and sexual issues. Based on correlations with relationship satisfaction, the authors suggested that problems surrounding values, communication, commitment, decision-making, emotional intimacy, and sex were the most destructive to relationship satisfaction in middle-aged couples (Henry & Miller, 2004). Finally, in a longitudinal study, Storaasli and Markman (1990) asked couples in the community to rate the intensity of 10 problems areas across the pre-marriage, early marriage, and early parenting stages of the relationship. As the couples progressed through the stages, problems related to communication and sex increased; these problems were strongly correlated with marital distress.

The literature about relationship problems in couples includes limited research on clinical samples of couples. Miller, Yorgason, Sandberg, and White (2003) used a list of

potential problems to collect information about presenting issues and other problem areas in couples at a university-based family therapy clinic. Communication was the most common presenting problem for both men and women, and the most common relationship problems were related to communication, finances, emotional intimacy, sex, and decision-making. Women reported more relationship problems than did men, and few differences were found according to the duration of the relationship (Miller, et al., 2003).

Few studies have used open-ended questions to collect information from couples about relationship problems. Hsueh, Morrison, and Doss (2009) proposed a detailed and reliable coding system for documenting relationship problems in individuals in dating, cohabiting, and married relationships. They found that the most common relationship concerns in cohabiting couples were related to specific areas of the current relationship, individual problems, general communication, arguments, and emotional affection or distance. Cohabiting individuals were more likely to report arguments as a problem and less likely to report problems related to lack of physical affection or sex than were married individuals. To our knowledge, only one study has used an open-ended question about relationship problems to investigate couples' reasons for seeking CT (Doss, et al., 2004). The authors of this study found that the most common reasons for seeking CT were communication and lack of emotional affection. Women reported more reasons for seeking therapy than did their male partners. The study was embedded in a larger research project on CT and several inclusion and exclusion criteria were applied. The study excluded happy couples seeking a *tune-up*; the excluded couples may be representative of some couples seeking CT in naturalistic settings. In sum, no study has examined qualitative reports of relationship problems in a clinical sample of couples seeking CT in a naturalistic setting. Presently, it is not clear whether or not the relationship problems reported by therapists, by individuals in relationships, and by couples seen in university-based therapy settings are comparable to the problems experienced by couples seeking CT in the community.

## **Therapeutic Mandates**

Couples participating in studies evaluating the efficacy or effectiveness of CT suffer from significant clinical distress (Shadish & Baldwin, 2005; Wright, et al., 2007); treatment generally targets the alleviation of relationship distress. However, this widespread treatment objective may not always be relevant in naturalistic settings where a significant proportion of couples may seek therapy to resolve ambivalence issues or to reduce the negative impact of divorce. Poitras-Wright and St-Père (2004) introduced the construct of therapeutic mandates in CT to better characterize the diverse mandates for therapy observed in clinical practice. A therapeutic mandate is defined as an agreement between the couple and the therapist as to the direction that treatment will take. The authors proposed three therapeutic mandates: alleviation of distress, ambivalence resolution, and separation intervention. To date, the construct of therapeutic mandates has been used in two empirical studies. The first study demonstrated that therapeutic mandates could be reliably classified, that therapeutic mandates changed over the course of therapy for some couples, and that therapeutic mandates were associated with pre-therapy relationship distress and therapy outcome (Tremblay, Wright, Sabourin, Mamodhoussen, & McDuff, 2008). The second study compared couples pursuing an alleviation of distress mandate to couples pursuing an ambivalence resolution mandate. The former group were found to be four times more likely to complete therapy than were the latter group; an ambivalence resolution mandate was demonstrated to be the most robust predictor of early withdrawal from therapy (Mondor, Sabourin, Wright, Poitras-Wright, & McDuff, 2009).

In an effort to address the limitations in the existing literature and to improve therapists' understanding of couples' relationship problems, we collected reports of relationship problems from a clinically representative sample of couples seeking therapy at a fee-for-service CT clinic. Based on previous research, we expected the problems frequently reported by the couples in our sample to be similar to the problems most frequently reported by therapists, by individuals in surveys, and by couples in university-based therapy settings (i.e., communication and lack of love). We further expected that

women would report more relationship problems than would their male partners. Finally, based on theoretical and clinical data, we hypothesized that couples would report greater or lesser relationship problems, depending on their therapeutic mandate.

## **Method**

### **Participants**

The participants in this study were 108 heterosexual couples seeking CT at a fee-for-service clinic in the Montréal, Québec (Canada) area between February 2008 and February 2010. Couples were self-referred or referred by a health care professional; the study had no exclusion criteria. Mean age of participants was 42.18 years for men ( $SD = 8.81$ ,  $Min = 23$ ,  $Max = 67$ ) and 39.35 years for women ( $SD = 8.02$ ,  $Min = 22$ ,  $Max = 64$ ). The majority of participants (90.7 % of men and 96.3 % of women) identified themselves as French Canadian. The proportion of men and women with some college education were 74.1 % and 64.8 %, respectively; and employment rates were 94.3 % for men and 83.3 % for women. Average income was in the range of \$70,000 – \$79,000 CAN for men and in the range of \$50,000 – \$59,000 CAN for women. The average duration of the couple relationship was 11.45 years ( $SD = 8.96$ ), with a range from 8 months to 42 years. Men who were parents had an average of 2.13 children ( $SD = 0.91$ ). Female parents had an average of 2.06 children ( $SD = 0.90$ ); 18.7 % of men and 24.3 % of women had no children. The proportion of participants with prior experience in CT was 31.1 % for men and 29.0 % for women; 62.3 % and 82 % of men and women, respectively, had prior experience in individual therapy. The average duration of relationship problems was 4.31 years ( $SD = 3.77$ ). Less than one half (41.7 %) of the couples in our sample were legally married.

### **Therapists**

The therapists in this study were 8 psychologists ( $n = 95$  couples treated), 3 clinical psychology doctoral interns ( $n = 7$  couples treated) and 5 clinical psychology graduate

trainees ( $n = 6$  couples treated). Interns and graduate trainees were supervised by a senior psychologist of the team. Four psychologists had a doctoral degree and four had a master's degree in clinical psychology. Including the duration of the study presented here, the treating psychologists had an average of 16.5 years ( $SD = 12.39$ ) experience providing CT. All therapists were trained in cognitive-behavioral CT or in integrative behavioral CT. The psychologists used eclectic methods and incorporated therapeutic strategies from various approaches, as needed.

### **Procedures**

The present study was embedded in a broad naturalistic investigation of CT outcome. The therapists introduced the research project to the couples during the first phone contact or the first therapy session. Consenting couples were asked to complete self-report measures (11.1 % of couples completed their questionnaires prior to the first therapy session; 66.7 % completed them after the first session; 12.0 % after the second session; 4.6% after the third session; 0.9% after the fourth session; and 4.6 % did not specify the moment of completion). Therapists completed the Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire at the end of the evaluation phase of therapy. For 93.0 % of couples, the therapeutic mandate was negotiated after four sessions.

### **Measures**

*Demographic information.* We collected participants' written responses to questions about the following variables: age, ethnicity, level of education, employment status, annual individual income, relationship duration, number and age of children, marital status, prior experience in CT, prior experience in individual therapy, and duration of relationship problems.

*Marital distress.* Marital distress was assessed with the French-language version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976), a widely used 32-item self-report measure. Global scores on this measure range from 0 to 151; lower scores indicate greater

relationship distress. Reliability coefficients ranged from .91 to .96 for the original version (Spanier, 1976) and from .89 to .91 for the French-language version (Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). In the present sample, Cronbach's alphas reached .89 for both men and women.

*Relationship problems.* Information about relationship problems was collected with the Target Complaints measure (Battle et al., 1966). Participants were asked to report and describe up to three problems for which they were seeking treatment. Partners' responses on the Target Complaints measure were coded with a relationship problems coding system recently published by Hsueh, Morrison, and Doss (2009). The coding system includes 65 specific problem codes, grouped into 16 broad relationship problem codes. In the Hsueh et al. (2009) study, three independent raters coded a random sample of 300 responses from individuals in relationships. The kappa reliability coefficient was .84 for the broad problem codes. The present study used two raters, the first author and an undergraduate rater trained by the first author. Both raters were unaware of partners' marital status or couples' therapeutic mandates; all data were coded independently. When the coding for a given relationship problem was unanimous across raters, the code was recorded as final. When the raters disagreed, the code was discussed until consensus was achieved. Using the 16 broad relationship codes, the kappa reliability statistic for the 564 partners' responses was .82.

*Classification of therapeutic mandates.* The Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire (Poitras-Wright & St-Père, 2004) defines the therapeutic mandate as an agreement between the couple and the therapist as to the direction that treatment will take. It includes three possible mandates: alleviation of distress, ambivalence resolution, and separation intervention.

### **Statistical Analysis**

The first data analyses were performed on the men's and women's individual responses. We began by comparing the number of relationship problems reported by men

and women, using an open-ended question about the problems that motivated the participants to seek therapy. Next, we created couples' responses for the purpose of conducting analyses at this level. Relationship problems were identified and coded when at least one partner reported a problem in that category of relationship problems. We also performed tests of proportions in order to compare the proportions of treatment goals of couples pursuing distinct therapeutic mandates.

## Results

For couples pursuing an alleviation of distress mandate, mean DAS scores were 96.10 ( $SD = 16.07$ ) for men and 93.76 ( $SD = 15.03$ ) for women. For couples pursuing an ambivalence resolution mandate, mean DAS scores were 84.55 ( $SD = 17.21$ ) for men and 90.03 ( $SD = 14.92$ ) for women. Differences in mean DAS scores between therapeutic mandates were tested. DAS scores indicated that men in couples pursuing an ambivalence resolution mandate reported significantly greater marital distress than did men in couples pursuing an alleviation of distress mandate ( $t(107) = 10.55, p < .01$ ).

To compare the proportion of relationship problems reported by men and women, we performed  $z$ -tests. Men reported significantly more relationship problems related to criticalness than did women ( $z = 2.42, p < .05$ ). In addition, women ( $M = 2.72, SD = 0.59$ ) reported significantly more relationship problems overall than did men ( $M = 2.51, SD = 0.72$ ), ( $t(107) = 2.70, p < .01$ ). No other significant differences were found between men and women. In the present sample, 73.1 % of couples sought treatment to alleviate relationship distress ( $n = 79$ ), a significant proportion of couples (26.9 %) consulted to resolve ambivalence about the relationship ( $n = 29$ ), and none of the couples had a separation intervention mandate ( $n = 0$ ). Table 1 presents the percentages of men, women, and couples who reported each of the 16 types of relationship problems, as a function of therapeutic mandate.



We conducted descriptive analyses to identify the most frequently reported relationship problems. Four of the five most common problems reported by couples pursuing an alleviation of distress or ambivalence resolution mandate were related to general communication (e.g., “problematic communication in our relationship”), emotional affection or distance (e.g., “lack of intimacy and understanding”), specific areas of the current relationship (e.g., “tense relationship with the in-laws”), and lack of physical affection or sex (e.g., “we don’t have sexual relations anymore”). The third most common relationship problem in couples pursuing an alleviation of distress mandate was related to criticalness (e.g., “my partner is controlling and lacks empathy”); criticalness was the sixth most common complaint in couples pursuing an ambivalence resolution mandate. The fifth most common relationship problem in couples pursuing an ambivalence resolution mandate was relationship commitment or security (e.g. “I’m unsure about our relationship, whether I should stay or leave”); this problem was only the tenth most common complaint in couples pursuing an alleviation of distress mandate. Finally, our results revealed that couples pursuing an ambivalence resolution mandate reported significantly more relationship problems related to commitment or security ( $z = 2.50, p < .05$ ) and infidelity or flirting ( $z = 2.17, p < .05$ ) than did couples pursuing an alleviation of distress mandate.

## **Discussion**

The results presented here identify the relationship problems most frequently reported by couples seeking therapy in a naturalistic setting, and illustrate the relevance of carefully identifying distinct and clinically representative therapeutic mandates in CT research and practice. The most common relationship problems reported by the couples in our study were general communication problems, problems with emotional affection or distance, problems in specific areas of the current relationship, and lack of physical affection or sex. These results are consistent with previous studies about relationship problems, and provide researchers and therapists practicing in naturalistic settings a comprehensive portrait of the type of problems reported by couples seeking therapy. One important finding was that one in every four couples in our study was pursuing an

ambivalence resolution mandate. This finding suggests that it is important to include ambivalence resolution as a possible therapeutic mandate, to accommodate couples that may not respond to a traditional alleviation of distress mandate. Besides, none of the couples in this study pursued a separation intervention mandate. It may be that these couples are not seeking couple therapy in naturalistic settings, but more research is needed to confirm the prevalence of therapeutic mandates.

Comparisons between men's and women's responses revealed that women reported more relationship problems than did their male partners. This finding is consistent with previous results demonstrating that women reported more reasons for seeking CT (Doss, et al., 2004) and more problems in their relationships than did their partners (Miller, et al., 2003). Further, past research has demonstrated that women tend to recognize problems and to consider and seek treatment before their partners do (Doss, et al., 2003). The men in the present study reported fewer problems than did their partners; they reported an average of 2.51 relationship problems (out of a possible 3.00), whereas women reported an average of 2.71 problems. The results of the present study highlight the importance of exploring and understanding both partners' motivation for seeking therapy (Doss, et al., 2003); moreover, the results demonstrate the relevance of evaluating men's and women's respective reports of the relationship problems that lead them to seek therapy, in order to determine an appropriate course of treatment.

The exploration of relationship problems and therapeutic mandates yields interesting findings for three specific relationship problems. First, the results of the current study revealed that men reported significantly more problems related to criticalness than did their partners. Descriptive analyses also demonstrated that criticalness was the third most common relationship problem in couples pursuing an alleviation of distress mandate. Studies on couple interactions have demonstrated that pervasive criticism distinguishes distressed from non-distressed couples (Weiss & Heyman, 1990). Criticism has also been identified as one of four negative interaction patterns that are highly predictive of divorce (Gottman, 1994). Unfortunately, the present study's use of broad codes limits the

interpretation of men's problems related to criticalness; future research could use the specific codes proposed in Hsueh et al. (2009) to further explore criticalness.

Second, commitment or security problems were significantly more common in couples pursuing an ambivalence resolution mandate than among couples pursuing an alleviation of distress mandate. Moreover, commitment or security was the fifth most common problem in couples pursuing an ambivalence resolution mandate. Previous studies have demonstrated that commitment problems are destructive to marital satisfaction (Henry & Miller, 2004); problems with commitment have long since been considered by therapists to be associated with negative outcome in CT (Whisman, et al., 1997). Although commitment has been a major focus in diverse theoretical models of romantic relationships, the identification of ambivalence issues within couples represents an important clinical challenge. Given that commitment or security problems appear to be concomitant with ambivalence toward the relationship, therapists may wish to consider conducting a more thorough investigation of commitment and security issues, in order to gain a better understanding of ambivalence within the relationship.

Third, our exploration of differences in relationship problems between couples with different mandates revealed that infidelity or flirting problems were more common among couples pursuing an ambivalence resolution mandate. Research has already demonstrated that extramarital affairs are a common relationship problem experienced by couples (Geiss & O'Leary, 1981; Whisman, et al., 1997). However, problems with infidelity or flirting were reported by a relatively small proportion of couples in the present study (9.3 % of the overall sample). One possible explanation is that extramarital involvement is a low base-rate phenomenon in any given year (Allen et al., 2005). Nevertheless, infidelity is a relationship problem that has severe repercussions on relationship quality and stability (Whisman, et al., 1997). A couple intervention designed to address individual and relationship consequences of infidelity has now been empirically studied; Gordon et al. (2004) proposed an intervention based on forgiveness, recovery from the affair, and strengthening of the relationship. However, a key result of the present study was that

infidelity or flirting problems were more frequently reported among couples pursuing an ambivalence resolution mandate than among couples pursuing an alleviation of distress mandate. This important finding suggests that the combination of seeking CT and reporting infidelity or flirting problems is more common among couples pursuing an ambivalence resolution mandate. From a clinical perspective, this result further highlights the value of identifying ambivalence resolution as a distinct therapeutic mandate.

Several limitations to the present study must be addressed. First, over 20 % of the participants completed the questionnaire measures about their problems between the second and fourth therapy sessions. These participants represent a sizeable proportion of individuals that may have reported problems specifically discussed during therapy sessions. Second, the individuals in the present study represented the upper middle-class and had high education levels; consequently, generalization to other populations must be made with caution. Third, we experienced challenges in classifying therapeutic mandates and coding relationship problems. Classification of therapeutic mandates would benefit from the use of an independent inter-rater agreement. Although the raters in the present study reached a satisfying degree of inter-rater agreement regarding relationship problems, an optimal design would include a team of coders who were blind to the purpose of the study and to the gender of the participants (e.g., Hsueh, et al., 2009). Fourth, only broad codes of relationship problems were used for the statistical analyses. Different clinical manifestations were pooled together; for example, infidelity or flirting problems may refer to fear of one's partner being attracted to others, as well as to confirmed infidelity.

Despite these limitations, the results of the present study demonstrate the relevance of investigating couples' relationship problems and the importance of identifying ambivalence resolution mandates, in addition to alleviation of distress mandates, in CT research and practice. In particular, the results of the study presented here indicate that general communication, emotional affection or distance, specific areas of the current relationship, and lack of physical affection or sex are the most common relationship problems presented by couples seeking therapy in naturalistic settings. Given the recent

availability of a detailed and reliable relationship problems coding system (Hsueh, et al., 2009), authors of future clinical research may wish to consider including a qualitative analysis of partners' reported relationship problems. Finally, the ambivalence resolution mandate has been associated with elevated rates of dropout from therapy (Mondor, et al., 2009); further research on this mandate is recommended and would allow therapists to expand their therapeutic repertoire and more effectively address ambivalence in couples. In sum, the present study used qualitative reports from couples seeking therapy in a naturalistic setting to advance existing research about relationship problems. The results revealed that commitment or security problems and infidelity or flirting problems are more common in couples pursuing an ambivalence resolution mandate, and emphasize the need for further research about ambivalent couples.

## References

- Allen, E. S., Atkins, D. C., Baucom, D. H., Snyder, D. K., Gordon, K. C., & Glass, S. P. (2005). Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital involvement. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 101-130.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria for improvement. *American Journal of Psychotherapy, 20*, 184-192.
- Boisvert, J.-M., Ladouceur, R., Beaudry, M., Freeston, M. H., Turgeon, L., Tardif, C., et al. (1995). Perception of marital problems and their prevention by Quebec young adults. *Journal of Genetic Psychology, 156*, 33-44.
- Clarke-Stewart, A., & Brentano, C. (2006). *Divorce: Causes and consequences*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 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.
- Geiss, S. K., & O'Leary, K. D. (1981). Therapist ratings of frequency and severity of marital problems: Implications for research. *Journal of Marital and Family Therapy, 7*, 515-520.
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 213-231.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 469-483.
- Henry, R. G., & Miller, R. B. (2004). Marital problems occurring in midlife: Implications for couples therapists. *American Journal of Family Therapy, 32*, 405-417.
- Hsueh, A. C., Morrison, K. R., & Doss, B. D. (2009). Qualitative reports of problems in cohabiting relationships: Comparisons to married and dating relationships. *Journal of Family Psychology, 23*, 236-246.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging, 8*, 301-313.
- Miller, R. B., Yorgason, J. B., Sandberg, J. G., & White, M. B. (2003). Problems that couples bring to therapy: A view across the family life cycle. *American Journal of Family Therapy, 31*, 395-407.
- Mondor, J., Sabourin, S., Wright, J., Poitras-Wright, H., & McDuff, P. (2009). *Premature disengagement from couple therapy in a naturalistic setting: The role of therapeutic mandates and attachment representations*. Manuscript submitted for publication.
- Poitras-Wright, H., & St-Père, F. (2004). *Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la consultation conjugale [A therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]*. Unpublished document.
- 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. (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, 57*, 317-344.
- 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.
- Storaasli, R. D., & Markman, H. J. (1990). Relationship problems in the early stages of marriage: A longitudinal investigation. *Journal of Family Psychology, 4*, 80-98.
- Tremblay, N., Wright, J., Sabourin, S., Mamodhousen, S., & McDuff, P. (2008). Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research: A feasibility study. *American Journal of Family Therapy, 36*, 137-148.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1990). Observation of marital interaction. In F. D. Fincham & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 87-117). New York: Guilford Press.
- 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., Dixon, A. E., & Johnson, B. (1997). Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology, 11*, 361-366.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.



**Table 1**

*Distribution of Relationship Problems reported by Partners and Couples, as a Function of Therapeutic Mandates*

Reported problems	% reported in alleviation of distress group (n = 79)			% reported in ambivalence resolution group (n = 29)		
	Men	Women	Couple	Men	Women	Couple
	General communication	39.2	46.8	57.0	34.5	41.4
Emotional affection/distance	24.1	30.4	46.8	17.2	37.9	51.7
Lack of physical affection/sex	29.1	26.6	38.0	31.0	27.6	51.7
Criticalness	30.4	19.0	43.0	31.0	6.9	31.0
Specific areas of the current relationship	29.1	36.7	43.0	34.5	31.0	44.8
Relationship commitment/security	8.9	3.8	11.4	20.7	20.7	34.5
Social activities/time together	13.9	15.2	26.6	17.2	10.3	27.6
Arguments	13.9	12.7	21.5	13.8	10.3	20.7
Child/parenting	12.7	16.5	19.0	13.8	17.2	24.1
Individual problems	7.6	6.3	13.9	3.4	17.2	20.7
Infidelity/flirting	3.8	5.1	5.1	10.3	13.8	20.7
Trust/jealousy	7.6	7.6	11.4	6.9	10.3	13.8
Mental health disorder	2.5	0	2.5	3.4	6.9	10.3
Problems with previous relationship	0	5.1	5.1	0	0	0
Substance use/abuse	1.3	2.5	2.5	0	0	0
Abuse/violence	1.3	1.3	1.3	0	0	0

## **Chapitre 3**

# **Goal Attainment Scaling in a Naturalistic Couple Therapy Setting**

Article soumis à la revue scientifique  
*Journal of Marital and Family Therapy*

## Goal Attainment Scaling in a Naturalistic Couple Therapy Setting

Marie-Michèle Boisvert

Université de Montréal, Québec, Canada

Stéphane Sabourin

Université Laval, Québec, Canada

John Wright

Université de Montréal, Québec, Canada

Andrée Simoneau

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

Pierre McDuff

Université de Montréal, Québec, Canada

### Authors' Note

The authors would like to thank Dr. Brian D. Doss for providing the complete relationship problem coding system used in this research.

Correspondence concerning this article should be addressed to Stéphane Sabourin, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada.

## **Abstract**

This study tested the reliability and validity of Goal Attainment Scaling in evaluating change in couples consulting in a naturalistic therapy setting. The therapeutic mandates and treatment goals of 100 couples were categorized using standardized coding schemas. Intraclass correlation coefficients revealed high reliability for the classification of treatment goals and therapeutic mandates. Data regarding inter-rater reliability, convergent validity and content validity of treatment goals were presented. Effect sizes showed large pre-post changes in couple distress and in severity of relationship problems. Therapists' and partners' ratings of goal attainment converged significantly and were consistent predictors of post-treatment couple distress. In addition, goal attainment predicted treatment completion and separation at the end of therapy. Ambivalence goals were associated with commitment-security and infidelity-flirting problems.

*Keywords:* couple therapy, goal attainment scaling, therapeutic mandates, naturalistic therapy setting

## Goal Attainment Scaling in a Naturalistic Couple Therapy Setting

Case conceptualization and treatment planning in couple therapy generally entail an initial and continually evolving negotiation to determine and, when necessary, revise joint goals and time-targeted objectives. In this context, goal-setting processes activate the formation of a favourable therapeutic alliance and are thus a potential positive predictor of treatment outcome (Castonguay, Constantino, & Grosse Holtforth, 2006; Gurman, 1978). In a thoughtful analysis, Gurman (1978) had long ago recognized the relevance of goal specificity and regulation in many different forms of couple treatment. He also urged researchers to empirically scrutinize the clinical utility of this construct and its relationship to therapeutic outcome. Goal attainment scaling (GAS) may have been a useful assessment tool to follow this recommendation and to study individualized or idiographic change processes in couple therapy outcome research. GAS is precisely designed to jointly establish specific goals and expected results; goals are individualized as a function of partners' needs and therapists' perceptions. Despite the widespread use of this measure in many clinical research areas, its application in couple therapy has been limited, especially in naturalistic settings.

A recent review of measures used in couple and family therapy research showed that a total of 480 different outcome measures were used, in which over 85 % were self-report instruments (Sanderson et al., 2009). Standardised measures generally focus on specific aspects of couple functioning, and may not include aspects reflecting couples' unique problems and goals. A problem commonly encountered in medical and social sciences research is that participants can be measured on outcomes that their treatment was never designed to influence (Boothroyd & Banks, 2006). Traditionally, researchers have favoured the use of standardized research scales compared to careful formulation of goals and outcomes of individual clients (Lambert & Hill, 1994). Researchers have proposed goal attainment as an indicator of progress (Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 2003) and have

encouraged the development of typologies of treatment goals in order to help identify relevant and clinically significant domains of change (Kazdin, 1999).

The use of GAS can fulfil this role by providing a measure of change in couples based on their own characteristics and treatment goals. The procedure of GAS first requires to define a unique set of goals for each couple, then to specify a range of possible results for each goal and finally, to assess change after treatment. The total GAS score is calculated using a *t*-score distribution, which allows comparisons across couples. This measure was first developed for mental health program evaluation (Kiresuk & Sherman, 1968). In the past 40 years, numerous studies have used this measure successfully across different fields of research, including education, nursing, rehabilitation, and psychotherapy. GAS has also been recommended in couple and family therapy (Russell, Olson, Sprenkle, & Atilano, 1983; Whisman & Snyder, 1997). For example, the role of GAS in family therapy outcome was examined among a sample of 270 families (Woodward, Santa-Barbara, Levin, & Epstein, 1978). To our knowledge, only two couple therapy outcome studies have used GAS (Goldman & Greenberg, 1992; Johnson & Greenberg, 1985). In these studies comparing integrated systemic and emotionally focused approaches, GAS was not the primary measure of the studies and its psychometric properties were not examined.

Over the years, important psychometric concerns have been raised about the value of GAS in efficacy research. Two major critiques need to be discussed (for more detailed discussions of the GAS psychometric properties, see Calsyn & Davidson (1978), Kiresuk, Smith, & Cardillo (1994), and Mintz & Kiesler (1982)). First, although the clinical utility of GAS has been widely recognized, its application for research purposes has been criticized because of the low to moderate convergent validity of GAS scores with standardised outcome measures (Gordon, Powell, & Rockwood, 1999; Shefler, Canetti, & Wiseman, 2001). Yet, proponents and developers of the measure argued that the GAS score should be conceptualized as a measure of treatment-induced change (Kiresuk, et al., 1994). Accordingly, albeit modest, statistically significant relations with standardised outcome measure may reflect the individualized nature of GAS and not its lack of validity (Beidel,

1988). Second, a common critique of GAS is the possibility of bias (Kiresuk, et al., 1994). Although treatment goals are agreed upon at the beginning of therapy, unintentional therapist biases can occur in the goal scaling procedure such as choosing easy to attain goals or overestimating improvements. However, Kiresuk et al. (1994) pointed out that the therapists are in the best position to complete the measure because they are highly knowledgeable about the planned treatment, in comparison to couples or independent research evaluators.

The general aim of the present study was to empirically test the psychometric properties of GAS in assessing change following couple therapy in a naturalistic setting. The need to study therapeutic change in non-laboratory settings is well established (Addison, Sandberg, Corby, Robila, & Platt, 2002) and there are some indications that the efficacy of couple therapy in these settings is lower than what has been reported in randomized clinical trials (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhoussen, 2007). For example, treatment conducted in controlled settings generally aims to reduce relationship distress in well-motivated couples whereas a significant portion of couples seeking help in community clinics consult to resolve significant ambivalence towards relationship continuation or for divorce or separation counseling (Poitras-Wright & St-Père, 2004). These differing therapeutic mandates—namely an agreement about the direction that treatment will take—will impact not only on clinical outcomes but also on the goal setting process which will need to take into account the specific profile of these distinct groups of couples. Thus, a careful description of treatment goals and of their clinical correlates needs to consider the nature of the couple therapy mandates agreed upon: alleviation of couple distress, ambivalence resolution or separation/divorce therapy. It has already been demonstrated that therapeutic mandates can be reliably classified and that therapeutic mandates are associated with pre-therapy relationship distress and therapy outcome (Tremblay, Wright, Sabourin, Mamodhoussen, & McDuff, 2008). Studies comparing therapeutic mandates found that couples pursuing an alleviation of distress mandate were four times more likely to complete therapy than couples pursuing an ambivalence

resolution mandate (Mondor, Sabourin, Wright, Poitras-Wright, & McDuff, 2011) and that relationship problems related to commitment-security and infidelity-flirting were more common among couples pursuing an ambivalence resolution mandate than among couples pursuing an alleviation of distress mandate (Boisvert, Wright, Tremblay, & McDuff, 2010).

The more specific objectives of our study were first to test the inter-rater reliability of the GAS measure and of our framework to categorize treatment goals. Second, the convergent validity of the GAS was tested using pre-test/post-test changes in couple distress. Third, the content validity of treatment goals was assessed. Fourth, we explored the role of sociodemographic, pre-treatment prognostic indicators, therapeutic mandates, and post-treatment variables in the prediction of couples' GAS scores. Finally, using a categorization of treatment goals, we assessed the proportions of treatment goals reported and tested whether couples pursuing different therapeutic mandates would have different types of treatment goals. Based on previous studies, it was hypothesized that the number of therapy sessions would be related to goal attainment (Hampson, Prince, & Beavers, 1999). Based on theoretical and clinical data, we also hypothesized that couples would have different treatment goals, depending on their therapeutic mandate.

## **Method**

### **Participants**

A total of 121 heterosexual couples were recruited. They consulted at a fee-for-service clinic in the Montreal, Quebec (Canada), area between February 2008 and September 2010. Couples were self-referred or referred by a health care professional. This study excluded 21 couples because they cancelled their consultation request before the therapeutic mandate was negotiated and treatment goals were set, yielding a final sample of 100 participating couples. Participants' mean age was 42.88 years for men ( $SD = 8.58$ ,  $Min = 23$ ,  $Max = 63$ ) and 40.33 years for women ( $SD = 7.79$ ,  $Min = 22$ ,  $Max = 60$ ). The average duration of the couple relationship was 12.55 years ( $SD = 8.92$ ), with a range from



8 months to 36 years. The majority of participants (89.0 % of men and 94.0 % of women) identified themselves as French Canadian. The proportion of men and women with some college education were 74.1 % and 64.8 %, respectively; and employment rates were 93.0 % for men and 83.0 % for women. Average income was in the range of \$70,000 – \$79,000 CAN for men and in the range of \$50,000 – \$59,000 CAN for women. Men who were parents had an average of 2.21 ( $SD = 0.92$ ) children. Female parents had an average of 2.09 ( $SD = 0.90$ ) children, while 18.0 % of men and 24.0 % of women had no children. The proportion of participants with prior experience in couple therapy was 29.0 % for men and 28.0 % for women; 68.0 % and 80.0 % of men and women, respectively, had prior experience in individual therapy. The average duration of relationship problems was 4.51 years ( $SD = 3.92$ ). In our sample, 40.0 % of the couples were legally married.

### **Therapists**

The therapists in this study were 8 psychologists ( $n = 89$  couples treated), 2 clinical psychology doctoral interns ( $n = 5$  couples treated), and 5 clinical psychology graduate trainees ( $n = 6$  couples treated). Interns and graduate trainees were supervised by a senior psychologist of the team. Four psychologists had a doctoral degree and four had a master's degree in clinical psychology. The treating psychologists had an average of 16.50 years ( $SD = 12.39$ ) of experience providing couple therapy. All therapists were trained in cognitive-behavioral couple therapy (CBCT; Epstein & Baucom, 2002) and/or in integrative behavioral couple therapy (IBCT; Jacobson & Christensen, 1996). The psychologists sometimes incorporated therapeutic strategies from various approaches, as needed, which is a common characteristic of the practice of most therapists in naturalistic settings in North America (Beaton, Dienhart, Schmidt, & Turner, 2009; Pinosof & Wynne, 2000).

### **Treatment**

Therapists provided treatment as usual. Guidelines for intervention consistent with CBCT, IBCT and for the ambivalence resolution mandate are described in a French language treatment manual (Wright, Lussier, & Sabourin, 2008).

## **Procedures**

During the first therapy session, the therapists introduced the research project to the couples. Consenting couples were asked to complete self-report measures. Therapists completed the Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire and GAS at the end of the evaluation phase of therapy. At the end of treatment, couples completed post-treatment measures; therapists completed the Termination Form and indicated the level of attainment of treatment goals.

## **Measures**

*Demographic information.* Written responses to questions for the following participants' variables were collected: age, ethnicity, level of education, employment status, annual individual income, relationship duration, number and age of children, marital status, prior experience in couple therapy, prior experience in individual therapy, and duration of relationship problems.

*Couple distress.* Couple distress was assessed with the French-language version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976), a widely used 32-item self-report measure. Global scores on this measure range from 0 to 151; lower scores indicate greater relationship distress. Reliability coefficients ranged from .91 to .96 for the original version (Spanier, 1976) and from .89 to .91 for the French-language version (Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). In the present sample, Cronbach's alphas reached .89 for men and .91 for women, at pre-treatment.

*Relationship problems.* Relationship problems were collected with the Target Complaints measure (Battle et al., 1966). Participants were asked to report and describe up to three problems for which they were seeking treatment. Both at pre- and post-treatment, participants were asked to rate the severity of relationship problems on a 7 point Likert scale (1 = « not at all », to 7 = « could not be worse »). At post-treatment, the degree of improvement was assessed with a 5 point Likert scale (1 = « worse », 3 = « same », to 5 =

« much better »). Partners' responses on the Target Complaints measure were coded with a relationship problems coding system recently published by Hsueh, Morrison, and Doss (2009). The coding system includes 65 specific problem codes, grouped into 16 broad relationship problem codes. In the Hsueh et al. (2009) study, three independent raters coded a random sample of 300 responses from individuals in relationships. The kappa reliability coefficient was .84 for the broad problem codes. The present study used two raters, the first author and an undergraduate rater trained by the first author. Both raters were unaware of partners' marital status or couples' therapeutic mandates; all data were coded independently. Using the 16 broad relationship codes, the kappa reliability statistic for the 519 responses produced by partners was .81. When the coding for a given relationship problem was unanimous across raters, the code was recorded as final. When the raters disagreed, the code was discussed until consensus was achieved.

*Classification of therapeutic mandates.* The therapeutic mandate is an agreement between the couple and the therapist as to the direction that treatment will take. The Classification of Therapeutic Mandates Questionnaire (Poitras-Wright & St-Père, 2004) includes three possible mandates: alleviation of couple distress, ambivalence resolution, and separation intervention. Therapists also indicated their expectations of the therapy process (favourable, neutral or unfavourable). In this study, therapists classified their cases after an average of 3.30 ( $SD = 0.99$ ) therapy sessions. Descriptive analyses showed that 69 % ( $n = 69$ ) of couples were in treatment to alleviate couple distress, 30 % ( $n = 30$ ) were in treatment to resolve ambivalence, and 1 % ( $n = 1$ ) was in treatment for separation. Given that only one couple in this sample pursued a separation mandate, it was not included in analyses comparing therapeutic mandates.

*Goal attainment scaling.* Therapists were asked to complete GAS (Kiresuk & Sherman, 1968) at the end of the evaluation phase. Prior to conducting this study, training in goal setting was provided to therapists along with a French-language manual focusing on examples of treatment goals in couple therapy and possible expected results. Therapists created individualized GAS follow-up guides, indicating up to three goals for which five

levels of attainment needed to be specified: « much less than expected result », « somewhat less than expected results » (typically the couple's baseline level), « expected level of outcome », « somewhat more than expected results », and « much more than expected results ». At post-treatment, therapists indicated, for each couple, the level of attainment on the individualized GAS follow-up guide. GAS scores were converted into standard *t*-scores with a mean of 50 and a standard deviation of 10 (Kiresuk, et al., 1994). During the study, follow-up guides were periodically reviewed by the research team and feedback was given to therapists.

*Categorization of treatment goals.* In order to explore the nature of goals pursued in couple treatment in a naturalistic setting, a framework for categorization of treatment goals was developed. Since all of therapists received training in CBCT and/or IBCT, the first six goal categories were related to main therapeutic interventions; (a) communication, (b) problem-solving, (c) behavior change, (d) cognitions, (e) emotions, and (f) acceptance of differences. Given the application of couple therapy to specific psychological disorders and clinical populations, the other goal categories were related to (g) sexuality, (h) individual problems, (i) trauma-violence, and (j) family. Finally, with regards to therapeutic mandates, the last two types of treatment goals were related to (k) ambivalence, and (l) separation. For the purpose of assessing reliability, this study used two raters, the first author and an undergraduate rater trained by the first author. Both raters were unaware of partners' marital status or couples' therapeutic mandates; all data were coded independently. Using the 12 types of treatment goals, the kappa reliability statistic for the 266 treatment goals was .73. When the coding for a given treatment goal was unanimous across raters, the code was recorded as final. When the raters disagreed, the code was discussed until consensus was achieved.

*Termination forms.* The therapists indicated if the couple remained together or separated, the total number of therapy sessions received and the couples' termination status. Five choices were given to classify the reasons for termination: a) treatment completers (cases of complete recovery), b) partial recovery (significant improvement had been made

but more treatment would have been beneficial), c) 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, d) cases referred elsewhere for specialty treatment and f) external reasons (e.g., maternity leave, relocation). At post-treatment, partners were asked to rate perceived improvement on treatment goals using a 5-point Likert scale.

### **Statistical Analysis**

At post-treatment, GAS scores were calculated. Correlations were computed to examine inter-rater reliability of post-treatment GAS scores between pairs of therapists and the association between therapists' and partners' ratings of goal attainment. Convergent validity was tested by using correlations between post-treatment GAS scores and post-treatment DAS scores and severity of relationship problems. Bivariate analyses were used to explore variables related to goal attainment. GAS follow-up guides were reviewed in order to assess the proportion of different types of treatment goals. Partners' responses to the Target Complaints measure were used to create couples' relationship problems for the purpose of conducting analyses at this level. Relationship problems were identified and coded when at least one partner reported a problem in that category of relationship problems. Chi-square test was used to assess the content validity of GAS by testing the independence between types of treatment goals and types of couples' relationship problems. We also performed tests of proportions in order to compare the proportions of treatment goals of couples pursuing distinct therapeutic mandates.

## **Results**

### **Psychometric properties**

The reliability of GAS scores was computed with 11 couples. Using Pearson correlation between pairs of therapists, inter-rater reliability of the GAS *t*-scores on 11 % (i.e. 35 treatment goals) of the sample reached a satisfactory level of agreement ( $r = .73$ ,  $p$

< .01). Table 1 shows an example of a GAS follow-up guide for a couple pursuing an alleviation of distress mandate.

Post-treatment DAS scores and post-treatment relationship problem severity scores were used to assess convergent validity of the GAS measure. GAS scores were positively correlated with men's and women's post-treatment DAS scores,  $r = .69, p < .01$  and  $r = .66, p < .01$ , respectively. Also, GAS scores were negatively correlated with men's and women's post-treatment severity of relationship problems,  $r = -.66, p < .01$  and  $r = -.46, p < .01$ , respectively. Therapists' ratings of goal attainment were related to men's and women's ratings of goal attainment,  $r = .63, p < .01$  and  $r = .53, p < .01$ , respectively.

The content validity of GAS scores was assessed by testing the association between treatment goals and couples' relationship problems for similar thematic contents. For instance, results showed that *problem-solving* goals were associated with *arguments* problems,  $\chi^2(1, N = 100) = 6.35, p < .05$ ; *emotions* goals were associated with *emotional affection-distance* problems,  $\chi^2(1, N = 100) = 7.06, p < .05$ ; *sexuality* goals were associated with *lack of physical affection-sex* problems,  $\chi^2(1, N = 100) = 16.25, p < .01$ ; *family* goals were associated with *child-parenting* problems,  $\chi^2(1, N = 100) = 27.79, p < .01$ ; and finally, *ambivalence* goals were associated with *commitment-security* and *infidelity-flirting* problems,  $\chi^2(1, N = 100) = 10.63, p < .01$  and  $\chi^2(1, N = 100) = 8.08, p < .01$ , respectively.

### **Pre- and post-treatment comparisons**

In this study, 32 couples completed both pre- and post-treatment questionnaires. Men who did not complete post-treatment had lower pre-treatment DAS scores ( $M = 89.49, SD = 17.62$ ) than men in couples who did complete post-treatment measures ( $M = 98.28, SD = 17.77$ ),  $F(1, 98) = 5.39, p = .02, \eta^2 = .05$ . This difference was not significant for women and on for other variables. Couples who pursued an alleviation of distress mandate attended on average 10.75 ( $SD = 6.68$ ) therapy sessions and couples who pursued an ambivalence resolution mandate remained in treatment for on average 7.67 therapy sessions ( $SD = 4.33$ ),  $F(1, 97) = 5.41, p = .02, \eta^2 = .05$ . Statistical comparisons between pre- and

post-treatment data showed that men's DAS scores were higher at post-treatment ( $M = 109.79$ ,  $SD = 18.55$ ), compared to pre-treatment ( $M = 98.68$ ,  $SD = 18.47$ ),  $t(27) = 3.53$ ,  $p < .01$ ,  $d = 0.60$ . Women's DAS scores were also higher at post-treatment ( $M = 106.17$ ,  $SD = 14.20$ ), than at pre-treatment ( $M = 95.48$ ,  $SD = 13.35$ ),  $t(29) = 3.84$ ,  $p < .01$ ,  $d = 0.78$ . At pre-treatment, using the 7-point severity score of problems of the Target Complaints, mean scores of men and women were 4.91 ( $SD = 1.10$ ) and 4.89 ( $SD = 1.08$ ), respectively. For couples who completed post-treatment, men rated their problems as less severe at post-treatment ( $M = 2.99$ ,  $SD = 1.66$ ) compared to pre-treatment ( $M = 4.67$ ,  $SD = 1.00$ ),  $t(31) = 4.90$ ,  $p < .01$ ,  $d = 1.23$ . Women also rated their problems as less severe at post-treatment ( $M = 2.63$ ,  $SD = 1.15$ ) than at pre-treatment ( $M = 4.74$ ,  $SD = 1.09$ ),  $t(30) = 7.75$ ,  $p < .01$ ,  $d = 1.88$ . Using the 5-point measure of improvement of the Target Complaints, men's mean score was 4.06 ( $SD = 0.94$ ) and women's mean score was 4.20 ( $SD = 0.68$ ), with higher scores indicating more improvement.

### **Prediction of Goal Attainment**

The mean post-treatment GAS scores was 51.46 ( $SD = 11.99$ ), indicating that on average, couples reached the results expected by the end of the treatment. To determine variables related to post-treatment GAS scores, correlations and one-way ANOVAs were used. Preliminary analysis on socio-demographic variables revealed that none were significantly related with post-treatment GAS scores. Among pre-treatment prognostic indicators, a one-way ANOVA demonstrated statistically significant differences between GAS scores and therapist's expectations about the therapy process, set after the evaluation phase of the therapy,  $F(2, 91) = 4.87$ ,  $p = .01$ ,  $\eta^2 = .10$ . A least significant differences (LSD) post hoc test indicated that couples whose therapists reported favourable expectations had higher GAS scores ( $M = 55.99$ ,  $SD = 11.75$ ) than couples whose therapists indicated neutral expectations ( $M = 49.97$ ,  $SD = 11.43$ ), or unfavourable expectations ( $M = 45.82$ ,  $SD = 12.93$ ). Partners' scores on couple distress and problem severity at pre-treatment were not correlated with post-treatment GAS scores.

In the case of post-treatment variables, results showed that couples who were together at the end of the treatment had higher post-treatment GAS scores ( $M = 60.45$ ,  $SD = 9.67$ ,  $n = 73$ ) than couples who were separated ( $M = 46.67$ ,  $SD = 10.83$ ,  $n = 26$ ),  $F(1,97) = 6.22$ ,  $p = .01$ ,  $\eta^2 = .06$ . A one-way ANOVA demonstrated statistically significant differences in termination status,  $F(4, 95) = 25.29$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .52$ . A LSD post hoc test indicated that couples who completed treatment had reached higher post-treatment GAS scores ( $M = 60.43$ ,  $SD = 9.67$ ,  $n = 32$ ) than couples who recovered partially ( $M = 53.72$ ,  $SD = 7.11$ ,  $n = 28$ ), dropped out ( $M = 38.17$ ,  $SD = 6.66$ ,  $n = 24$ ), or were referred ( $M = 45.01$ ,  $SD = 10.13$ ,  $n = 8$ ). The number of therapy sessions was not correlated with post-treatment GAS scores. Finally, post-treatment GAS scores did not differ according to the therapeutic mandate.

### **Types of Treatment Goals**

A content analysis was carried out to investigate the nature of treatment goals set by therapists. Table 2 presents the proportion of couples who reported each of the 12 types of treatment goals according to the therapeutic mandate and the  $p$  value for the test of difference of proportions. The first most common treatment goal for couples who pursued an alleviation of distress mandate was communication. The first most common treatment goal in couples who pursued an ambivalence resolution mandate was related to ambivalence goals. Our results revealed that couples who pursued an alleviation of distress mandate had significantly more treatment goals related to communication, problem-solving, and acceptance of differences than couples who pursued an ambivalence resolution mandate. Conversely, couples who pursued an ambivalence resolution mandate had significantly more treatment goals related to ambivalence than couples who pursued an alleviation of distress mandate. Finally, we tested whether treatment goals were attained in different proportions according to the therapeutic mandates. Results showed that GAS scores of communication goals of couples who pursued an alleviation of distress mandate were higher ( $M = 52.71$ ,  $SD = 9.62$ ) than those of couples who pursued an ambivalence



resolution mandate ( $M = 46.36$ ,  $SD = 6.74$ ),  $F(1,57) = 4.28$ ,  $p = .04$ ,  $\eta^2 = .07$ . For the other types of goals, there was no significant difference in GAS scores.

## **Discussion**

The need to rigorously examine the goal setting-process and outcome in couple therapy is supported by a growing empirical database documenting serious dropout issues – well over 40 % – suboptimal dosage of treatment, with a mean number of completed sessions sometimes lower than 5, and effect sizes smaller than .30 (e.g., Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010; Hahlweg & Klann, 1997), for a review, see Wright et al. (2007). The results of the present study, conducted in a fee-for-service clinic, revealed longer treatment duration and higher effect sizes than those of past naturalistic investigations. However, our participation rate to post-treatment assessment was rather low but comparable to that observed in other field settings (Klann, Hahlweg, Baucom, & Kroeger, 2009)

The first significant finding of this study was that goal assessment scaling proved to be a reliable method to perform individualized evaluation of couples' treatment goals and to measure change following couple treatment. This is an important finding because most couple therapy outcome studies rely almost exclusively on self-report instruments. There is a need to diversify viewpoints from which couple therapy effectiveness is assessed and the therapist's perspective on the specific goals pursued – and attained– by partners represents an important source of information about the outcome of treatment. Still, it is difficult to compare our results to those of other GAS studies because often numerous modifications to the initial procedures have been reported (Hill & Lambert, 2004). For example, independent evaluators were employed to determine treatment goals in an individual therapy study (Shefler, et al., 2001), couples set and rated the attainment for their goals in a couple therapy study (Goldman & Greenberg, 1992) and therapists set and research staff rated attainment of goals in a family therapy study (Woodward, et al., 1978). A next step in couple therapy efficacy studies would be to assess change with independent evaluators.

Nonetheless, the present study contributes to the field of couple therapy research by presenting preliminary findings on psychometric properties of GAS. This measure provides individualized information and flexibility about what is specifically relevant to each couple, two major advantages in conducting research in naturalistic settings.

Inter-rater reliability of individualized therapeutic goals is an important empirical achievement but the validity of this assessment method also needs to be scrutinized. This investigation provided three related sources of empirical support to the validity of GAS in couple therapy efficacy research. First, therapists' GAS scores were significantly associated with both partners' post-treatment couple distress, a finding that confirms the potential convergent validity of this measure of change. We also observed substantial overlap between therapists' ratings of goal attainment and men's and women's ratings of goal attainment. This is another interesting indicator of convergent validity for GAS. This result supports the contention of Shefler et al. (2001) that the convergent validity problem of GAS may be less severe than originally thought. However, the convergence between GAS scores and post-therapy couple distress or partners' assessment of goal attainment was far from perfect. This imperfect overlap paves the way to a thorough examination of the differential predictors of goal attainment and couple distress following treatment. Second, GAS scores were well within the expected range of GAS scores indicative of treatment effectiveness reported by Kiresuk et al. (1994), namely a mean between 48 and 52 and a standard deviation between 8 and 12 points. Finally, GAS scores consistently predicted post-treatment separation or divorce and distinguished couples who dropped out, partially recovered or completely recovered. These are important clinical outcomes, a fact that underlines the potential usefulness of GAS in couple therapy. In addition, they rule out the possibility that couples that decided to dropout from therapy did so because their goals were attained.

Our efforts to identify variables related to goal attainment were successful. First, therapists' expectations were associated with goal attainment. As compared to couples for which the therapist had neutral or unfavourable expectations of treatment success, couples

for whom the therapist reported favourable expectations were more likely to reach their goals. Future studies will shed light on the processes through which expectations lead to goal attainment. However, early indicators of alliance and treatment progress are two likely candidates worth of attention (Anker, et al., 2010). Finally, we were surprised to find that the number of therapy sessions was not related to goal attainment. This result may be explained by the individualized nature of GAS; in order to attain the same amount of change, couples may need more or less therapy sessions, depending on their own characteristics.

From a clinical perspective, the use of therapeutic mandates in order to account for diverse treatment goals proved fruitful. One important finding was that 30 % of the couples in our study pursued an ambivalence resolution mandate. This is the second study (Mondor et al., 2011), conducted on an independent clinical sample, which confirms that, in naturalistic couple therapy settings, a sizable proportion of partners consult to resolve ambivalence issues toward the continuation of the relationship. The present finding not only confirms that ambivalence resolution needs to represent a distinct therapeutic mandate but also establish that these couples have more problems related to commitment-security and infidelity-flirting problems, attend fewer therapy sessions, and improve less on traditional communication goals. Because therapeutic mandates were not related to goal attainment, it will be essential to examine the association between an ambivalence resolution mandate and couple treatment outcomes. There is some preliminary evidence that ambivalence resolution predicts early withdrawal from couple therapy (Mondor et al., 2011). Even if the presently available data needs to be replicated, our results highlight the importance of a thorough assessment of ambivalence towards the relationship. Evidence-based measures designed to assess couple commitment and infidelity could be used more frequently in clinical practice. Beyond the commitment/infidelity issues uncovered in this investigation, another logical next step to deepen our understanding of ambivalence mandate would be to further define specific treatment goals addressing the ambivalence construct. These are couples in which at least one of the partners presents himself/herself in

a state of confusion and uncertainty. Such individuals are temporarily unable to choose: a traditional couple therapy mandate, centered on the reconstruction of the relationship, is judged premature at best and separation/divorce appears an equally unfavorable option. This dilemma is generally accompanied by rapid changes in relational attitudes and behaviors; it generates intense personal and couple distress in both partners and may provoke impulsive actions intended to restore a sense of decisiveness. Intensive clinical/observational studies of these ambivalent individuals and couples will help identify their specific characteristics and therapeutic needs.

Another purpose of this study had to do with the qualitative analysis of treatment goals. Results indicated that the most common treatment goals are related to communication, problem-solving, behavior change, emotions, acceptance of differences and ambivalence. Compared to couples who pursued an ambivalence resolution mandate, those who pursued an alleviation of distress mandate had more treatment goals related to communication, problem-solving and acceptance of differences. When examining goal attainment as a function of treatment goals, and as compared to couples who pursued an ambivalence resolution mandate, couples who pursued an alleviation of distress mandate obtained higher GAS scores on communication goals. Future investigations of couple therapy practice should include data on treatment goals and examine which couple characteristics influence attainment of different types of treatment goals.

Finally, there were limitations to this study. First, the number of couples completing the assessment battery following treatment was low. Even if the participation rate was comparable to that observed in other studies conducted in field settings (Klann, et al., 2009), this phenomenon reduced the power of our statistical analyses. It is possible that couples with greater pre-treatment couple distress are less likely to complete post-treatment measures, thus affecting internal validity and interpretations of pre-post changes. Second, as in other naturalistic studies, adherence to specific treatment models by therapists cannot be controlled. This limits the internal validity of our results. Third, the individuals were characterized by upper middle-class, high education levels and prior experiences in

individual therapy. Consequently, generalization of the present findings to other populations must be attempted with caution. Despite these limitations, this study contributed to the field by yielding preliminary data regarding the psychometric properties of GAS in assessing change following couple therapy. This study also provided valuable information on types of treatment goals set in naturalistic settings and emphasizes the need for further research on therapeutic mandates.

## 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*, 339-372.
- Anker, M., Owen, J. J., Duncan, B., & Sparks, J. (2010). The alliance in couple therapy: Gender, partner influence, and the alliance-change relationship in a naturalistic sample. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 78*, 635-645.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria for improvement. *American Journal of Psychotherapy, 20*, 184-192.
- Beaton, J., Dienhart, A., Schmidt, J., & Turner, J. (2009). Clinical practice patterns of canadian couple/marital/family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*, 193-203.
- Beidel, D. C. (1988). Goal attainment scaling. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 238-241). New York: Pergamon Press.
- Boisvert, M.-M., Wright, J., Tremblay, N., & McDuff, P. (2010). *Couples' reports of relationship problems in a naturalistic therapy setting*. Manuscript submitted for publication.
- Boothroyd, R. A., & Banks, S. M. (2006). Assessing treatment outcomes in individually-tailored interventions. Invited commentary. *The Lancet, 367*, 801-802.
- Calsyn, R. J., & Davidson, W. S. (1978). Do we really want a program evaluation strategy based solely on individualized goals? A critique of goal attainment scaling. *Community Mental Health Journal, 14*, 300-308.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 43*, 271-279.

- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 962-969.
- Gordon, J. E., Powell, C., & Rockwood, K. (1999). Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. *Age and Ageing, 28*, 275-281.
- Gurman, A. S. (1978). Contemporary marital therapies: A critique and comparative analysis of psychoanalytic, behavioral, and systems theories. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy* (pp. 506-518). New York: Brunner/Mazel.
- Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital therapy in Germany: A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology, 11*, 410-421.
- Hampson, R. B., Prince, C. C., & Beavers, R. W. (1999). Marital therapy: Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*, 411-424.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-136). New York: Wiley.
- Hsueh, A. C., Morrison, K. R., & Doss, B. D. (2009). Qualitative reports of problems in cohabiting relationships: Comparisons to married and dating relationships. *Journal of Family Psychology, 23*, 236-246.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 175-184.

- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332-339.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*, 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., & Kroeger, C. (2009). The effectiveness of couple therapy in Germany: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00164.x
- Lambert, M. J., & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 72-113). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., & Johnson, L. D. (2003). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (3th ed., pp. 619-633). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mintz, J., & Kiesler, D. (1982). Individualized measures of psychotherapy outcome. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook on research methods in clinical psychology* (pp. 491-534). New York: John Wiley & Sons.
- Mondor, J., Sabourin, S., Wright, J., Poitras-Wright, H., & McDuff, P. (2011). *Premature disengagement from couple therapy in a naturalistic setting: The role of therapeutic mandates and attachment representations*. Manuscript submitted for publication.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (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 consultation conjugale [A therapeutic mandate*



*evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy*].

Unpublished document.

- Russell, C. S., Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Atilano, R. B. (1983). From family symptom of family systems: A review of family therapy research. *The American Journal of Family Therapy, 11*, 3-14.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment, 2*, 333-337.
- Sanderson, J., Kosutic, I., Garcia, M., Melendez, T., Donoghue, J., Perumbilly, S., et al. (2009). The measurement of outcome variables in couple and family therapy research. *American Journal of Family Therapy, 37*, 239-257.
- Shefler, G., Canetti, L., & Wiseman, H. (2001). Psychometric properties of goal-attainment scaling in the assessment of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 971-979.
- 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.
- Tremblay, N., Wright, J., Sabourin, S., Mamodhoussen, S., & McDuff, P. (2008). Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research: A feasibility study. *American Journal of Family Therapy, 36*, 137-148.
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical Handbook of marriage and couple interventions* (pp. 679-693). New York: John Wiley & Sons.
- Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Levin, S., & Epstein, N. B. (1978). The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome. *American Journal of Orthopsychiatry, 48*, 464-476.
- Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple [Clinical handbook of couple psychotherapies]*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.

**Table 1**

*Example of a Goal Attainment Follow-Up Guide for a Couple in Alleviation of Distress Mandate*

Level of attainment	Goal #1: <i>Improve communication skills</i>	Goal #2 : <i>Develop problem-solving skills</i>	Goal #3 : <i>Enhance sexual intimacy</i>
Much less than expected (-2)	<i>Lack of communication, leading to more conflicts</i>	<i>Partners are not open to the other's point of view</i>	<i>Absence of sexual contact</i>
Less than expected (-1)	<i>The woman is being defensive. The man elevates his voice.</i>	<i>Impossible to define the problems</i>	<i>Low sexual desire</i>
Expected level of outcome (0)	<i>The wife listens and validates, the man softens his positions; 50% of the time.</i>	<i>Partners are able to talk about and identify solutions to 1-2 problems</i>	<i>Isolated moments of sexual intimacy, with low spontaneity</i>
More than expected (+1)	<i>The wife listens and validates, the man softens his positions; 75% of the time.</i>	<i>Partners are able to talk about and identify solutions to 3-5 problems</i>	<i>Isolated moments of sexual intimacy, with much appreciation</i>
Much more than expected (+2)	<i>The wife listens and validates, the man softens his positions; over 75% of the time.</i>	<i>Partners are able to talk about and identify solutions to new problems</i>	<i>Regular moments of sexual intimacy, with much appreciation</i>

**Table 2***Proportions of Therapeutic Goals in Function of Therapeutic Mandates*

Types of treatment goals	% within Alleviation of distress mandate	% within Ambivalence resolution mandate	<i>p</i>
	n = 69	n = 30	
Communication	69.6	36.7	.004
Problem-solving	42.0	16.7	.021
Behavior Change	42.0	30.0	.369
Cognitive	15.9	16.7	1.00
Emotions	23.2	30.0	.464
Acceptance of Differences	21.7	3.3	.034
Sexuality	20.3	16.7	.786
Individual	7.2	6.7	1.00
Trauma-violence	1.4	3.3	.516
Family	11.6	10.0	1.00
Ambivalence	2.9	76.7	.001
Separation	0	3.3	.303

## **Chapitre 4**

### **Discussion générale**

La présente thèse avait pour but d'analyser les problèmes conjugaux, les objectifs thérapeutiques et les mandats thérapeutiques des couples qui consultent en thérapie conjugale en milieu naturel. Les principaux résultats sur chacune de ces composantes seront d'abord présentés, puis les implications au plan clinique, théorique ainsi qu'au plan méthodologique seront exposées. Les limites de l'étude seront ensuite passées en revue. Enfin, différentes pistes de recherches seront présentées.

## **Synthèse des principaux résultats**

### **Les problèmes conjugaux**

Une bonne compréhension des problèmes présents dans la relation représente une partie importante du travail du thérapeute. La recension des écrits sur les problèmes conjugaux a montré qu'il existe deux lacunes principales. La première concerne les populations étudiées. En effet, plusieurs études sur les problèmes de couple ont été menées auprès de la population générale ou encore auprès de couples vus en thérapie dans des protocoles de recherche maximisant la validité interne. Par conséquent, ces études pourraient ne pas se généraliser aux couples qui consultent en milieu naturel. La seconde lacune concerne la méthodologie employée dans ces études. Du fait qu'une majorité d'études ont utilisé des listes prédéfinies de problèmes, comparativement à une question ouverte, les problèmes conjugaux n'ont pu être étudiés de manière idiosyncrasique.

Le chapitre 2 a dressé un portrait des problèmes conjugaux rapportés par les couples consultant en thérapie conjugale en milieu naturel, à l'aide de la mesure *Target Complaints*, qui recourt à une question ouverte. Les problèmes conjugaux les plus fréquemment rapportés sont liés à la communication, à la distance émotionnelle, à des problèmes spécifiques de la relation et à la sexualité, des résultats qui sont comparables à ce que la plupart des études ont trouvé. Toutefois, on observe ce qui semble être une sous-représentation de la problématique de la violence conjugale. En effet, seulement 1 % des couples ont rapporté des problèmes à ce niveau et 4 % des couples se sont vus attribuer des

objectifs touchant cette problématique. Or, comme mentionné précédemment, entre 25 % et 75 % des couples en thérapie conjugale ont vécu une forme quelconque de violence (Ehrensaft & Vivian, 1996; Holtzworth-Munroe et al., 1992; Jouriles & O'Leary, 1985; Langhinrichsen-Rohling & Vivian, 1994; O'Leary, Vivian, & Malone, 1992). Cet écart important s'explique sans doute par la composition différente des échantillons puisque la pratique clinique recommande de ne pas entreprendre de thérapie conjugale lorsqu'il y a présence de violence entre les partenaires, ce qui ne s'applique pas pour les milieux offrant des services spécialisés pour la violence conjugale (Lussier, Wright, Lafontaine, Brassard, & Epstein, 2008). Par ailleurs, la mesure *Target Complaints* n'est pas un outil approprié pour dépister la présence de violence conjugale. En effet, il est reconnu qu'il est difficile pour les conjoints d'aborder ce type de problème et il existe d'ailleurs des questionnaires autorapportés qui sont spécialement conçus et recommandés pour évaluer cette problématique, notamment le *Conflict Tactics Scale-Revised* (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996).

Le chapitre 3 a présenté des résultats préliminaires concernant l'évaluation du changement en thérapie. La mesure individualisée *Target Complaints*, qui demeure encore peu utilisée, a permis de vérifier ce changement au niveau des problèmes avec de très grandes tailles d'effet. En d'autres termes, la sévérité des problèmes conjugaux mentionnés par les conjoints a diminué de façon importante entre le début et la fin des séances. Puisque les problèmes conjugaux ont été rapportés qualitativement par les conjoints, ces résultats appuient la signification clinique de ceux-ci, en suivant une démarche construite à partir d'un échantillon en milieu naturel et d'un instrument individualisé.

### **Les objectifs thérapeutiques**

Plusieurs auteurs en thérapie conjugale ont recommandé d'utiliser l'atteinte des objectifs thérapeutiques comme mesure du résultat de la thérapie (Hampson & Beavers, 1996; Hampson, Prince, & Beavers, 1999; Ward & McCollum, 2005; Wright, Mondor, Sabourin, & Pinsof, 2008). Bien que quelques auteurs aient recommandé d'utiliser

spécifiquement la mesure GAS (Russell, Olson, Sprenkle, & Atilano, 1983; Whisman & Snyder, 1997), très peu d'études sur la thérapie conjugale ont employé cette mesure, parmi lesquelles aucune en milieu naturel. Le chapitre 3 a évalué le changement des couples qui consultent en thérapie conjugale en milieu naturel, en ayant recours à la mesure GAS. Les résultats ont montré que le pronostic du thérapeute était un prédicteur de l'atteinte des objectifs thérapeutiques et que l'atteinte des objectifs était un prédicteur de la complétion de la thérapie et de la stabilité conjugale à la fin des séances. La validation de la mesure GAS en thérapie conjugale sera maintenant approfondie, suivie par l'examen des variables associées à l'atteinte des objectifs.

### **Validation de la mesure GAS en thérapie conjugale**

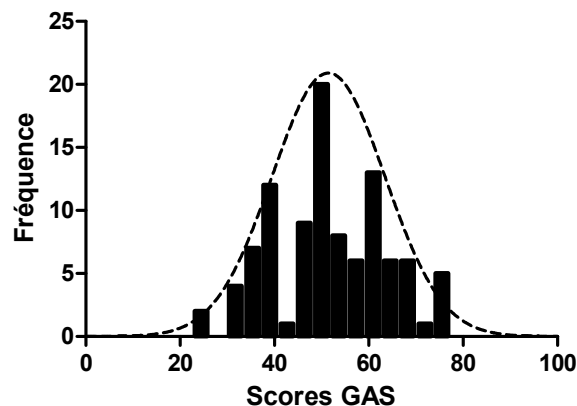
Dans un premier temps, le coefficient de l'accord interjuges, qui sert à mesurer la fidélité des scores GAS, a été obtenu à partir d'un sous-ensemble de l'échantillon. L'accord s'est basé sur les évaluations complétées par des stagiaires ou des internes et par leurs superviseurs faisant partie de l'équipe de thérapeutes. Le coefficient obtenu ( $r = .73$ ) se situe à l'intérieur de l'intervalle (.51 et .95) de valeurs rapportées dans une recension critique des premières études ayant employé le GAS (Cytrynbaum, Birdwell, Birdwell, & Brandt, 1979). Plus récemment, une étude auprès de patients en thérapie individuelle a rapporté un accord interjuges moyen de .86 (Shefler, Canetti, & Wiseman, 2001). Ainsi, ces résultats confirment la fidélité des scores GAS obtenus dans un contexte de thérapie conjugale en milieu naturel. Ce coefficient de l'accord interjuges représente le seul estimé de la fidélité des scores, car l'utilisation d'une version parallèle de l'instrument ne s'applique pas (Frick & Semmel, 1978). En effet, l'analyse du contenu des échelles d'objectifs thérapeutiques qui auraient été créées par deux thérapeutes n'est pas appropriée, car il est envisageable que des thérapeutes conçoivent la problématique d'un couple de façon différente et que, conséquemment, les objectifs thérapeutiques choisis diffèrent. Par ailleurs, Cardillo et Smith (1994) ajoutent qu'il n'est pas approprié d'évaluer la stabilité temporelle de la mesure GAS étant donné qu'il s'agit d'une mesure de changement en thérapie.



Dans un second temps, la validité convergente des scores GAS a examiné les relations entre l'atteinte des objectifs thérapeutiques et la détresse conjugale post-thérapie de même que la sévérité des problèmes conjugaux post-thérapie. Comme attendu, des scores GAS élevés sont ici associés à un faible niveau de détresse conjugale post-thérapie et à un faible niveau de sévérité des problèmes conjugaux post-thérapie. En plus, les scores GAS, qui sont déterminés par les thérapeutes, sont corrélés avec les évaluations de l'atteinte des objectifs thérapeutiques par les conjoints. Par ailleurs, la validité de contenu a été confirmée en comparant les types d'objectifs thérapeutiques de la mesure GAS aux problèmes conjugaux des conjoints. Ces associations suggèrent que les thérapeutes, de concert avec les conjoints, ont élaboré des objectifs thérapeutiques en lien avec les problèmes initiaux.

Dans un troisième temps, pour vérifier l'absence de biais évident au niveau de l'évaluation par les thérapeutes de l'atteinte des objectifs thérapeutiques, on doit s'assurer que la distribution soit normale. La distribution des scores, présentée à la Figure 1, est associée à une moyenne de 51.46 et à un écart-type de 11.99. Étant donné que ces valeurs se situent à l'intérieur des intervalles souhaités, moyenne entre 48.00 et 52.00 et écart-type entre de 8.00 et 12.00 (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994), l'application de cette mesure peut donc être considérée adéquate.

**Figure 1 : Distribution des scores GAS des couples**



### **Variables associées à l'atteinte des objectifs**

Parmi les variables pré-thérapie examinées au chapitre 3, le pronostic du thérapeute est clairement un prédicteur de l'atteinte des objectifs. En effet, il a été observé que lorsque le thérapeute indique un pronostic favorable, les couples atteignent davantage leurs objectifs thérapeutiques. Inversement, par rapport à un pronostic incertain ou défavorable, les couples atteignent moins leurs objectifs thérapeutiques. Afin de mieux comprendre par quels mécanismes les pronostics des thérapeutes prédisent l'atteinte des objectifs, l'étude de l'alliance thérapeutique apporterait sans doute des pistes intéressantes. En effet, une étude récente a montré que la mesure de l'alliance tôt en thérapie était un prédicteur du résultat de la thérapie conjugale (Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010). Sachant qu'il existe une relation entre le pronostic des thérapeutes et l'atteinte des objectifs ainsi qu'entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie, il est intéressant de se questionner sur le lien entre le pronostic du thérapeute et l'alliance thérapeutique. On pourrait suggérer que ces deux dernières variables sont étroitement liées. Par exemple, un thérapeute qui perçoit une bonne alliance thérapeutique pourrait avoir tendance à poser un pronostic favorable. Inversement, un thérapeute qui indique un pronostic favorable pourrait être plus prédisposé à développer une bonne alliance thérapeutique avec le couple.

Aucune association n'a été trouvée entre l'atteinte des objectifs et les variables sociodémographiques, tels l'âge, le niveau de scolarité, le statut socioéconomique ou le nombre d'enfants. Ainsi, les résultats de la présente thèse appuient la conception des variables démographiques comme n'étant pas de bons prédicteurs du résultat de la thérapie conjugale (Snyder, Cozzi, & Mangrum, 2002). Cependant, il est à noter que les couples qui consultent en milieu naturel présentent un statut socioéconomique élevé. Par ailleurs, il a été trouvé au chapitre 3 que l'atteinte des objectifs thérapeutiques était liée au motif de fin de thérapie et à la stabilité conjugale. En effet, comparativement aux couples ayant complété la thérapie, les couples ayant abandonné ont moins atteint leurs objectifs thérapeutiques. Ce résultat suggère qu'une majorité de couples qui abandonnent la thérapie conjugale ne le font pas parce que leurs objectifs sont atteints. De plus, les couples qui sont

demeurés unis à la fin des séances, par rapport aux couples qui se sont séparés, ont davantage atteint leurs objectifs thérapeutiques. Ce résultat est attendu puisque la majorité des couples poursuivent un mandat d'amélioration de la relation, où le maintien de l'union est privilégié et représente un résultat positif de la thérapie.

### **Les mandats thérapeutiques**

Le construit des mandats thérapeutiques a récemment été proposé dans le but de répondre à un besoin clinique de distinguer différents profils de couples qui consultent en milieu clinique naturel (Poitras-Wright & St-Père, 2004). Les résultats tirés de la présente thèse appuient le caractère distinct des couples qui sont en thérapie pour améliorer leur relation, comparativement aux couples en thérapie afin de résoudre l'ambivalence. Les prochains paragraphes présenteront un résumé des principales différences entre les mandats thérapeutiques.

Le chapitre 2 a comparé les proportions de problèmes conjugaux rapportés par les couples, selon le mandat thérapeutique. Les couples en mandat de résolution de l'ambivalence ont rapporté trois fois plus souvent des problèmes relatifs à l'engagement/sécurité dans la relation et quatre fois plus souvent des problèmes relatifs à l'infidélité/flirting. De plus, les hommes des couples en mandat de résolution de l'ambivalence présentent un niveau de détresse conjugale pré-thérapie significativement plus élevé que les hommes des couples en mandat d'amélioration de la relation. Ceci suggère que ce sont ces types de problèmes qui sont associés à la détresse conjugale, en particulier chez les hommes, et qui commandent un mandat de résolution de l'ambivalence.

Le chapitre 3 a identifié les objectifs thérapeutiques rapportés les plus fréquemment. Les couples qui poursuivent un mandat d'amélioration de la relation présentent plus d'objectifs relatifs à trois catégories, soit la communication, la résolution de problèmes et l'acceptation des différences. Ces trois objectifs représentent des interventions principales en thérapie conjugale comportementale intégrée, une approche thérapeutique au sein de laquelle les thérapeutes ont rapporté avoir été formés. En ce qui concerne les couples

poursuivant un mandat de résolution de l'ambivalence, comme attendu, les objectifs thérapeutiques relatifs à la catégorie ambivalence étaient considérablement plus fréquents (77 % comparativement à 3 %). Il existe un recoupement évident entre ce type de mandat et cette catégorie d'objectif. On peut d'ailleurs se demander pourquoi près d'un quart des couples en mandat de résolution de l'ambivalence n'ont pas d'objectif thérapeutique relatif à cette catégorie. Il est possible que ces cas représentent les couples où seul un partenaire remet en question la relation et donc que cet objectif ne fasse pas partie des objectifs thérapeutiques négociés conjointement.

L'étude du lien entre la nature et l'atteinte des objectifs thérapeutiques a montré que les couples en mandat d'amélioration de la relation atteignent davantage leurs objectifs relatifs à la communication que les couples en mandat de résolution de l'ambivalence. Parmi les 12 catégories d'objectifs étudiées, seulement la catégorie de la communication a présenté une différence significative dans l'atteinte des objectifs en fonction du mandat thérapeutique. Ceci peut être expliqué par le niveau de catégorisation des objectifs, qui est demeuré somme toute assez général. Cette situation est similaire aux résultats d'une étude ayant comparé l'atteinte de différents types d'objectifs dans une clinique de thérapie individuelle cognitive-comportementale, où le niveau de catégorisation des objectifs était également demeuré général (Berking, Grosse Holtforth, Jacobi, & Kröner-Herwig, 2005). Néanmoins, ceci souligne que la recherche sur la pratique de la thérapie conjugale a intérêt à inclure des données sur la nature des objectifs thérapeutiques afin de pouvoir éventuellement mieux comprendre les facteurs qui influencent l'atteinte des différents types d'objectifs thérapeutiques.

Le nombre total de séances de consultation est une information sur la pratique clinique qui intéresse les thérapeutes (Klann, Hahlweg, Baucom, & Kroeger, 2009). Cette thèse a montré que les couples en mandat de résolution de l'ambivalence bénéficient d'un nombre total de séances inférieur ( $M = 7.67$ ,  $ÉT = 4.33$ ) aux couples en mandat d'amélioration de la relation ( $M = 10.75$ ,  $ÉT = 6.68$ ). Différents éléments peuvent être évoqués afin d'expliquer la différence observée entre le nombre de séances de thérapie

selon le mandat. D'abord, il est connu que les couples en mandat d'ambivalence sont plus susceptibles d'abandonner la thérapie conjugale (Mondor, Sabourin, Wright, Poitras-Wright, & McDuff, 2011). De plus, la thérapie en mandat de résolution de l'ambivalence requiert beaucoup de ressources psychologiques personnelles pour tolérer l'exploration des sentiments d'ambivalence.

En ce qui concerne les moyennes du nombre de séances obtenues, on remarque que cette donnée clinique varie dans les études selon le type de milieu où s'est déroulée la thérapie. Par exemple, une étude menée en milieu universitaire proposait un protocole d'intervention de 26 séances subventionnées et les couples ont suivi en moyenne 23 séances (Christensen et al., 2004). On peut donc s'étonner du nombre plus faible de séances de consultation dans l'étude présentée au chapitre 3. Il est important de considérer le contexte dans lequel cette recherche a été menée, en particulier le fait que les couples devaient déboursier pour la thérapie conjugale. Une étude récente menée en milieu naturel a obtenu une moyenne de 13 séances (Klann, et al., 2009), ce qui est plus comparable au résultat obtenu dans cette thèse.

Contrairement à ce que Hampson et al. (1999) ont observé, le nombre de séances de consultation de l'étude présentée au chapitre 3 n'est pas associé à une meilleure atteinte des objectifs thérapeutiques. Ceci pourrait s'expliquer en généralisant les résultats d'une étude en thérapie individuelle où aux thérapeutes les plus efficaces étaient associés de courtes durées de traitement (Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003). Ce résultat pourrait aussi s'expliquer par la nature de la mesure GAS; une mesure du changement qui est individualisée, et donc qui implique que les couples peuvent atteindre leurs objectifs plus ou moins rapidement, en fonction de leurs propres caractéristiques.

Les résultats tirés de la présente thèse ont montré que les couples en mandat de gestion de la séparation consultent en très faible proportion, soit 1 %. Il est possible de croire que la situation distincte du Québec en matière de médiation conjugale puisse expliquer ce phénomène. En effet, le Québec a adopté en 1997 un modèle de médiation

familiale pour les couples avec enfants qui offre des séances subventionnées (Côté, 2008). Les psychologues font d'ailleurs partie des professionnels pouvant offrir de tels services. Or, le milieu dans lequel la recherche a été conduite n'est pas spécifiquement identifié comme traitant la problématique de la séparation et l'équipe de thérapeutes ne compte qu'un seul médiateur. Ainsi, on pourrait croire que les couples en voie de séparation font plutôt appel aux services de médiateurs, les excluant naturellement de l'échantillon.

## **Implications des résultats**

### **Implications cliniques**

Étant donné que la recherche a été menée en milieu naturel, les résultats peuvent être généralisés à des milieux cliniques et par conséquent, sont susceptibles d'intéresser un grand nombre de thérapeutes.

L'infidélité a été reconnue comme ayant des conséquences importantes au niveau de la qualité et de la stabilité des relations de couple (Whisman, Dixon, & Johnson, 1997). Une intervention visant spécifiquement à gérer les conséquences de l'infidélité a été étudiée empiriquement (Gordon, Baucom, & Snyder, 2004), conduisant à un modèle visant le pardon, la guérison de la blessure et l'amélioration de la relation. Or, les problèmes relatifs à l'infidélité sont apparus dans la thèse comme beaucoup plus fréquents chez les couples en résolution de l'ambivalence, comparativement aux couples en mandat d'amélioration de la relation. Ainsi, les thérapeutes qui travaillent avec des couples qui poursuivent un mandat de résolution de l'ambivalence doivent être prêts à travailler sur l'infidélité et ses conséquences sur le couple.

La diminution très importante au niveau de la sévérité des problèmes, tels que mesurés par le *Target Complaints*, confirme l'intérêt des approches thérapeutiques centrées sur les problèmes (Haley, 1976; Pinsof, 1995; Shazer, 1988). On pourrait d'ailleurs explorer la possibilité de pousser plus loin ces approches en y intégrant la correspondance entre les problèmes et les objectifs de la thérapie. L'efficacité de la thérapie conjugale, telle

que suggérée par les scores obtenus au GAS, pourrait s'expliquer aussi par le souci qu'ont eu les thérapeutes d'élaborer des objectifs thérapeutiques et de négocier un mandat thérapeutique de concert avec les couples, une façon de faire qui ne serait pas toujours explicite en pratique clinique (Smith & Cardillo, 1994).

La réussite de la thérapie conjugale doit tenir compte du mandat thérapeutique poursuivi et par conséquent, s'appuie sur des critères différents. Pour les couples qui poursuivent un mandat d'amélioration de la relation, le maintien de l'union et la diminution de la détresse conjugale sont généralement les critères qui s'imposent. Toutefois, pour les couples en mandat de résolution de l'ambivalence, d'autres critères sont nécessaires puisque pour certains couples, une séparation harmonieuse pourrait être considérée comme étant un résultat positif de la thérapie. C'est ainsi que l'évaluation de l'atteinte des objectifs, impliquant l'utilisation de la mesure GAS, permettrait que la réussite des couples soit définie sur une base individuelle.

### **Implication théorique**

Le modèle global de Sabourin et Lefebvre (2008) a été présenté dans l'introduction de la thèse. Celui-ci propose une conception de la vie conjugale comme mettant en scène trois sphères relationnelles, soit l'engagement, l'intimité et la passion. À la lumière des résultats de la thèse, il est possible d'associer les mandats thérapeutiques à différentes sphères relationnelles. D'une part, il a été montré que les problèmes d'infidélité/flirting et d'engagement/sécurité sont plus fréquemment rapportés par les couples en mandat de résolution de l'ambivalence. On pourrait donc considérer que les couples qui poursuivent un mandat de résolution de l'ambivalence sont les couples chez qui la sphère relationnelle de l'engagement est la plus atteinte. D'autre part, les couples en mandat d'amélioration de la relation avaient plus d'objectifs relatifs à la communication et les ont atteints davantage que les couples en mandat de résolution de l'ambivalence. La communication occupe une place primordiale dans la sphère relationnelle de l'intimité. Ceci suggère que les couples qui poursuivent un mandat d'amélioration de la relation sont les couples chez qui la sphère

relationnelle de l'intimité est la plus atteinte, mais chez qui la sphère relationnelle de l'engagement est relativement préservée. Quant à la sphère relationnelle de la passion, aucune différence n'a été obtenue entre les proportions de problèmes ou d'objectifs relatifs à la sexualité en fonction du mandat thérapeutique. Néanmoins, il demeure intéressant que le construit des mandats thérapeutiques puisse s'associer au plan conceptuel à des sphères relationnelles du modèle de Sabourin et Lefebvre (2008).

### **Implications méthodologiques**

Le système de catégorisation développé par Hsueh, Morrison et Doss (2009) (voir Annexe 4) a été utilisé pour classifier les problèmes conjugaux. Les études des chapitres 2 et 3 présentent les premières applications de ce système auprès de couples qui consultent en thérapie conjugale. En effet, l'étude originale a examiné des individus, mariés ou cohabitant avec un partenaire, qui ne consultaient pas en thérapie. Les accords interjuges obtenus dans cette thèse sont satisfaisants et sont similaires à ceux de l'étude originale. De plus, comme attendu, plusieurs relations ont été révélées entre les problèmes conjugaux et les objectifs thérapeutiques se rapportant à des thèmes similaires. Par exemple, un couple ayant des objectifs de la catégorie sexualité avait aussi rapporté des problèmes liés à la sexualité. Ainsi, ces résultats appuient la validité et l'utilité du système de catégorisation des problèmes conjugaux pour la recherche en thérapie conjugale.

La recension des écrits sur les objectifs thérapeutiques révèle qu'il n'existe qu'un faible nombre de systèmes de catégorisation (Bond, Bloch, & Yalom, 1979; Dimsdale, 1975; Grosse Holtforth & Castonguay, 2005; Grosse Holtforth & Grawe, 2002; McNair & Lorr, 1964; Michaux & Lorr, 1961; Miller & Thompson, 1973; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975; Wadsworth & Ford, 1983), parmi lesquels aucun spécifique au domaine de la thérapie conjugale. Un système de catégorisation des objectifs thérapeutiques des couples consultant en thérapie conjugale a donc été proposé, en s'inspirant de la démarche qui a conduit au Bern Inventory of Treatment Goals (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Cependant, la démarche employée dans cette thèse est



davantage déductive puisqu'elle a été influencée par les modèles d'intervention en thérapie conjugale cognitive-comportementale, en thérapie conjugale comportementale intégrative, de même que par le construit des mandats thérapeutiques. Au terme de cette démarche, un système en 12 catégories a été créé et ensuite l'utilité clinique et la pertinence ont été évaluées suivant les critères présentés par Bortz (1984) ainsi que Grosse Holtforth et Grawe (2002). Ces critères comprennent la précision, l'exclusivité, l'exhaustivité, les bases empiriques et la facilité d'implantation. Premièrement, le critère de la précision est supporté notamment par l'obtention d'un bon accord interjuges. Deuxièmement, l'exclusivité requiert que les catégories ne présentent pas de chevauchement entre elles. Une seule catégorie parmi les 12 combinait deux thèmes; celui de la violence et les traumatismes. Ce choix s'est basé sur le fait que ces domaines sont souvent traités conjointement, car il arrive que le traumatisme présent chez l'un ou les deux membres du couple soit associé au contexte de violence. Il sera intéressant de voir si, à l'avenir, il devient nécessaire de scinder cette catégorie. Troisièmement, l'exhaustivité implique que les catégories englobent tous les objectifs thérapeutiques possibles. À cet égard, le processus de cotation a confirmé qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter de catégorie « autre » et qu'il était donc raisonnable de croire que l'éventail couvert était suffisamment grand. Quatrièmement, le critère des bases empiriques est satisfait par le fait que le matériel servant à élaborer les catégories provient de cas cliniques réels. Cinquièmement, la facilité d'utilisation fait référence au fait que les termes choisis étaient suffisamment clairs; l'obtention d'un accord interjuges satisfaisant appuie la facilité d'utilisation de cette catégorisation. En somme, le système de catégorisation des objectifs thérapeutiques en thérapie conjugale mis au point a satisfait aux exigences de pertinence et d'utilité clinique.

En dernier lieu, la recherche réalisée dans cette thèse possède un haut niveau de représentativité clinique, ayant obtenu un score de 9.00/10.00 suivant les critères de Shadish et al. (2000), ce qui est beaucoup plus élevé que la moyenne des études en thérapie conjugale (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff, & Mamodhoussen, 2007). L'un des critères satisfaits stipule qu'il doit exister une certaine hétérogénéité au niveau des problèmes vécus

par les participants. Or justement, l'utilisation du construit des mandats thérapeutiques s'appuie sur cette hétérogénéité dans les profils de couples. Dans cette thèse, plus du quart des couples qui consultent en thérapie conjugale remettent en question leur relation, ce qui contraste avec les études en milieu de recherche qui sélectionnent des échantillons homogènes de couples qui visent à améliorer leur relation. Ainsi, on pourrait même suggérer que l'évaluation de l'hétérogénéité des couples des recherches futures s'appuie sur le ratio entre les deux principaux mandats thérapeutiques.

## **Limites de l'étude**

La force principale de cette thèse est sa validité écologique puisque la situation de recherche dans laquelle les couples et les thérapeutes se sont retrouvés possédait un très haut niveau de représentativité clinique. De plus, l'emploi de mesures individualisées a favorisé cette validité écologique puisque le changement des couples a été évalué selon leurs propres caractéristiques. Il demeure que l'interprétation des résultats doit être effectuée en considérant certaines limites.

## **Validité interne**

Le devis de recherche de l'étude présentée au chapitre 3 était un plan quasi-expérimental, avec pré-test/post-test, sans groupe contrôle. S'il est vrai que l'un des objectifs visés par la thèse concerne l'évaluation du changement à la suite de la thérapie, il demeure impossible d'établir de lien de causalité et ainsi d'attribuer les changements mesurés aux effets directs de la thérapie conjugale.

Dans le but de maintenir une haute validité écologique, les thérapeutes n'ont modifié en rien leur façon de pratiquer la thérapie pour la recherche (Addison, Sandberg, Corby, Robila, & Platt, 2002; Pinsof & Wynne, 2000). Les thérapeutes qui ont participé à cette recherche ont certes rapporté avoir été formés au sein des approches en thérapie conjugale cognitive-comportementale et comportementale intégrée, il n'a pu être déterminé dans quelle mesure les thérapeutes ont eu recours aux interventions décrites à l'intérieur des

manuels de traitement de ces approches (Epstein & Baucom, 2002; Jacobson & Christensen, 1996; Wright, Lussier, & Sabourin, 2008). L'étude n'a pas non plus documenté les caractéristiques de la thérapie administrée aux couples et n'a pas inclus de mesures au cours du processus d'intervention. Puisque l'atteinte des objectifs thérapeutiques représentait une variable principale, l'observation des interventions aurait pu permettre d'en connaître davantage, notamment en ce qui concerne le temps ou le nombre de séances accordé à chacun des objectifs thérapeutiques. Sachant que les couples avaient en moyenne 2.66 objectifs thérapeutiques, il n'a pas été possible de savoir si certains objectifs thérapeutiques nécessitaient plus ou moins de temps que d'autres.

Tel que mentionné déjà, l'étude présentée au chapitre 3 a subi une perte de sujets puisque parmi les 100 couples ayant complété les questionnaires pré-thérapie, 32 seulement ont complété les questionnaires post-thérapie. Ce taux de 32 % de rétention se situe à mi-chemin des taux de rétention obtenus dans le cadre des précédents protocoles de recherche implantés dans le même milieu clinique, soit 8 % (Tremblay, 2006) et 51 % (Mondor, 2009). Mais si le taux de rétention obtenu dans le cadre de la présente thèse est beaucoup plus bas que celui obtenu dans des études très contrôlées - au-delà de 81 % pour une recherche en milieu universitaire (Christensen, et al., 2004; Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George, 2006) - il est tout à fait comparable à celui d'une étude récente de thérapie conjugale en milieu naturel, qui s'est élevé à 35 % (Klann, et al., 2009). Il est à souligner que le phénomène par lequel certains couples décident de mettre un terme à leur participation n'est pas aléatoire. Par exemple, les couples ayant complété et ceux n'ayant pas complété les questionnaires post-thérapie présentaient une différence importante : les hommes des couples n'ayant pas complété les questionnaires post-thérapie avaient des niveaux significativement plus élevés de détresse conjugale pré-thérapie. Étant donné que le sous-groupe de couples ayant complété leur participation jusqu'à la fin est susceptible de différer à différents points de vue de ceux ne l'ayant pas complétée, les associations trouvées avec les variables post-thérapie doivent être interprétées avec prudence. Dans le même ordre d'idées, il est à noter que l'étude présentée au chapitre 3 a exclu 21 couples qui

ont abandonné leur demande de consultation avant même que le mandat et les objectifs thérapeutiques ne soient complétés. La proportion s'élève donc à 17.4 % (21 / 121) de couples pour lesquels le processus de consultation n'a pas été examiné. Cependant, ce taux est inférieur à celui obtenu dans une autre étude sur la thérapie conjugale (Anker, et al., 2010), où 52.8 % des couples ont reçu moins de trois séances de consultation, ce qui correspond au moment où le mandat et les objectifs thérapeutiques sont généralement déterminés.

Il est à noter que les thérapeutes ayant participé à cette recherche ont fourni une quantité importante de données cliniques et ils étaient conscients de participer à un projet de recherche. Leurs attentes spécifiques par rapport au protocole de recherche n'ont cependant pas été prises en compte. En particulier, il n'est pas possible d'éliminer la possibilité que certains thérapeutes aient eu une certaine appréhension en rapport à l'évaluation faite de leurs comportements. En ce qui concerne les couples, leur consentement à participer à la recherche spécifiait explicitement que les données recueillies allaient être remises à leur thérapeute. Les couples ayant complété les questionnaires post-thérapie ont donc pu être influencés, au moment d'évaluer le changement au niveau de leurs difficultés ou en regard de l'atteinte des objectifs thérapeutiques, par le fait que leur thérapeute allait également prendre connaissance de ces résultats. En d'autres mots, des attentes particulières ou le désir de se montrer favorablement ou défavorablement ont pu influencer la façon dont les conjoints ont répondu aux questions de la recherche, mais cette question n'a pas été traitée.

### **Validité externe**

La population cible de la présente thèse était formée de couples qui consultent en thérapie conjugale en milieu naturel. La population accessible était constituée de couples ayant effectué une demande dans une clinique de consultation privée de la région de Montréal au Québec. Il n'existe pas de profil socioéconomique des couples qui consultent au Québec, néanmoins, certaines comparaisons entre les caractéristiques de l'échantillon

recruté dans la présente thèse et celles des couples à l'échelle provinciale ou nationale sont possibles. Ainsi, le revenu annuel moyen des hommes (entre 70 000\$ et 80 000\$) et celui des femmes (entre 50 000\$ et 59 000\$) dans l'échantillon étaient beaucoup plus élevés que ceux du revenu moyen des hommes et des femmes vivant en couple, avec ou sans enfant, et bénéficiaires d'un revenu d'emploi au Québec, soit 45 531\$ pour les hommes et 28 858 \$ pour les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2008). Aussi, plus de 50 % des partenaires ont rapporté avoir effectué des études universitaires, comparativement à 20 % au sein de la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2003). Entre 89 % et 94 % des partenaires se sont identifiés comme étant Québécois/Canadiens, tandis que près de 20 % des résidents canadiens sont nés à l'étranger (Statistique Canada, 2006). La proportion de couples mariés légalement au sein de l'échantillon s'est élevée autour de 40 %, ce qui est différent de la proportion mariés légalement au Québec et au Canada, respectivement 54 % et 68 % (Statistique Canada, 2006). En somme, tous ces écarts peuvent suggérer que l'échantillon contenait des individus plus autonomes que la moyenne et donc plus demandants en regard de la satisfaction à attendre d'une relation de couple, puis aussi de l'efficacité de la thérapie. En contrepartie, il est possible de croire que les couples présentant un niveau socioéconomique plus faible seraient également aux prises avec une multitude de stressseurs sociaux. Il serait donc intéressant de répliquer cette recherche auprès de couples présentant un faible niveau socioéconomique, par exemple en CLSC, ce qui permettrait également de généraliser à d'autres milieux naturels que celui de la pratique privée.

### **Instruments de mesure**

Le protocole de recherche offrait aux couples la possibilité de remplir les questionnaires préalablement ou à la suite de la première séance de consultation avec le thérapeute. Dans les faits, environ 20 % des couples participants à l'étude rapportée au chapitre 2 ont rempli les questionnaires pré-thérapie, là où on trouve la mesure *Target Complaints*, entre la deuxième et la quatrième séance de consultation. Par conséquent, ce sous-groupe représente des partenaires qui auraient pu rapporter des problèmes

spécifiquement abordés lors des premières séances de consultation, ce qui aurait pu influencer le type de problèmes conjugaux rapportés pour cette portion de l'échantillon.

La limite la plus importante à la validité des scores GAS dans cette thèse se situe au niveau de l'emploi des thérapeutes pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs à la fin de la thérapie, en comparaison avec les couples eux-mêmes ou même à un évaluateur indépendant. Comme mentionné précédemment, ce choix s'est effectué afin de maintenir un haut niveau de représentativité clinique, en plus de tenir compte des contraintes en matière de ressources financières. De plus, l'estimation de la fidélité interjuges des scores GAS est limitée par le nombre de couples pour lesquels cet indice a été obtenu, seulement 11 % de l'échantillon total.

Certaines informations concernant l'issue de la thérapie conjugale ont été générées par les thérapeutes eux-mêmes, notamment le statut du couple (ensemble ou séparé) et surtout la raison de fin de la thérapie (thérapie complétée, thérapie partiellement complétée, abandon, référé ou autre). Ce choix a donc permis que les données soient comptabilisées pour l'ensemble des 100 couples étudiés au chapitre 3. Cette façon de procéder est conforme à certaines pratiques (Garfield, 1994), mais il faut reconnaître que la perception des thérapeutes et celle des clients divergent parfois quant à la raison pour laquelle la thérapie a cessé (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008).

Les problèmes conjugaux ont été classifiés par une équipe formée de l'auteure de la thèse et d'un coteur issu de l'équipe de recherche. Pour assurer la rigueur du processus de catégorisation, la cotation s'est effectuée sur l'ensemble des problèmes conjugaux rapportés par les couples et la lecture des problèmes conjugaux évalués ne permettait pas de déduire le mandat du couple ni de savoir si le couple était marié ou non. Finalement, toutes les cotes finales retenues ont été obtenues par consensus. Parmi les améliorations possibles au processus de cotation se trouve l'utilisation de plus de deux coteurs et la modification des problèmes conjugaux de manière à ce que les coteurs ne puissent pas déterminer si les problèmes ont été rapportés par des hommes ou par des femmes (Hsueh, et al., 2009).

Le processus de catégorisation des objectifs thérapeutiques a été le même que pour les problèmes conjugaux, la cotation étant effectuée par l'auteure de la thèse et par un coteur issu de l'équipe de recherche. La lecture des objectifs thérapeutiques ne permettait pas de déduire le mandat thérapeutique du couple et toutes les cotes finales retenues ont été obtenues par consensus. Néanmoins, le processus de catégorisation serait bonifié par l'emploi de coteurs étant eux-mêmes thérapeutes intervenant auprès des couples. En ce qui concerne la classification des mandats thérapeutiques, bien que les thérapeutes ayant participé à cette recherche utilisent depuis plusieurs années ce construit tant dans la pratique (Wright, Lussier, et al., 2008) que dans la recherche (Mondor, et al., 2011; Tremblay, Wright, Sabourin, Mamodhoussen, & McDuff, 2008), aucune étude n'a, à ce jour, examiné spécifiquement la fidélité de cette classification.

### **Analyses statistiques**

En raison de la nature exploratoire de la présente thèse, la majorité des analyses étaient des tests bivariés. Les prochaines études qui utiliseront la distinction par mandats thérapeutiques pourraient recourir à l'analyse de régression multiple afin de mieux cerner la complexité des influences sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques, en plus de discerner plus spécifiquement l'influence du type de mandat thérapeutique.

Les analyses concernant le changement en thérapie n'ont pas été effectuées en examinant la variable du thérapeute qui a administré la thérapie puisque cela n'était pas un but de l'étude. Cette procédure limite toutefois les résultats de la recherche présentée puisqu'il y a accumulation d'évidences à savoir que la variance attribuable au thérapeute excède celle du type de traitement administré, du moins en ce qui concerne les interventions pour traiter la dépression (Kim, Wampold, & Bolt, 2006).

## **Pistes de recherche**

### **L'utilisation des mandats thérapeutiques**

Cette thèse a permis de relever des différences importantes entre les couples selon le mandat. La recherche présentée ici s'ajoute à quelques études existantes qui ont utilisé le construit des mandats thérapeutiques (Mondor, et al., 2011; Tremblay, et al., 2008). Au plan clinique, la diffusion des connaissances en regard de ce construit s'est effectuée par l'entremise d'un chapitre de livre dans un manuel clinique (Wright, Sabourin, Lussier, & Poitras-Wright, 2008). Or, en recherche, ce construit mériterait d'être étudié plus en profondeur. Premièrement, l'étude de la fidélité de la classification par mandat est recommandée. Par exemple, à l'aide de cas réels ou de cas fictifs, une mesure de l'accord interthérapeutes pourrait être estimée à partir du choix le plus probable de mandat négocié avec le couple. Deuxièmement, la base de données existante pourrait servir à effectuer une étude comparative exhaustive, s'intéressant à un large éventail de variables individuelles et conjugales. Troisièmement, de prochaines études pourraient viser à décrire plus en détail les sous-types d'objectifs de la catégorie de l'ambivalence. Pour ce faire, il est possible que l'utilisation de mesures observationnelles (p. ex. Bélanger, Sabourin, Dulude, & Wright, 1993; Hops, Wills, Patterson, & Weiss, 1972), qui visent la cotation des interactions des couples par des observateurs indépendants, aide à décrire les différences entre les couples poursuivant des mandats thérapeutiques distincts.

### **Les mesures individualisées**

Un sondage mené par l'APA (American Psychological Association) a révélé que seulement 29 % des psychologues incluent une mesure du résultat de la thérapie dans leur pratique clinique (Phelps, Eisman, & Kohout, 1998). Au plan clinique, la recommandation d'inclure la mesure *Target Complaints* dans la pratique des thérapeutes permettrait de combler en partie cette lacune. En recherche, il a été mentionné déjà que l'utilisation de mesures de détresse conjugale ou de stabilité de l'union a été jugée inappropriée lorsque le



mandat de la thérapie visait à résoudre l'ambivalence. Par conséquent, les prochaines études pourraient s'inspirer de la démarche de cette thèse et incorporer des mesures mieux adaptées pour évaluer le succès dans ces circonstances, en particulier des mesures individualisées comme le *Target Complaints* et le GAS. Néanmoins, l'implantation de la mesure GAS à grande échelle dans des milieux naturels demeure peu envisageable en raison des ressources importantes nécessaires; notamment la formation et le temps requis afin d'utiliser correctement cette mesure.

### **L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est la mesure de processus de changement la plus étudiée empiriquement et certains auteurs, regroupés au sein de la Division 29 de l'APA, sont de l'avis que les études cliniques se doivent d'inclure une mesure de l'alliance thérapeutique dans les recherches évaluatives (Ackerman et al., 2001; Castonguay, Constantino, & Grosse Holtforth, 2006; Mamodhousen, Wright, Tremblay, & Poitras-Wright, 2005). Le chapitre 3 a montré que parmi les prédicteurs de l'atteinte des objectifs thérapeutiques se trouve le pronostic du thérapeute quant au déroulement de la thérapie. Ce résultat a été interprété comme pouvant être associé à l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, de plus en plus de chercheurs orientent leurs recherches vers un modèle où l'alliance est un médiateur entre des indices pré-thérapies et le résultat de la thérapie (Meyer et al., 2002). Ainsi, parmi les pistes de recherche les plus prometteuses se trouve l'étude du lien entre les mandats thérapeutiques et l'alliance thérapeutique. Étant donné que le taux d'abandon de la thérapie conjugale en milieu naturel est important (Mondor, et al., 2011) et sachant qu'un faible niveau d'alliance en début de thérapie prédit l'abandon de la thérapie (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002), il existe un besoin de mieux comprendre le processus de formation de l'alliance, en particulier dans les cas de thérapie avec des couples en mandat de résolution de l'ambivalence.

## **La recherche clinique en milieu naturel**

La recherche présentée dans cette thèse a subi l'influence de la perte de sujets. En effet, seulement le tiers des couples ont rempli les questionnaires post-thérapie. Il faut dire que les études qui affichent les taux de participation post-thérapie parmi les plus élevés (e.g., Christensen, et al., 2004; Christensen, et al., 2006) offrent aux couples la thérapie conjugale gratuitement, en plus de les rémunérer pour le temps nécessaire à remplir les questionnaires (McCollum et al., 1996; Sandberg, Johnson, Robila, & Miller, 2002). Cette situation souligne l'importance de développer des stratégies pour maximiser le taux de réponse des participants (Grant, Raper, Kang, & Weaver, 2008). Un moyen de pallier cette lacune est d'utiliser les informations obtenues par les thérapeutes eux-mêmes (Lambert, 1994). Cette façon de faire a permis de compléter les informations pour l'échantillon total du chapitre 3. Cette situation souligne, d'une part, la nécessité de développer un esprit de collaboration entre les thérapeutes et l'équipe de recherche et, d'autre part, la pertinence de tenter d'offrir un dédommagement monétaire aux thérapeutes, et possiblement aux couples eux-mêmes, pour le temps requis afin de compléter les différents instruments de mesure.

## **Conclusion**

La présente thèse a permis un enrichissement des connaissances en ce qui concerne les problèmes conjugaux, les mandats et les objectifs thérapeutiques des couples qui consultent en thérapie conjugale en milieu naturel. Globalement, cette thèse souligne l'importance de bien identifier les problèmes conjugaux présents chez les couples et d'évaluer le changement des couples à la suite de la thérapie. En résumé, le chapitre 2 a identifié que les problèmes conjugaux les plus fréquents en thérapie conjugale en milieu naturel étaient relatifs à la communication, à la distance émotionnelle, à des problèmes spécifiques de la relation et à la sexualité. La comparaison des mandats thérapeutiques a également permis d'identifier que les problèmes relatifs à l'engagement/sécurité et à l'infidélité/flirting étaient davantage rapportés par les couples qui poursuivent un mandat de résolution de l'ambivalence, comparativement au mandat d'amélioration de la relation. Ces

résultats ont mis l'accent sur l'intérêt d'étudier davantage le mandat de résolution de l'ambivalence dans le couple.

Par la suite, le chapitre 3 a examiné les propriétés psychométriques de la mesure individualisée GAS dans l'évaluation du changement des couples en thérapie conjugale en milieu naturel. En particulier, l'utilisation de la mesure GAS a fait l'objet d'une validation. Des résultats préliminaires concernant la fidélité ainsi que de la validité convergente et de contenu ont été présentés. La comparaison des mandats thérapeutiques a permis d'identifier que les couples poursuivant un mandat d'amélioration de la relation avaient davantage d'objectifs thérapeutiques relatifs à la communication, à la résolution de problèmes et à l'acceptation des différences que les couples en mandat de résolution de l'ambivalence, ces derniers ayant davantage d'objectifs relatifs à l'ambivalence. Parmi les variables associées à l'atteinte des objectifs thérapeutiques se trouvaient le pronostic du thérapeute quant au déroulement de la thérapie, le motif de fin de consultation et la stabilité conjugale. Ces résultats soulignent l'importance de considérer l'utilisation de mesures individualisées, en plus des mesures standardisées, dans l'évaluation du changement à la suite de la thérapie.

Un apport original de cette thèse inclut la création d'un système de catégorisation des objectifs thérapeutiques des couples en thérapie conjugale. Cette contribution demeure une étape nécessaire à l'étude du lien entre la nature et l'atteinte des objectifs thérapeutiques et pour l'identification de domaines de changements cliniquement significatifs pertinents. De même, l'application de la mesure GAS dans un contexte de thérapie conjugale en milieu naturel représente une contribution significative aux recherches évaluatives sur la thérapie conjugale. En outre, les études présentées dans cette thèse ont montré qu'entre 25 % et 30 % des couples poursuivent un mandat de résolution de l'ambivalence et que ceux-ci se distinguent des couples poursuivant un mandat d'amélioration de la relation. Certes, cette mise en évidence au plan empirique de différences entre les couples qui poursuivent des mandats thérapeutiques différents représente une étape de plus au niveau de la dissémination de ce construit.

## Bibliographie

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., et al. (2001). Empirically supported relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, *38*, 495-497.
- 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*, 339-372.
- Anker, M., Owen, J. J., Duncan, B., & Sparks, J. (2010). The alliance in couple therapy: Gender, partner influence, and the alliance-change relationship in a naturalistic sample. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *78*, 635-645.
- 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, and Training*, *45*, 247-267.
- Bélanger, C., Sabourin, S., Dulude, D., & Wright, J. (1993). Les corrélats comportementaux et conjugaux des attentes d'efficacité en matière de résolution de problèmes personnels. *Journal international de psychologie*, *28*, 85-96.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research*, *15*, 316-324.
- Bond, G., Bloch, S., & Yalom, I. D. (1979). The evaluation of a "Target Problem" approach to outcome measurement. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*(1), 48-54.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin, Germany: Springer.
- Cardillo, J. E., & Smith, A. (1994). Reliability of goal attainment scores. In T. J. Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement* (pp. 213-241). Hillsdale, NJ: Jason Aronson.

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, *43*, 271-279.
- 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.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Côté, G. (2008). La médiation familiale. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 697-729). Québec, Canada: Les presses de l'Université du Québec.
- Cytrynbaum, S., Birdwell, G. Y., Birdwell, J., & Brandt, L. (1979). Goal attainment scaling: A critical review. *Evaluation Quarterly*, *3*, 5-40.
- Dimsdale, J. E. (1975). Goals of therapy psychiatric units. *Social Psychiatry*, *10*, 1-7.
- Ehrensaft, M. K., & Vivian, D. (1996). Spouses' reasons for not reporting existing marital aggression as a marital problem. *Journal of Family Psychology*, *10*, 443-453.
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frick, T., & Semmel, M. (1978). Observer agreement and reliabilities of classroom observational measures. *Review of Educational Research*, *48*, 157-184.

- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190-228). New York: John Wiley & Sons.
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 213-231.
- Grant, J. S., Raper, J. L., Kang, D.-H., & Weaver, M. T. (2008). Research participant recruitment and retention. In A. M. Nezu & C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research* (pp. 155-177). New York: Oxford University Press.
- Grosse Holtforth, M., & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in CBT- A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 42*, 443-455.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research, 29*, 170-179.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hampson, R. B., & Beavers, R. W. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Family Process, 35*, 347-361.
- Hampson, R. B., Prince, C. C., & Beavers, R. W. (1999). Marital therapy: Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*, 411-424.
- Holtzworth-Munroe, A., Waltz, J., Jacobson, N. S., Monaco, V., Fehrenbach, P. A., & Gottman, J. M. (1992). Recruiting nonviolent men as control subjects for research on marital violence: How easily can it be done? *Violence and Victims, 11*, 371-392.
- Hops, H., Wills, T. A., Patterson, G. R., & Weiss, R. L. (1972). Marital interaction coding system. Eugene: University of Oregon and Oregon Research Institute.
- Hsueh, A. C., Morrison, K. R., & Doss, B. D. (2009). Qualitative reports of problems in cohabiting relationships: Comparisons to married and dating relationships. *Journal of Family Psychology, 23*, 236-246.

- 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*. Repéré le 4 mars 2011: [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 certaines caractéristiques (sexe, âge, type de famille et scolarité)*. Repéré le 28 février 2011: [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls\\_mengs\\_niv\\_vie/revenus\\_depense/revenus/revpart\\_tab1\\_2008.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/revenus/revpart_tab1_2008.htm).
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton.
- Jouriles, E. N., & O'Leary, K. D. (1985). Interspousal reliability of reports of marital violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 419-421.
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*, 161-172.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., & Kroeger, C. (2009). The effectiveness of couple therapy in Germany: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00164.x
- Lambert, M. J. (1994). Use of psychological tests for outcome assessment. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 75-97). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Langhinrichsen-Rohling, J., & Vivian, D. (1994). The correlates of spouses' incongruent reports of marital aggression. *Journal of Family Violence, 9*, 265-283.

- Lussier, Y., Wright, J., Lafontaine, M.-F., Brassard, A., & Epstein, N. B. (2008).  
L'évaluation et le traitement de la violence conjugale. In J. Wright, Y. Lussier & S.  
Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 445-506).  
Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Mamodhousen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Poitras-Wright, H. (2005). Impact of  
marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing  
couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 159-169.
- 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.
- McNair, D. M., & Lorr, M. (1964). Three kinds of psychotherapy goals. *Journal of Clinical  
Psychology, 20*, 390-393.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M.  
(2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from  
the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative  
Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1051-1055.
- Michaux, W. W., & Lorr, M. (1961). Psychotherapists' treatment goals. *Journal of  
Counseling Psychology, 8*, 250-254.
- Miller, A., & Thompson, A. (1973). Factor structure of a goal checklist for clients.  
*Psychological Reports, 32*, 497-498.
- Mondor, J. (2009). *La thérapie conjugale en milieu naturel : Étude cliniquement  
représentative du lien entre attachement, satisfaction conjugale et résultat de la  
consultation*. Université de Montréal, Montréal.
- Mondor, J., Sabourin, S., Wright, J., Poitras-Wright, H., & McDuff, P. (2011). *Premature  
disengagement from couple therapy in a naturalistic setting: The role of therapeutic  
mandates and attachment representations*. Manuscript submitted for publication.
- O'Leary, K. D., Vivian, D., & Malone, J. (1992). Assessment of physical aggression against  
women in marriage: The need for multimodal assessment. *Behavioral Assessment,  
14*, 5-14.



- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 361-376.
- Phelps, R., Eisman, E., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 31-36.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (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 consultation conjugale [A therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]*. Unpublished document.
- Russell, C. S., Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Atilano, R. B. (1983). From family symptom of family systems: A review of family therapy research. *The American Journal of Family Therapy, 11*, 3-14.
- Sabourin, S., & Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux [An integrated conception of psychopathological processes of relationship disorders]. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 15-97). Québec, Canada: Les presses de l'Université du Québec.
- 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.
- 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.
- Shazer, d. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

- Shefler, G., Canetti, L., & Wiseman, H. (2001). Psychometric properties of goal-attainment scaling in the assessment of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 971-979.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behaviour therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). Introduction and overview. In T. J. Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement* (pp. 1-14). Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Snyder, D. K., Cozzi, J. J., & Mangrum, L. F. (2002). Conceptual issues in assessing couples and families. In H. A. Liddle, D. A. Santisteban, R. F. Levant & J. H. Bray (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 69-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Statistique Canada. (2006). *Recensement de la population de 2006*. no 97-563-XCB2006054 au catalogue.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.
- Tremblay, N. (2006). *Les attributions des couples qui consultent en thérapie: Une étude cliniquement représentative*. Université de Montréal, Montréal.
- Tremblay, N., Wright, J., Sabourin, S., Mamodhoussen, S., & McDuff, P. (2008). Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research: A feasibility study. *American Journal of Family Therapy, 36*, 137-148.
- Wadsworth, M., & Ford, D. H. (1983). Assessment of personal goal hierarchies. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 514-526.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *American Journal of Family Therapy, 33*, 207-223.

- Whisman, M. A., Dixon, A. E., & Johnson, B. (1997). Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology, 11*, 361-366.
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical Handbook of marriage and couple interventions* (pp. 679-693). New York: John Wiley & Sons.
- Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple [Clinical handbook of couple psychotherapies]*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Wright, J., Mondor, J., Sabourin, S., & Pinsof, W. M. (2008). Le statut empirique de la thérapie conjugale. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 789-821). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- 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, Canada: Les 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 1**

## **Questionnaires utilisés**

## **Questionnaires complétés par les conjoints**

### **Avant ou au début la thérapie conjugale**

Questionnaire démographique

Questionnaire sur les difficultés conjugales (problèmes conjugaux)

Échelle d'ajustement dyadique

### **Après la thérapie conjugale**

Échelle d'ajustement dyadique

Questionnaire sur les difficultés conjugales

Échelle des objectifs thérapeutiques (exemple de la version de l'homme)

## **Questionnaires complétés par les thérapeutes**

### **Après la phase d'évaluation du couple**

Questionnaire sur le mandat thérapeutique

Goal Attainment Scaling

### **Après la phase d'intervention avec le couple**

Évaluation de fin de consultation

Goal Attainment Scaling

## Questionnaire démographique

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

1. Nombre de séances de consultation avec votre thérapeute : \_\_\_\_\_ (Si vous ne l'avez pas encore rencontré, inscrivez 0.)
2. Sexe : \_\_\_\_\_
3. Âge : \_\_\_\_\_
4. 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: _____
5. Occupation principale présentement : \_\_\_\_\_
6. 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
7. Langue maternelle :
 

<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____
-----------------------------------	----------------------------------	---
8. Pays de naissance :
 

<input type="checkbox"/> Canada	<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____
---------------------------------	---
9. Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, depuis combien d'années vivez-vous au Canada? \_\_\_\_\_ ans
10. 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 Maghreb ou du Moyen-Orient
<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Hispanophone des Amériques
<input type="checkbox"/> Écossais	<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Irlandais	<input type="checkbox"/> Amérindien	
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Métis	
<input type="checkbox"/> Ukrainien	<input type="checkbox"/> Inuit	
<input type="checkbox"/> Néerlandais	<input type="checkbox"/> Sud-Asiatique	

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

**Les questions 16 à 22 se rapportent à votre relation de couple actuelle :**

16. Êtes-vous marié(e)? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
17. Durée du mariage ou de la cohabitation : (en années) \_\_\_\_\_
18. 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
19. 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 \_\_\_\_\_
20. Depuis combien de temps jugez-vous avoir des difficultés conjugales?  
\_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois
21. Avez-vous déjà considéré le divorce ou la séparation? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
22. Vous-êtes vous déjà séparé de votre conjoint actuel? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE SUR LES DIFFICULTÉS

Nous sommes maintenant intéressés par les difficultés qui vous amènent à vouloir consulter. Veuillez utiliser l'espace ci-dessous afin de décrire de une à trois difficultés :

1.						
Aujourd'hui, comment évaluez-vous la sévérité de cette difficulté?						
1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout sévère			Assez sévère			Ne pourrait être pire
2.						
Aujourd'hui, comment évaluez-vous la sévérité de cette difficulté?						
1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout sévère			Assez sévère			Ne pourrait être pire
3.						
Aujourd'hui, comment évaluez-vous la sévérité de cette difficulté?						
1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout sévère			Assez sévère			Ne pourrait être pire



### Échelle d'ajustement dyadique

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>	2. <i>Presque toujours en accord</i>	3. <i>Parfois en désaccord</i>	4. <i>Souvent en désaccord</i>	5. <i>Presque toujours 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>	2. <i>La plupart du temps</i>	3. <i>Plus souvent qu'autrement</i>	4. <i>Occasionnellement</i>	5. <i>Rarement</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      |
| A chaque Jour | Presque chaque jour | A l'occasion | Rarement | Jamais |
24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?
- |           |                  |                   |               |            |
|-----------|------------------|-------------------|---------------|------------|
| 1         | 2                | 3                 | 4             | 5          |
| Dans tout | Dans la majorité | Dans quelques-uns | Dans très peu | Dans aucun |

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

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. <i>Jamais</i>                     | 4. <i>Une ou deux fois par semaine</i> |
| 2. <i>Moins qu'une fois par mois</i> | 5. <i>Une fois par jour</i>            |
| 3. <i>Une ou deux fois par mois</i>  | 6. <i>Plus souvent</i>                 |

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.

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
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 DIFFICULTÉS

Au début de vos séances de consultation, vous avez mentionné les difficultés suivantes. Veuillez indiquer la sévérité de vos difficultés et à quel point celles-ci ont changé depuis le début des séances.

1.						
Comment décrivez-vous le changement sur cette difficulté depuis le début des séances ?						
1	2	3	4	5		
Pire		Pareil		Beaucoup mieux		
Aujourd'hui, comment évaluez-vous la sévérité de cette difficulté?						
1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout sévère			Assez sévère			Ne pourrait être pire
2.						
Comment décrivez-vous le changement sur cette difficulté depuis le début des séances ?						
1	2	3	4	5		
Pire		Pareil		Beaucoup mieux		
Aujourd'hui, comment évaluez-vous la sévérité de cette difficulté?						
1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout sévère			Assez sévère			Ne pourrait être pire
3.						
Comment décrivez-vous le changement sur cette difficulté depuis le début des séances ?						
1	2	3	4	5		
Pire		Pareil		Beaucoup mieux		
Aujourd'hui, comment évaluez-vous la sévérité de cette difficulté?						
1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout sévère			Assez sévère			Ne pourrait être pire

## Échelle des objectifs thérapeutiques

1. Votre statut actuel est...

- en relation avec la conjointe avec qui je suis venu en consultation
- séparé de cette conjointe

2. Pour quelle raison les consultations ont-elle cessé? (indiquez la raison principale)

- notre thérapeute, ma conjointe et moi avons ensemble décidé de terminer les consultations, car plusieurs objectifs ont été atteints.
- notre thérapeute nous a référé à un autre service (thérapie individuelle, médiation familiale, etc.).
- ma conjointe et moi avons pris la décision de cesser les consultations, puis en avons informé notre thérapeute.
- je désirais poursuivre les consultations, mais ma conjointe ne le voulait plus.
- ma conjointe désirait poursuivre les consultations, mais je ne le voulais plus.
- des circonstances externes (déménagement, congé prolongé du thérapeute, problèmes financiers, etc.) ont forcé la fin des consultations.

3. Après quelques séances de consultation, votre thérapeute a indiqué les catégories suivantes d'objectifs thérapeutiques. Jusqu'à quel point considérez-vous que chacun de ces objectifs a été atteint?

Objectifs	Pas du tout atteint		3	4	Totalment atteint
	1	2			
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

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

### Questionnaire sur les objectifs thérapeutiques et mandats

1. Nombre de séances jusqu'à maintenant : \_\_\_\_\_
2. Après combien de séances avez-vous fixé le mandat? \_\_\_\_\_
3. Les conjoints ont obtenu les résultats ci-dessous après avoir complété les questionnaires pré. Pour chacun des résultats présentés, considérez-vous que le score est fidèle? Si non, **cochez** l'un des choix pour indiquer que le couple semble **plus ou moins perturbé que ce qui est indiqué**.

	Résultats Homme	Interprétation	Le score est-il fidèle ?	Si non, cet individu me semble	Résultats Femme	Interprétation	Le score est-il fidèle	Si non, cet individu me semble
<b>DAS</b>		insatisfait	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		insatisfait	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé

*N.B. Au DAS, un score plus bas est plus perturbé*

<b>ESS</b>		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé
------------	--	------------------	--	--	--	------------------	--	--

*N.B. À l'ESS, un score plus haut est plus perturbé*

<b>ISP total</b>		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé
<i>ISP dépression</i>		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé
<i>ISP anxiété</i>		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé
<i>ISP concentration</i>		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé
<i>ISP colère</i>		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé		non-significatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> - perturbé <input type="checkbox"/> + perturbé

*N.B. À l'ISP, un score plus haut est plus perturbé*

Commentaires (facultatif):

---



---

4. Quel mandat ce couple vous a-t-il donné?
  - Réconciliation- Relation conflictuelle
  - Réconciliation- Relation qui s'éteint
  - Réconciliation- Consultation d'ajustement
  - Remise en question- 2 conjoints ambivalets
  - Remise en question- Homme ambivalent
  - Remise en question- Femme ambivalente
  - Acceptation de la séparation
  - Négociation de la séparation
  - Intervention de crise

6. S'il y a lieu, vous pouvez indiquer d'autres objectifs thérapeutiques.

Objectifs	Discuté	Non-dévoilé
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

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

8. Quelle est votre prédiction quant au déroulement de la CC de ce couple?

- Ce couple semble capable de s'engager dans le traitement et de mener ce 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.

**Goal Attainment Scaling**

5. Quels objectifs thérapeutiques poursuivez-vous avec le couple actuellement? Pour chacun de trois objectifs visés par la thérapie, quels sont les résultats que vous envisagez à la fin des séances?

	Objectif 1 (pd : )	Objectif 2 (pd : )	Objectif 3 (pd : )
Détérioration <i>Résultats largement inférieurs aux attentes</i> (-2)			
<i>Niveau de fonction nement du couple au pré</i> (-1)	✓	✓	✓
<i>Résultats attendus après les séances</i> (0)			
<i>Résultats supérieurs aux attentes</i> (+1)			
<i>Résultats largement supérieurs aux attentes</i> (+2)			

Note : le crochet et l'astérisque signifient : ✓ – au pré ; \* – au post

Noms des conjoints : \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

Numéro du couple : \_\_\_\_\_

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

Nom du psychologue : \_\_\_\_\_

### Évaluation de fin de consultation et fermeture de dossier - partie 1

*Note : Toutes les questions ouvertes (#2,6,7,10,11) serviront plus à des fins cliniques qu'à la recherche. 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 les consultations ont-elle cessé? (indiquez la raison principale)

- 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 \_\_\_\_\_



5. Suite à la 3<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 :

---



---



---



---



---



---



---

8. Comment décrivez-vous l'évolution des objectifs thérapeutiques avec ce couple?

- Les objectifs thérapeutiques sont demeurés les mêmes
- Des objectifs thérapeutiques ont été ajoutés
- Des objectifs thérapeutiques ont été retranchés



9. Suite à la 3<sup>e</sup> séance de consultation, vous avez mentionné les objectifs thérapeutiques suivants. Veuillez mettre un astérisque \* au niveau de résultats correspondant à l'état actuel du couple.

	Objectif 1(pd : )	Objectif 2 (pd : )	Objectif 3 (pd : )
Détérioration <i>Résultats largement inférieurs aux attentes (-2)</i>			
Niveau de fonction- nement du couple au pré (-1)	✓	✓	✓
<i>Résultats attendus après les séances (0)</i>			
<i>Résultats supérieurs aux attentes (+1)</i>			
<i>Résultats largement supérieurs aux attentes (+2)</i>			

Note : le crochet et l'astérisque signifient : ✓ = au pré ; \* = au post

## **Annexe 2**

### **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.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal. 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.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

*Copie à retourner*

## **Annexe 3**

### **Guide d'utilisation du Goal Attainment Scaling en consultation conjugale**

**Guide d'utilisation du**  
***Goal Attainment Scaling***  
**en consultation conjugale**

développé par

Marie-Michèle Boisvert

Marjorie Rabiau

John Wright

© 2007

## Les caractéristiques du GAS

- Le *Goal Attainment Scaling* (GAS) a été développé dans le but d'évaluer les résultats de traitements en santé mentale et fut par la suite adopté dans divers contextes (psychologie, éducation, médecine, soins infirmiers, travail social, etc.).
- Cet outil met l'accent sur les objectifs thérapeutiques en processus de thérapie.
- Il s'agit d'une mesure individualisée pouvant être utilisée dans des contextes de traitement complexes et cette mesure permet la comparaison de couples ayant des objectifs thérapeutiques différents.
- Le GAS requiert la création d'échelles de résultats spécifiquement adaptés aux couples à propos desquels nous désirons évaluer le progrès en thérapie. Plutôt que d'évaluer tous les couples selon les mêmes dimensions, cet outil s'intéresse aux comportements, caractéristiques ou symptômes propres à chacun des couples.
- Le choix des objectifs thérapeutiques et la création des échelles de résultats possibles peuvent être accomplis avec la participation des couples. L'implication des clients s'est avérée bénéfique dans plusieurs contextes.
- Certains auteurs suggèrent que le choix d'objectifs et de résultats constitue un processus pouvant avoir des effets positifs sur le résultat de la thérapie.

### Bénéfices potentiels liés à l'utilisation du GAS (Evans, 1981)

- Clarification du cadre conceptuel
- Amélioration de la précision des objectifs thérapeutiques
- Adoption d'attentes réalistes envers les résultats de la thérapie
- Amélioration de la satisfaction des clients
- Amélioration de la coopération et de l'entente entre le thérapeute et les clients
- Motivation des clients envers le progrès

## Description de la procédure

- *Comment sont choisis les objectifs thérapeutiques?*

Le GAS est une procédure conçue pour être intégrée dans la démarche thérapeutique. Son utilisation par des professionnels assure une certaine validité dans le choix des objectifs et des résultats attendus de la thérapie. Il est reconnu que des thérapeutes de diverses orientations conceptualisent les objectifs de la thérapie de façon différente et l'utilisation du GAS n'est pas contre-indiquée.

### Étape 1: Identification des difficultés allant être abordées en thérapie

Les couples peuvent se présenter en consultation avec plusieurs difficultés. De façon générale, les ressources et les stratégies thérapeutiques guideront la sélection des objectifs. Bien que plusieurs éléments puissent être traités en thérapie, le **GAS met l'accent sur les problèmes, les symptômes ou les difficultés que le plan d'intervention lui-même vise à changer.**

### Étape 2 : Transposition des difficultés en une série de 3 objectifs

Il n'y a pas de restriction quant au type d'objectifs pouvant être choisis (par ex., comportementaux, cognitifs, affectifs, etc.). Il demeure toutefois avantageux que les objectifs thérapeutiques choisis soient associés à des résultats **facilement observables ou identifiables** à la fin de la thérapie.

### Étape 3 : Choix d'un titre bref et de la pondération<sup>4</sup> pour chacun des objectifs

Le thérapeute inscrit dans l'espace approprié l'objectif visé en thérapie. Par exemple, *diminuer l'hostilité, augmenter les échanges d'affection, améliorer le fonctionnement sexuel, diminuer les conflits au niveau de l'éducation des enfants, améliorer la qualité de la communication, réduire les attaques de panique de M., améliorer les compétences envers l'expression de la colère, réduire la fréquence des disputes, meilleure compréhension de la personnalité de chacun, partage du pouvoir sur la gestion du budget, réconciliation des différences culturelles, apprendre à négocier efficacement, réduire l'isolement social d'un membre de la famille.*

---

<sup>4</sup> Tel que mentionné dans l'Introduction, la pondération des objectifs n'a pas été appliquée lors des analyses statistiques.

Le thérapeute peut décider d'accorder plus d'importance à l'un ou l'autre des objectifs en ajustant la pondération de l'objectif. Les objectifs ont par défaut une pondération égale à 1 (pd : 1). Si vous considérez qu'un objectif est deux fois plus important par exemple, la pondération sera alors égale à 2 (pd : 2), et ainsi de suite. La pondération de l'objectif s'établit en comparaison avec les autres objectifs du couple.

#### Étape 4 : Spécification du « Niveau de fonctionnement du couple au pré »

Pour l'objectif thérapeutique choisi, il s'agit d'opérationnaliser le niveau de fonctionnement actuel du couple. La formulation des résultats comprend un indicateur, c'est-à-dire le comportement, l'état émotionnel ou l'habileté permettant d'évaluer la réussite. Ce niveau de fonctionnement correspond à des résultats qui seraient considérés *inférieurs aux attentes (-1)* s'il était maintenu jusqu'à la fin des séances de consultation.

#### Étape 5 : Spécification du « Résultat attendu » de l'objectif

Pour la majorité des thérapeutes, il s'agit de la tâche la plus complexe dans l'utilisation de cette mesure. Il revient au thérapeute la tâche de prédire le résultat à la fin de la thérapie. Pour ce faire, le thérapeute utilise son expertise, sa connaissance des résultats possibles, les contraintes et les ressources disponibles. À l'aide d'un indicateur, les résultats possibles sont énoncés. Ces résultats peuvent être de nature quantitative (fréquence de certains comportements, % de réduction, intensité d'occurrence) ou de nature qualitative (satisfaction, détresse).

#### Étape 6 : Spécification du « Résultat supérieur » de l'objectif

Une fois que le résultat attendu est établi, il est possible d'envisager des résultats étant considérés comme légèrement supérieurs aux attentes.

#### Étape 7 : Spécification du « Résultat largement inférieur » et du « Résultat largement supérieur » de l'objectif

Ces résultats constituent les extrémités de l'échelle. Ils concernent des résultats très positifs ou très négatifs (détérioration par rapport au niveau de fonctionnement au pré) étant envisageables à la fin des séances de consultation. Il s'agit de résultats pouvant survenir dans 5% à 10% des cas.

### Étape 8 : Identification du niveau de résultats au post

Après les séances, mettre un astérisque \* vis-à-vis le niveau de résultats correspondant au niveau de fonctionnement du couple pour cet objectif.

**Ainsi, nous obtenons 5 niveaux de résultats pour chacun des objectifs thérapeutiques.**

**Ces résultats possèdent les valeurs numériques suivantes : -2, -1, 0, +1, +2**

**Le niveau attendu correspond au niveau 0.**

#### **Problèmes fréquemment rencontrés lors de la rédaction des échelles d'objectifs thérapeutiques**

- Éviter les oublis et ne pas omettre de niveaux de résultats possibles, car cela facilite et accélère la cotation à la fin de la thérapie
- Éviter les objectifs ou les résultats décrits à l'aide de termes vagues. Il sera alors plus difficile de choisir à la fin de la thérapie à quel niveau de résultats correspond le fonctionnement des couples
- Éviter le chevauchement dans les niveaux de résultats

## Un exemple étape par étape

**Étape 1 :** Identification des difficultés à être abordées en thérapie

**Étape 2 :** Transposition des difficultés en objectifs

	<i>Résolution des conflits (pd : 1)</i>	<b>Étape 3:</b> Choix de l'objectif et de la pondération
	Détérioration <i>Résultats largement inférieurs aux attentes (-2)</i>	<b>Étape 4:</b> Spécification du fonctionnement au pré
	Niveau de fonctionnement du couple au pré (-1)	<b>Étape 5:</b> Spécification des résultats attendus
<b>Étape 6:</b> Spécification des résultats supérieurs aux attentes	Résultats attendus après les séances de thérapie (0) <i>Résultats attendus</i>	<b>Étape 8:</b> Identifier le niveau de résultats au post *
	<i>Résultats supérieurs aux attentes (+1)</i>	
<b>Étape 7:</b> Spécification des résultats largement inférieurs et supérieurs aux attentes	<i>Résultats largement supérieurs aux attentes (+2)</i>	

Note : le crochet et l'astérisque signifient : ✓ = au pré ; \* = au post



### Autres exemples

	<i>Résolution des conflits</i> (pd : 2)	<i>Temps passé en couple</i> (pd : 1)
Détérioration <i>Résultats largement inférieurs aux attentes (-2)</i>	Le couple a plus de 3 disputes par semaine concernant l'éducation des enfants	Le couple n'a pas réussi à passer un moment ensemble
Niveau de fonctionnement du couple au pré (-1)	Le couple a 2 ou 3 disputes par semaine concernant l'éducation des enfants ✓	Moins de 1 moment par semaine ✓
<i>Résultats attendus</i> après les séances de thérapie (0)	Le couple rapporte 1 dispute par semaine concernant l'éducation des enfants	1 moment de qualité par semaine *
<i>Résultats supérieurs aux attentes (+1)</i>	Le couple ne rapporte aucune dispute au cours de la semaine concernant l'éducation des enfants *	2 moments de qualité par semaine
<i>Résultats largement supérieurs aux attentes (+2)</i>	Le couple ne rapporte aucune dispute au cours du mois concernant l'éducation des enfants	3+ moments de qualité par semaine

Note : le crochet et l'astérisque signifient : ✓ = au pré ; \* = au post

	<i>Échanges d'affection</i> (pd : 1)	<i>Communication</i> (pd : 1)
Détérioration <i>Résultats largement inférieurs aux attentes (-2)</i>	Aucun des conjoints ne démontre son affection ✓	Le couple est incapable de communiquer sans dénigrer
Niveau de fonctionnement du couple au pré (-1)	Un des conjoints démontre son affection, tandis que le partenaire n'en démontre pas	75% des communications de couple contiennent des propos dénigrants ✓
<i>Résultats attendus</i> après les séances de thérapie (0)	Les deux conjoints démontrent quelques marques d'affection	50% des communications de couple contiennent des propos dénigrants *
<i>Résultats supérieurs aux attentes (+1)</i>	Un des conjoints démontre beaucoup d'affection tandis que l'autre n'en démontre pas. *	25% des communications de couple contiennent des propos dénigrants
<i>Résultats largement supérieurs aux attentes (+2)</i>	Les deux conjoints démontrent de l'affection et les échanges sont de qualité	0% des communications de couple contiennent des propos dénigrants

Note : le crochet et l'astérisque signifient : ✓ = au pré ; \* = au post

### **Questions fréquemment posées par les professionnels dans les milieux où est implantée cette mesure**

1. *Pourquoi utiliser cette procédure ?*  
Il s'agit d'une mesure qui offre un estimé quantitatif du changement et un aperçu qualitatif du choix d'objectifs thérapeutiques auprès de clientèles complexes qui présentent de nombreux défis au plan de l'évaluation et de l'intervention.
2. *Est-ce réellement utile?*  
La réalisation de ce projet est tributaire de la collaboration des thérapeutes qui rencontrent les couples se présentant pour des séances de consultation conjugale. Il s'agit d'un contexte privilégié dans lequel mener des recherches en ayant accès aux objectifs que les thérapeutes choisissent de poursuivre avec des couples en thérapie.
3. *Pourquoi cette mesure en particulier?*  
Cet instrument est une mesure individualisée qui fournira des données quant à l'atteinte des objectifs et permettra la comparaison des couples.
4. *Quels seront les coûts en termes d'argent, de temps ou de contraintes ?*  
Des études ont estimé que la durée de rédaction des objectifs s'élève à au plus 10 minutes.
5. *De l'aide sera-t-elle disponible?*  
L'équipe de recherche demeurera à votre disposition pour répondre à vos questions ou demandes.
6. *Cette procédure fait-elle l'unanimité?*  
Cette procédure est recommandée et a été couramment utilisée dans le domaine de la santé mentale. Par contre, quelques études en thérapie conjugale ont utilisé cet outil et certaines critiques concernent le calcul des scores, les qualités psychométriques et la possibilité de biais.
7. *Comment cette mesure sera-t-elle implantée et soutenue?*  
Un tableau sera inséré dans le *Questionnaire sur les objectifs et mandat* afin de compléter les objectifs thérapeutiques et d'y noter les niveaux au pré ainsi que le niveau de résultats atteints au post.
8. *Quels sont les avantages pour le thérapeute?*  
Cet outil permet de comparer les couples se présentant avec des difficultés différentes et poursuivant des mandats thérapeutiques distincts. Le GAS permet également de mesurer la réussite thérapeutique dans un contexte où les clients sont considérés en détresse, tel que mesuré par d'autres instruments.
9. *Cela en vaut-il le coût?*  
Oui. Cet outil améliore la possibilité de rendre compte des changements en raison d'une gamme étendue de résultats et la possibilité de détérioration.

### Calcul des scores

Lorsque vous considérez que la phase active d'intervention est terminée et que le temps est venu d'évaluer l'atteinte des objectifs thérapeutiques, voici un aperçu des procédures à suivre :

1) Compléter l'*Évaluation de fin de consultation (partie 1)*

Dans le tableau présentant les objectifs et les résultats possibles, indiquer à l'aide d'un \* les résultats qui correspondent au niveau actuel du couple.

L'équipe de recherche se chargera des étapes subséquentes

2) Calcul de la somme de l'atteinte pour les 3 objectifs. Par exemple, si l'objectif #1 est atteint au niveau 0, l'objectif #2 au niveau +1 et l'objectif #3 au niveau +1,  $S = 0 + 1 + 1, S = 2$

3) Conversion du score total en score T selon le nombre d'objectifs cotés. Par exemple, pour 3 objectifs cotés, voici le tableau de conversion

<i>Score total</i>	<i>Moy. par objectif</i>	<i>Score T</i>
-3	-1.00	36.31
-2	-0.67	40.87
-1	-0.33	45.44
0	0	50.00
+1	+0.33	54.56
<b>+2</b>	<b>+0.67</b>	<b>59.13</b>
+3	+1.00	63.69

En utilisant une distribution en scores T, la moyenne est fixée à 50 avec un écart-type de 10. Ainsi, si tous les objectifs sont atteints au niveau attendu, le score post est établi à 50. Au-dessus de 50, les scores signifient que les résultats sont supérieurs aux attentes et les scores en-dessous de 50 signifient que les résultats sont inférieurs aux attentes. Dans l'exemple présenté, le couple obtiendrait un score post de 59.13.

### À retenir

- La procédure *Goal Attainment Scaling* permet de prendre en considération la complexité des couples qui se présentent en séances en consultation. Ainsi, si vous considérez que le pronostic est faible, vous pouvez le refléter dans vos attentes pour ce couple. Cet outil permet de rendre compte qu'un couple ayant un pronostic négatif puisse atteindre certains objectifs en thérapie.
- Les résultats à la fin de la thérapie qui sont prédits par le thérapeute ne sont pas forcément les résultats optimaux. Par exemple, si vous soupçonnez que le couple risque d'abandonner ou de terminer prématurément leur consultation, les résultats attendus que vous choisirez pourront en tenir compte. Votre expertise est donc mise à profit.
- Dans la mesure du possible, il peut être plus avantageux de rédiger les niveaux de résultats attendus sans en omettre. Cela facilitera l'évaluation de l'atteinte des objectifs au moment du post.
- Pour faciliter la rédaction des niveaux, notons qu'il est possible d'utiliser des % de satisfaction, des % d'amélioration, des fréquences de certains comportements, etc.

***Pour toute question ou si vous désirez nous transmettre vos commentaires,  
n'hésitez pas à nous contacter.***

## **Annexe 4**

### **Système de catégorisation des problèmes conjugaux**

**COMMUNICATION****A. General Communication (NOT arguments)**

1. WE don't talk about things enough / we don't communicate (or don't communicate effectively) / we don't share feelings / we don't share openly
2. I want to talk about things but partner doesn't / partner doesn't talk to me / doesn't share feelings
3. Partner wants to talk about things but I don't / I don't talk to partner / don't share feelings
6. Other communication / unspecified lack of communication / disagreement about how to communicate / doesn't listen to me / avoids conflict

**B. Arguments**

7. Defensive / stubborn / never apologizes / power struggle / can't work together / can't resolve conflicts / can't see other's view / control issues—battle for control (whether I, WE, or PARTNER)
8. Frequency or amount of arguments
9. Other unspecified arguments / disagreements / conflict / general tension / just say "arguments" or "fighting" / anger

**C. Criticalness**

10. I do/am something bad (same words as 11)
11. Partner does/is something bad (critical / blaming / controlling / bossy / bitchy / nit-picky / impatient / "nothing I do is right or good enough" / nags / judging / condescending)
12. WE do/are something bad (have to acknowledge that both play a role)
13. Unspecified critical / controlling / bossy

**D. Abuse / Violence (of PARTNER / SELF)**

14. Physical abuse (slapping, throwing things)
15. Verbal/Emotional abuse (only if say abuse)
16. Sexual abuse (only if say abuse)
17. Other abuse

Updated 11/09/07 AH

**FEELINGS / SEX****E. Emotional affection / distance**

18. Lack of intimacy/affection/romance / feel alone, distant, or like strangers / don't feel safe or comfortable sharing/ just "affection"
19. Unhappy / don't love partner / difference in level of love for other / have lost "friendship" in relationship
20. Presence of negative feelings towards partner (e.g., My partner annoys or irritates me, I resent my partner)
21. Lack of verbal affection (compliments; I love you)
22. Lack of consideration / respect / appreciation / understanding / support
23. Other lack of affection / no playfulness or spontaneity / concerns about "attention"

**F. Lack of Physical Affection / Sex**

24. Frequency or quality of sexual activity / sexual intimacy / different sex drives / doesn't reciprocate sex advances / no sexual attraction / desire / passion
26. Freq / quality of physical affection (hug, kiss)
28. Other physical affection problems / just say "sex" or "sex life" / fantasies / masturbation / use of pornography / can't talk about sex

**G. Trust / Jealousy**

29. Dishonesty
30. Jealousy
31. Don't trust / don't believe promises / doesn't follow through with agreements
32. Other trust / jealousy issue / invades my privacy (e.g., reading my e-mail)

**II. Relationship Commitment / Security**

33. Disagreement about getting married, cohabiting, commitment / not serious about relationship / unsure about priority/commitment / other
34. Insecure about partner's feelings or about relationship / fear rejection from partner

## INDIVIDUAL PROBLEMS

### **I. Individual problems**

- 35. Appearance / overweight (*not* attraction)
- 36. Unspecified personality (*not* disorder)  
(e.g., anxious, irresponsible, insensitive, pessimistic, moody)
- 37. Not smart enough / no intellectual stimulation
- 41. Tired / overworked / individual stress
- 42. Health problems (← originally code 40) and Other individual problem / problematic habits or patterns / interests / affiliations / hygiene

### **J. Mental Health Disorder**

- 43. Depressive/Mood Disorder (only if label it)
- 44. Anxiety Disorder (only if label it)
- 45. Personality Disorder (only if label it)
- 46. Other mental disorder (not substance)

### **K. Substance Use / Abuse**

- 47. Alcohol related disorders / problems / use
- 48. Tobacco use (cigarettes, dip, etc.)
- 49. Illegal drugs / abuse of prescription medication / other unspecified drug use / abuse

## SPECIFIC RELATIONSHIP PROBLEMS

### **L. Child/parenting**

- 52. Problems regarding, or resulting from, kid from previous relationship
- 53. Relationship or life changes regarding pregnancy / birth (future or present)
- 54. Problems regarding, or resulting from, kid from current relationship (← originally code 51) and Other specific child issue / child abuse / parenting style differences

### **99. Uncodable / not a problem**

Updated 11/09/07 AH

### **M. Social activities/time together**

- 55. I want more / better quality time together / WE don't spend time together (amt. or quality) / schedules/commitments limit time together (work / school / children)
- 56. Partner wants more / better quality time tog.
- 59. Physical distance (different cities / not liv. tog.)
- 60. Other issue of time together / social activities or interests (specific) / time with family/friends (but if spending time with family instead of partner, use "more time" code)

### **N. Infidelity / Flirting**

- 61. My flirting / inappropriate / attracted to others
- 62. Partner flirting / inappropriate / attracted to others
- 63. My actual / suspected affairs
- 64. Partner's actual / suspected affairs
- 65. Other infidelity / inappropriate with opposite sex

### **O. Problems with previous relationships**

- 66. Parenting conflicts with ex-spouse / partner
- 68. Talks about ex / compares me to ex
- 69. Partner is/I am damaged or hurt by previous relationship / emotional "baggage"
- 70. Other ex / previous relationship issue

### **P. Specific areas of current relationship**

- 71. Chores (housework/childcare) / cleanliness / relationship not fair, "50-50", egalitarian, unequal division of labor
- 73. Financial decisions / problems / employment
- 74. Religious/faith differences
- 75. In-laws/ extended family / parents
- 76. Problems with goals for future / values (what's important) / ideals / specific decisions (not financial) / issues concerning plans or planning / politics
- 78. Other relationship behavior / area / general stress in relationship / unrealistic expectations for relationship / expect things to be perfect / too different (including differences in age, education level, etc. or "nothing in common") / needs don't get met