

Université de Montréal

**Les attributions des couples qui consultent en thérapie :
Une étude cliniquement représentative**

Par

Nadine Tremblay

Département de psychologie

Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en psychologie
Recherche-intervention
Option cognitive-comportementale

septembre, 2006

© Nadine Tremblay, 2006



BF

22

U54

2007

V-013



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Les attributions des couples qui consultent en thérapie :
Une étude cliniquement représentative

Présentée par :
Nadine Tremblay

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Antonio Zadra, président-rapporteur
John Wright, directeur de recherche
Serge Lecours, membre du jury
Catherine Bégin, examinateur externe
, représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse vise à avancer l'état des connaissances sur les attributions des conjoints qui consultent en thérapie conjugale et à examiner la catégorisation par mandats thérapeutiques de Poitras-Wright et St-Père (2004). La thèse se divise en deux études empiriques rédigées sous forme d'articles. Le premier article de la thèse a permis d'identifier les corrélats cliniques des attributions des conjoints. Cent soixante-cinq couples débutant une thérapie conjugale ont complété l'échelle d'ajustement dyadique, l'index des symptômes psychiatriques, l'inventaire des problèmes interpersonnels et le questionnaire sur les attributions des conjoints. Les résultats ont révélé que la satisfaction conjugale; un problème interpersonnel de dominance et la détresse psychologique étaient significativement liés aux attributions de l'homme alors que la satisfaction conjugale, un problème interpersonnel de sacrifice de soi et l'âge étaient significativement liés aux attributions de la femme. Au niveau dyadique, seule la satisfaction conjugale de l'homme était significativement associée aux attributions de causalité de la femme. Les implications cliniques et l'importance d'étudier à la fois les corrélats individuels et dyadiques des attributions ont été discutés.

Le deuxième article visait à étudier la nature et la fréquence des corrélats pré-thérapie des mandats thérapeutiques à l'aide de 59 couples consultant en thérapie conjugale. Au début de la consultation, le thérapeute a coté le mandat et les conjoints ont complété l'échelle d'ajustement dyadique et le questionnaire sur les attributions des conjoints. La distribution des mandats thérapeutiques a montré que 45.8% des couples voulaient améliorer une relation conflictuelle, 28.8 % ont consulté pour un manque d'amour ou de désir pour l'autre, et 25.4 % désiraient changer un aspect spécifique d'une relation qui autrement fonctionne bien. Le mandat thérapeutique a été révisé et modifié dans 20 % des cas au cours du traitement. Les résultats de la régression logistique ont démontré que les sous-groupes de mandats, la satisfaction conjugale de l'homme, les

attributions de responsabilité de la femme et le revenu de la femme étaient significativement liés au statut du couple à la fin de la thérapie.

Mots-clés : attributions, thérapie conjugale, mandats thérapeutiques.

Abstract

This thesis aimed to advance knowledge on partner's attributions of couples consulting in marital therapy and to examine the therapeutic mandate categorization system proposed by Poitras-Wright and St-Père (2004). The thesis is composed of two empirical articles. The first article identifies the clinical correlates of partner's attributions. One hundred fifty five couples beginning couple therapy completed the Dyadic Adjustment Scale, the Psychiatric Symptoms Index, the Inventory of Interpersonal Problems and the Relationship Attribution Measure. Results reveal that marital satisfaction, the interpersonal problem of dominance and psychological distress were significantly linked to men's attributions. Marital satisfaction, the interpersonal problem of tendency self-sacrifice and women's age were significantly associated with women's attributions. At a dyadic level, only men's marital satisfaction was linked to women's causality attributions. Clinical implications and the importance to study both dyadic and individual correlates of attributions were emphasized.

Using a series of 59 cases of couple therapy, we studied the nature, frequency and pre-treatment correlates of therapeutic mandates. Following intake, therapists coded mandate and couples completed the Dyadic Adjustment Scale and the Relationship Attribution Measure. The distribution of therapeutic mandates showed that 45.8% wished to improve an overtly conflictual relationship, 28.8% consulted to remedy a lack of love and/or desire, and 25.4% aimed to change a specific aspect of an otherwise well functioning relationship. Over the course of treatment, in 20% of cases, the therapeutic mandate was revised and adjusted. The results of a logistic regression analysis showed that mandate subgroups, men's marital satisfaction, women's responsibility attributions, and women's income were significantly associated with termination status.

Keywords : attributions, couple therapy, therapeutic mandates.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract	v
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Introduction.....	1
1. L'efficacité de la thérapie conjugale, qu'en sait-on à ce jour?	1
2. Les attributions.....	8
3. Les mandats thérapeutiques	14
4. Les attributions : une variable qui distingue les couples en détresse.....	15
5. Les attributions : une variable qui compromet l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale.	16
6. Lacunes auxquelles la présente recherche tente de répondre.....	16
Chapitre 1 Les corrélats des attributions de causalité et de responsabilité des couples qui consultent en thérapie conjugale	19
Résumé.....	21
Introduction.....	22
Méthodologie	27
Résultats	30
Discussion	33
Chapitre 2 Refining Therapeutic Mandates in Couple Therapy Outcome Research: A Feasibility Study	46
Abstract	48
Introduction.....	49
Method	53
Results.....	57
Discussion	61

Discussion générale.....	71
Corrélat des attributions des conjoints qui consultent en thérapie	72
Représentativité clinique.....	75
Mandats thérapeutiques.....	77
Variables préthérapie liées à l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale : un modèle dyadique	78
Les attributions peuvent-elles nuire à l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale?	79
Limites générales	80
Pistes de recherches.....	84
Conclusion	87
Bibliographie.....	88
Annexe 1 : Questionnaires utilisés dans la présente thèse	96
Annexe 2 : Consentement à la recherche	III
Annexe 3 : Matrice de corrélations pour la première étude.....	VI

Liste des tableaux

Article 1

Tableau I : Détresse psychologique, satisfaction conjugale, problèmes interpersonnels et attributions	43
Tableau II : Corrélations intra-conjoint et inter-conjoints entre les attributions et la détresse psychologique, la satisfaction conjugale et les problèmes interpersonnels selon le sexe	44
Tableau III : Analyses de régressions multiples de la détresse psychologique, la satisfaction conjugale, des problèmes interpersonnels de soi-même et du conjoint puis, les attributions du conjoint en fonction des attributions d'un individu	45

Article 2

Table I : A logistic regression analysis of factors leading to couple therapy completion ...	70
--	----

Liste des figures

Introduction

Figure 1 : Satisfaction conjugale et attributions.....	11
--	----

[Tapez ici votre dédicace]

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, John Wright, pour tout le support offert dans ma formation en tant que chercheure et clinicienne en thérapie conjugale. John a été très présent et supportant tout au long du processus. Il a grandement contribué à maintenir ma motivation élevée autant par des échanges stimulants intellectuellement, que par ses encouragements. La rapidité avec laquelle il m'a donné des rétroactions sur mes écrits mérite d'être soulignée.

Je tiens ensuite à remercier Salima Mamodhoussen. Salima est une personne qui se démarque par son intelligence vive, son calme, son humour et sa gentillesse. Ça a été un plaisir de partager toutes les étapes de la recherche avec elle. Cette collaboration s'est d'ailleurs transformée en une belle amitié.

Un gros merci à Pierre McDuff pour ses judicieux conseils au niveau des statistiques et pour ses courriels comiques tout au long de la recherche. Merci aussi à Stéphane Sabourin pour sa précieuse collaboration sur le deuxième article. Les dernières mais non les moindres : merci à Annie Lavertu, Geneviève Pagé, et Céline Millette du CRIPCAS pour le support technique depuis le début.

Je tiens à remercier les cliniciens pour leur participation active à la recherche. Un merci spécial à Hélène Poitras-Wright pour m'avoir formée à travailler avec les mandats en thérapie conjugale. Ce concept a enrichi grandement ma pratique clinique ainsi que ma conception de la recherche sur la thérapie de couple.

Merci à Rémi, mon amoureux, pour son support, son écoute, ses encouragements et sa compréhension. Merci à ma famille, mes ami(e)s et mes collègues pour leurs encouragements. Particulièrement à Jean-Luc et Catherine pour la révision du français.

Introduction

Un sondage national (Lin et al., 1996) montre que les individus qui vivent de la détresse conjugale sont surreprésentés parmi les gens qui demandent des services en santé mentale. Les adultes qui vivent de la détresse conjugale ont plus de chance d'expérimenter des problèmes psychologiques: troubles de l'humeur, troubles anxieux, abus de substance (Goering, Lin, Campbell, Boyle, & Offord, 1996; Whisman & Uebelacker, 2003) et de santé physique (Kiecolt-Blaser & Newton, 2001), que les adultes qui sont heureux en couple. Que ce soit dans le contexte d'une séparation ou non, les conflits conjugaux ont un impact négatif sur les enfants: agressivité, troubles de comportement, anxiété, isolement (Cummings, 1994; Cummings & Davies, 1994). Enfin, Fischer, De Graaf et Kalmijn (2005) ont trouvé que les contacts antagonistes entre les parents après un divorce sont fortement liés aux à la présence de conflits conjugaux avant la séparation. Le taux de divorce en Amérique du Nord est actuellement de 43 % aux États-Unis et de 37 % au Canada (Johnson, 2003).

La détresse conjugale est une problématique préoccupante puisqu'elle est liée à une variété de difficultés, tant chez les enfants que les adultes. Étant donné les coûts liés à la détresse conjugale, il importe de savoir si la thérapie de couple est une forme d'intervention efficace.

1. L'efficacité de la thérapie conjugale, qu'en sait-on à ce jour?

Des recensions des écrits (Pinsof & Wynne, 1995; Sexton, Alexander & Mease, 2004) et des méta-analyses portant sur la recherche évaluative en thérapie conjugale (Dunn & Schwebel; 1995; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery; 1995; Shadish & Baldwin, 2003) ont révélé que la thérapie de couple est efficace et ce, tant pour des conflits conjugaux ou des problèmes de communication que pour des troubles de l'humeur ou d'adaptation à une maladie physique par exemple. Plus précisément, Shadish et al. (1995) ont obtenu une taille de l'effet modérée ($d = .60$) lorsqu'ils ont comparé la thérapie conjugale à une condition où aucun traitement n'a été offert. Encore en comparant la thérapie de couple à une condition où aucun traitement n'a été offert, Dunn et Schwebel

(1995) ont obtenu une grande taille de l'effet post traitement ($d = .79$), et une taille de l'effet modérée à la relance ($d = .52$). Enfin, Shadish et Baldwin (2003) ont repris les résultats de six méta-analyses dont, quatre publiées (Dunn & Schwebel; 1995; Hahlweg & Markman, 1988; Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery; 1995) et deux non publiées (Dutcher, 1999; Wilson, 1986). Les résultats ont révélé une très grande taille moyenne de l'effet ($d = .84$). Dans cette optique, Baucom, Hahlweg et Kuschel (2003) ont analysé 17 études d'efficacité, où la thérapie de couple cognitive-comportementale a été comparée à une condition contrôle (liste d'attente). Les résultats ont révélé que les couples sur les listes d'attentes ne s'étaient pas améliorés. Étant donné la constance de ces résultats, Baucom et al. (2003) ont conclu qu'il n'est pas éthique de priver les couples en détresse d'une intervention efficace. Aussi, selon ces mêmes auteurs, il n'est plus nécessaire d'inclure des groupes contrôle dans la majorité des questions de recherche qui portent sur l'efficacité sur la thérapie conjugale.

Les taux d'efficacité révélés par les méta-analyses n'indiquent pas si les améliorations obtenues en thérapie conjugale étaient cliniquement significatives (Sexton et al., 2004). Un résultat cliniquement significatif signifie qu'un couple en détresse au début de la thérapie, selon certaines mesures, n'est plus en détresse en fin de thérapie, selon ces mêmes mesures et des normes cliniques préétablies (Jacobson, Follette, Revenstorf, Baucom, Hahlweg, & Margolin, 1984). En appliquant ce critère, Jacobson et al. (1984) ont montré que seulement 35.5 % des couples en thérapie s'étaient améliorés. Lorsqu'ils ont repris 19 études pour appliquer le critère cliniquement significatif, Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright et Okwumabua (1993) ont trouvé que 41 % des groupes en traitement s'étaient améliorés suite à la thérapie alors qu'aucun groupe contrôle ne s'était amélioré.

Plusieurs chercheurs et cliniciens ont dénoncé l'écart entre la recherche d'efficacité en thérapie conjugale et la pratique clinique (Addison et al., 2002; Pinsof & Wynne, 1995; Shadish & Baldwin, 2003). Ainsi, Shadish, Matt, Navarro et Phillips (2000) ont élaboré une

liste de critères caractérisant une recherche cliniquement représentative. Le concept de représentativité clinique se définit comme la généralisabilité du processus de recrutement, des procédures d'évaluation diagnostique, des protocoles de traitement et des résultats thérapeutiques d'une recherche à ce qui se passe réellement en thérapie (Wright et al., sous presse). Wright et al. (sous presse) ont adapté et complété la liste de critères de Shadish et al. (2000), tel qu'indiqué dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les onze critères de représentativité clinique des recherches évaluatives sur la thérapie conjugale

Critères	Recherche cliniquement représentative	Recherche cliniquement non représentative
1. Problèmes	Couples cliniquement en détresse.	Couple heureux en recherche de croissance.
2. Lieu de traitement	Clinique externe ou interne dont la vocation principale est l'intervention.	Clinique dont la vocation principale est la recherche.
3. Références	Le couple fait une demande ou est référé par un thérapeute.	Recrutement par les médias.
4. Thérapeutes	Expérimentés.	Étudiants au Ph.D.

5. Structure	Flexible.	Prédéterminée, selon un manuel.
6. Encadrement afin d'assurer le respect du protocole	Sans supervision.	Supervision des thérapeutes entre chaque session.
7. Hétérogénéité des problèmes	Plusieurs problèmes coexistent.	Problème unique.
8. Entraînement avant la thérapie afin de respecter le protocole thérapeutique	Non.	Oui.
9. Flexibilité dans le nombre de sessions offertes	Illimitée.	Limitée.
10. Coûts	Assumés par le couple ou par un service public.	Assumés par les fonds de recherche.
11. Liberté thérapeutique	Interventions effectuées selon le jugement de	Protocole fixe.

	l'intervenant.	
--	----------------	--

Wright et al. (sous presse) ont révélé que les études d'efficacité sur la thérapie de couple était en général moins cliniquement représentatives que les recherches sur la thérapie individuelle ou familiale et, que les recherches s'adressant à la fois à des problèmes conjugaux et à des problèmes de santé mentale étaient cliniquement plus représentatives que celles ciblant uniquement des problèmes conjugaux. Toujours selon Wright et al., les six critères de représentativité clinique ayant été le moins respectés dans les recherches sont : le type de recrutement ou référence effectué, le niveau d'expérience des thérapeutes, l'encadrement des thérapeutes au cours de l'étude, l'entraînement des thérapeutes avant la thérapie, la flexibilité dans le nombre de sessions offertes et le coût des séances.

La majorité des recherches évaluatives effectuées dans le domaine de la thérapie conjugale sont des recherches d'efficacité, c'est-à-dire qu'elles ont été effectuées en laboratoire clinique où le cadre est contrôlé, en se concentrant sur un trouble ou une population spécifique avec une distribution aléatoire des participants et s'appuyant sur des manuels de traitement et des mesures pré-post standardisées (Addison et al., 2002; Pinsof & Wynne, 1995; Shadish & Baldwin, 2003). Ces recherches ont l'avantage de montrer l'utilité de certaines procédures thérapeutiques dans le cadre de conditions optimales (Starfield, 1977; Hersen, Kazdin, & Bellack, 1991). Par contre, elles nous informent peu sur la validité de ces résultats dans un environnement clinique réel, où la population n'est pas homogène et où les problématiques rencontrées (comorbidité de problèmes de santé mentale) peuvent se montrer beaucoup plus ardues que dans un environnement clinique plus contrôlé (Shadish et al., 1995). Ainsi, les recherches en environnement clinique réel, qu'on appelle recherche « d'efficience », permettent d'examiner la validité écologique d'interventions empiriquement validées en laboratoire (Pinsof & Wynne, 1995).

La quête d'une plus grande validité écologique dans les recherches d'efficience en thérapie conjugale a un impact sur la conceptualisation de la « réussite » en thérapie. Whisman, Jacobson, Fruzzetti et Waltz (1989) ont remarqué que plusieurs chercheurs ont fait l'erreur de limiter la notion de résultat positif en thérapie conjugale à une augmentation de la satisfaction conjugale des conjoints sur un questionnaire auto-rapporté. La première conséquence de cette erreur pourrait être que l'amélioration de la relation de certains couples qui consultent en thérapie ne soit pas captée par une mesure de satisfaction conjugale. À cet effet, Poitras-Wright et St-Père (2004) ont identifié trois catégories de couples qui consultent en thérapie : 1- les couples qui consultent pour des conflits conjugaux et dont la détresse conjugale est élevée, 2- les couples qui consultent pour une relation ou un amour qui s'éteint et dont la détresse conjugale est modérée à faible, 3- les couples qui consultent pour un ajustement précis et qui sont satisfaits de l'union en général. Selon cette catégorisation, un questionnaire de satisfaction conjugale ne capterait pas adéquatement les progrès des deux derniers types de couples. Ces catégories n'ont pas été étudiées jusqu'à maintenant et le seront dans le cadre de la présente thèse.

La deuxième conséquence d'avoir limité la notion de résultat positif en thérapie de couple à une augmentation de la satisfaction conjugale est que les recherches effectuées au cours des trois dernières décennies ont classifié le divorce comme un résultat d'échec (Pinsof, 2002). Pourtant, le travail d'un thérapeute conjugal consiste aussi à aider les couples à décider s'ils veulent poursuivre ou non leur relation (Baucom, 1983; Pinsof, 2002; Vansteenwegen, 1998). En ce sens, Vansteenwegen (1998) a constaté que 87 % des clients considèrent leur divorce suite à une thérapie conjugale comme une expérience positive. Poitras-Wright et St-Père (2004) ont documenté trois types d'interventions ou « mandats thérapeutiques » couramment pratiqués par les thérapeutes conjugaux : la thérapie conjugale, une remise en question de la relation et une intervention de séparation à l'amiable. Dans ce schéma, une séparation à l'amiable suite à une intervention de remise en question ou de séparation constituerait un succès thérapeutique (Poitras-Wright & St-Père,

2004). La documentation du type de mandat thérapeutique poursuivi contribuerait grandement à augmenter la validité écologique des études sur la thérapie de couple.

Si les chercheurs ont eu tendance à ne pas inclure les couples qui s'étaient séparés dans leurs recherches, ils ont aussi eu tendance à ne pas rapporter les couples qui abandonnaient en cours de traitement. Ward et McCollum (2005) ont étudié l'abandon en cours de thérapie. Comme la cotation des thérapeutes des résultats de la thérapie et de l'attrition étaient fortement liés, Ward et McCollum (2005) se sont demandé si l'abandon pouvait amener les thérapeutes à penser que les objectifs en thérapie n'ont pas été atteints. Pékarik (1992) qui a interrogé des couples désignés par leur thérapeute comme ayant abandonné la thérapie avant d'avoir atteint leurs objectifs de traitement, rapporte que 37 % de ces couples disaient avoir mis fin à la thérapie parce que leurs problèmes s'étaient améliorés ou étaient réglés.

Une autre solution pour augmenter la validité écologique des recherches portant sur la thérapie conjugale résiderait dans l'utilisation de méthodes « non expérimentales » : études quasi-expérimentales, qualitatives ou de cas (Addison et al., 2002). Ces études pourraient constituer un complément aux études d'efficacité existantes (Seligman, 1995). Par exemple, Ward et McCollum (2005) ont utilisé, dans une étude d'efficience sur la thérapie conjugale menée de façon rétrospective, une mesure du niveau d'amélioration en thérapie remplie par le thérapeute. Cette méthode de recherche a favorisé l'utilisation d'un indice d'amélioration en thérapie autre que le questionnaire de satisfaction conjugale, permettant ainsi de capter les progrès thérapeutiques des différents types de couples tels que décrits par Poitras-Wright et St-Père (2004).

Cette thèse vise à étudier une variable qui distingue les couples en détresse des couples heureux et qui constitue une menace à l'atteinte des objectifs de la thérapie conjugale : les attributions. De plus, les mandats thérapeutiques seront étudiés pour la première fois dans le cadre de cette thèse. La prochaine section vise à présenter : 1.1- les origines de la recherche sur les attributions en psychologie conjugale, 1.2- une définition

des attributions et 1.3- les circonstances qui suscitent de l'activité attributionnelle. Une définition des mandats thérapeutiques sera ensuite exposée. Elle sera suivie de deux sections portant sur les attributions. Enfin, les objectifs poursuivis dans le cadre des deux articles de la thèse seront présentés.

2. Les attributions

2.1 Les origines de la recherche sur les attributions des couples : la psychologie sociale ou la psychologie clinique?

La recherche sur les attributions des couples découle à la fois de la psychologie sociale et de la psychologie clinique (Fincham, 2001). En psychologie sociale, Kelley a été frappé par la fréquence à laquelle les conjoints mentionnaient des caractéristiques stables et générales de leur partenaire lorsqu'ils décrivaient leurs problèmes conjugaux (Kelley, 1979). Il a étudié les conflits ou les désaccords attributionnels entre un individu et son partenaire à propos de la cause du comportement de l'individu (Passer, Kelley, & Michela, 1978). Ces études ont révélé que l'acteur expliquait ses comportements négatifs comme reflétant une attitude positive au partenaire alors que le partenaire expliquait ces mêmes comportements par une attitude négative ou des traits négatifs chez l'acteur. Cette spécification des attributions selon une dimension évaluative suggérait que la satisfaction vécue par les partenaires pouvait covarier avec les attributions. Cette hypothèse est à l'origine de la recherche sur les attributions des couples en psychologie clinique. Cependant, il importe de préciser que les travaux de Kelley n'ont pas été poursuivis en tant que tels en psychologie clinique. En psychologie clinique, les attributions ont été utilisées afin de distinguer les couples heureux des couples en détresse et aussi, afin de mieux comprendre les déterminants de la satisfaction conjugale et d'enrichir la pratique de la thérapie conjugale.

Dans les recherches sur les attributions des couples, ce sont les dimensions causales utilisées en psychologie clinique (Abramson, Seligman, & Teasdale's, 1978, analyse

attributionnelle de l'impuissance acquise) qui ont été employées et non pas celles utilisées en psychologie sociale (Weiner, Russel, & Lerman's, 1978, analyse attributionnelle de l'émotion). Aussi, des observations cliniques montrant que les conjoints ont tendance à percevoir la thérapie comme un moyen de démontrer qu'ils sont irréprochables et que leur partenaire est à blâmer (Jacobson & Margolin, 1979) ont fait ressortir l'implication évaluative des attributions dans les relations conjugales. Ces observations semblaient indiquer que les enjeux liés à la responsabilité et au blâme étaient particulièrement pertinents aux relations de couple.

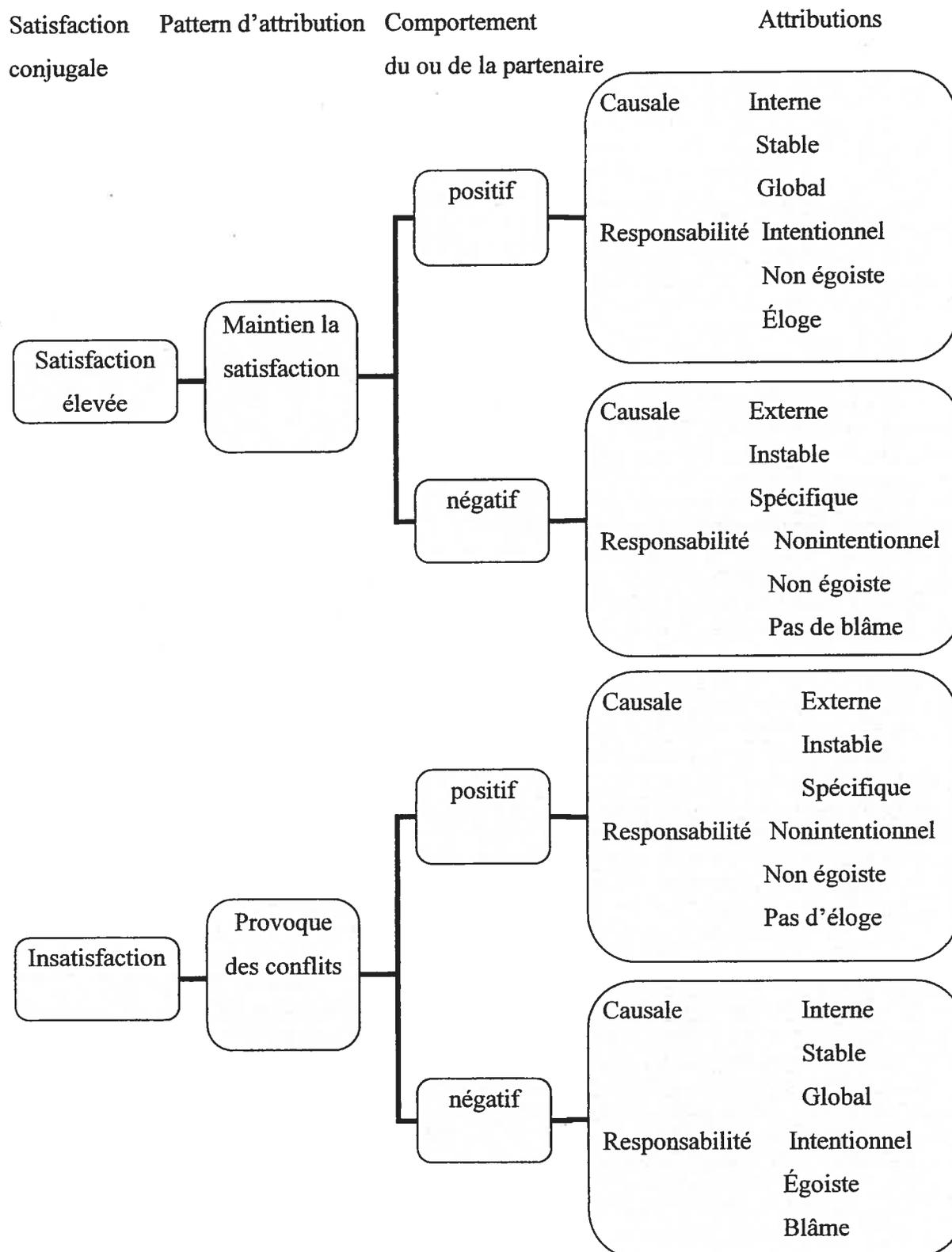
2.2 Définition des attributions telles qu'étudiées en psychologie conjugale

Une attribution est la résultante d'un processus inférentiel utilisé par un partenaire en vue de s'expliquer des événements, tels les comportements émis par son conjoint (Fincham, 1985).

Bradbury et Fincham (1990) ont divisé les attributions en deux catégories : causalité et responsabilité. Ils ont défini l'attribution de causalité comme une explication à propos des raisons pour lesquelles son partenaire a manifesté un certain comportement. Cette attribution comprend trois sous-dimensions : la source, la stabilité et la globalité. Concrètement, l'individu se demande si le comportement de l'autre est attribuable au caractère/personnalité du partenaire ou bien à des circonstances extérieures/ponctuelles (source), si la raison qui explique le comportement est spécifique à la situation ou si elle va perdurer dans le temps (stabilité) et si la raison qui explique le comportement se limite à ce comportement précis ou si il s'applique aux autres sphères de la relation (globalité). Un modèle portant sur le lien entre la satisfaction conjugale et les attributions des couples, pertinent pour l'étude actuelle, est illustrée ci-dessous (figure 1). Les attributions y varient en fonction de la valence d'un événement et de la satisfaction conjugale de l'individu qui émet ces mêmes attributions. Parmi 23 études recensées par Fincham, Bradbury et Scott (1990), 80 % des résultats ont appuyé ce modèle sur les attributions des couples. Les exemples inclus dans ce texte concernent les attributions émises pour un comportement

négatif manifesté par le ou la partenaire car la présente thèse s'est limitée à l'étude de ces attributions en particulier (figure 1). Par exemple, si un conjoint s'impatiente et emploie un ton sec, les couples heureux vont attribuer ce comportement à une cause externe ou ponctuelle, instable et spécifique : « Il a beaucoup de stress au travail actuellement », alors que les couples en détresse vont attribuer ce comportement à une cause interne, stable et globale : « C'est une personne irritable ». Bradbury et Fincham (1990) définissent l'attribution de responsabilité comme un jugement à propos de la responsabilité de l'individu pour le comportement en question. L'attribution de responsabilité se distingue de l'attribution de causalité de par sa composante évaluative, c'est-à-dire la comparaison d'un comportement avec un critère normatif (Fincham, Beach, & Baucom, 1987). Cette dernière attribution comprend trois dimensions : l'intentionnalité, la motivation et le blâme. De façon plus spécifique, l'individu va juger si le comportement de l'autre est émis volontairement ou non (intention), si le comportement est dû à des motifs égoïstes ou non (motivation), et si le partenaire mérite d'être sanctionné ou non (blâme). Pour la situation citée en exemple plus haut, où le conjoint s'impatiente et emploie un ton sec, les couples heureux vont avoir tendance à évaluer le comportement comme non-intentionnel, ayant une motivation non égoïste et qui ne mérite pas un blâme : « Il est au bout de son rouleau, il n'a pas voulu me blesser », alors que les couples en détresse vont évaluer ce comportement comme étant émis intentionnellement, comme ayant une motivation égoïste et comme étant à blâmer : « Il a dit ça pour me piquer et il doit cesser ».

Figure 1 : Satisfaction conjugale et attributions



En 1987, Fincham et Bradbury ont révisé et validé le modèle attribution-efficacité de Doherty (1981). Le modèle révisé, appelé « entailment model », implique que les attributions de causalité précèdent les attributions de responsabilité qui précèdent, elles-mêmes, le blâme (Fincham & Bradbury, 1987). Ce modèle a été validé auprès de la population québécoise francophone (Lussier, Sabourin, & Wright, 1993). Des analyses d'équations structurales ont démontré que, même si elles sont fortement corrélées, les attributions de causalité et de responsabilité sont deux facteurs distincts qui doivent être mesurés séparément (Davey, Fincham, Beach & Brody, 2001; Lussier, Sabourin & Wright, 1993). Les attributions de responsabilité et le blâme ont été jumelés pour former une même catégorie : les attributions de responsabilité (Fincham & Bradbury, 1992). En 2001, Davey, Fincham, Beach et Brody ont validé le « entailment model » selon une perspective dyadique. Une perspective dyadique signifie que l'interaction entre les variables de l'homme et de la femme est considérée et examinée. Par exemple, les attributions de la femme au sujet des comportements de l'homme peut influencer ce que va rapporter l'homme au sujet de leurs conflits puisque les attributions de la femme influencent ses propres comportements envers l'homme. Les résultats de Davey et al. (2001) ont révélé que: 1- les attributions causales de l'homme et de la femme étaient positivement corrélées; 2- seules les attributions causales de l'homme étaient significativement liées aux attributions de responsabilité de la femme; 3- les attributions de responsabilité de chacun des conjoints étaient liées au niveau de conflits ou désaccords rapportés par son ou sa partenaire (attributions responsabilité femme et conflits homme 0.59; attributions responsabilité homme et conflit femme 0.49). Les attributions du conjoint et la « non-indépendance » de ce qu'ont rapporté les conjoints ont été contrôlées. Peu d'études ont examiné les effets dyadiques ou « inter-conjoints » et cette lacune sera comblée dans cette thèse.

2.3 Dans quelles circonstances les conjoints sont-ils susceptibles d'avoir recours à de l'activité attributionnelle?

La probabilité qu'un conjoint ait recours à de l'activité attributionnelle est liée à son niveau de satisfaction conjugale mais aussi à une évaluation du comportement de son partenaire comme négatif, nouveau, inattendu ou ayant de l'impact sur l'individu (Baucom, 1987; Bradbury & Fincham, 1990). Newman et Langer (1981) ont appliqué les théories traditionnelles de l'attribution au couple. Ils suggèrent que les conjoints ont davantage recours à de l'activité attributionnelle au début de la relation puisqu'ils ont alors peu ou pas d'attentes stables à propos de leur partenaire. Plus le temps passe, plus un traitement automatique de l'information prédomine. Cependant, si des conflits interpersonnels apparaissent, les partenaires vont entrer de nouveau dans une phase d'activité attributionnelle. En d'autres mots, ils vont chercher des raisons pour expliquer pourquoi la relation et les comportements de leur partenaire n'est pas conforme à ce qu'ils connaissent. Toujours selon Newman et Langer (1981), les comportements négatifs/aversifs émis par le partenaire devraient augmenter la probabilité qu'un individu ait recours à de l'activité attributionnelle. En effet, l'individu pourrait chercher à prédire et à éviter de prochains comportements négatifs/aversifs.

Holtzworth-Munroe et Jacobson (1988) ont trouvé que les couples émettaient davantage d'attributions (codées à partir des interactions des couples) lorsque l'événement expliqué avait un impact négatif sur l'attributeur. Ils ont aussi observé qu'une fréquence élevée de comportements négatifs émis par le partenaire suscitaient davantage d'attributions chez les couples en détresse, qu'une fréquence élevée de comportements positifs (Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985). Selon Bradbury et Fincham (1990), les études qui ont examiné les attributions pour des événements négatifs sont importantes en psychologie conjugale puisque le taux et la séquence de comportements négatifs distinguent les interactions des couples en détresse (Gottman, 1979).

3. Les mandats thérapeutiques

Postras-Wright et St-Père (2004) ont récemment élaboré un système de classification des couples par mandat thérapeutique à partir de leur expérience clinique. Le mandat thérapeutique se définit comme une entente négociée entre le couple et le thérapeute sur la direction que la thérapie doit prendre afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques. Il existe trois mandats thérapeutiques en thérapie de couple : la thérapie conjugale, la remise en question de la relation ou la séparation à l'amiable. De plus, Postras-Wright et St-Père (2004) subdivisent le mandat de thérapie conjugale en trois catégories de couples différents : relation conflictuelle, relation qui s'éteint et relation satisfaisante nécessitant un ajustement spécifique. Cette classification, qui s'est avérée jusqu'à maintenant un outil clinique utile, sera incluse pour la première fois dans une étude empirique dans le cadre de la présente thèse.

Une étude menée par Vansteenwegen (1998), comparant des couples divorcés à des couples non-divorcés sept ans après une thérapie conjugale, semble appuyer la classification par mandat thérapeutique de Postras-Wright et St-Père (2004). Vansteenwegen (1998) a révélé qu'un tiers des couples divorcés ont consulté en thérapie de couple pour un problème de distance émotionnelle et un autre tiers, pour une remise en question de la relation. L'auteur ne spécifie cependant pas le motif de consultation du dernier tiers des couples divorcés. D'un autre côté, les couples toujours ensemble après la thérapie ont consulté en thérapie de couple pour des problèmes individuels ou sexuels. En lien avec la notion de mandat thérapeutique, cette étude a révélé que : 1- les couples ne consultaient pas tous pour améliorer leur relation de couple, et 2- les objectifs pré-thérapie des couples ayant divorcé après la thérapie n'étaient pas les mêmes que ceux des couples étant toujours ensemble.

4. Les attributions : une variable qui distingue les couples en détresse

Les couples en détresse se distinguent des couples heureux au niveau des attributions (Fincham, 1985; Fincham & Beach, 1988; Fincham, Beach, & Baucom, 1987; Fincham, Beach, & Nelson, 1987; Fincham & O'Leary, 1983; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985). Les couples heureux ont tendance à générer des attributions qui ont pour effet de maintenir ou d'améliorer la relation tandis que les couples insatisfaits ont tendance à faire des interprétations qui maintiennent la détresse conjugale (Fincham, 1985; Fincham, Beach, & Nelson, 1987; Fincham & O'Leary, 1983; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985). Tel que rapporté par Fincham, Harold et Gano-Philips (2000), le lien entre les attributions et la satisfaction conjugale est non seulement robuste (Fincham, Bradbury, & Scott, 1990), mais il n'est pas attribuable à d'autres variables comme la culture (Lussier et al., 1993), la dépression (Fincham, Beach & Bradbury, 1989), la colère (Senchack & Leonard, 1993) et un affect négatif général (Karney, Bradbury, Fincham, & Sullivan, 1994). Aussi, cette relation entre les attributions et la satisfaction conjugale n'est pas un artefact d'une variance commune due aux mesures par questionnaires (Bradbury & Fincham, 1990). Les études longitudinales ont démontré une relation bidirectionnelle entre ces deux variables (Fincham et al., 2000; Karney & Bradbury, 2000). Les attributions initiales ont davantage prédit la satisfaction conjugale ultérieure que la satisfaction conjugale initiale n'a prédit les attributions ultérieures (Karney & Bradbury, 2000). Au niveau dyadique ou « inter-conjoints », les résultats des trois études effectuées à ce jour divergent. Fincham et Bradbury (1989) ont observé que seulement les attributions causales de la femme étaient liées à la satisfaction conjugale de l'homme. Inversement, Karney et al. (1994) ont démontré que seulement les attributions de l'homme covariaient avec la satisfaction conjugale de la femme. Davey, Fincham, Beach et Brody (2001) ont quant à eux obtenu une relation significative entre les attributions de responsabilité de chacun des conjoints et le niveau de conflits ou désaccords rapportés par son ou sa partenaire. Le lien

entre les attributions des conjoints et la satisfaction conjugale a donc été documenté dans les études transversales, longitudinales et dyadiques.

5. Les attributions : une variable qui compromet l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale.

Les attributions de causalité, de responsabilité et de blâme peuvent constituer un obstacle à l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale (Beach & Bauserman, 1990; Wright & Fichten, 1976). Les résultats de Holtzworth-Munroe et Jacobson (1985) vont dans le sens de cette hypothèse. Holtzworth-Munroe et Jacobson (1985) ont trouvé que l'activité attributionnelle des couples en détresse était davantage suscitée par une fréquence élevée de comportements négatifs du partenaire et plus rarement suscitée par une fréquence élevée de comportements positifs du partenaire. Les attributions causales des couples en détresse discréditaient les comportements positifs du partenaire et ce, même quand les sujets eux-mêmes rapportaient que ces comportements avaient un impact positif sur eux. Holtzworth-Munroe et Jacobson (1985) ont donc recommandé aux cliniciens de ne pas cesser la thérapie conjugale quand des changements comportementaux positifs commencent à apparaître et de s'assurer que les inférences causales de l'individu ne viendront pas miner ou annuler l'effet renforçant des changements positifs effectués par son partenaire.

Une étude longitudinale a révélé que les attributions de causalité et de responsabilité des femmes étaient plus « maladaptatives » dans les mariages qui se sont terminés par une séparation que dans ceux qui sont restés intacts (Karney & Bradbury, 2000). Aucun lien n'a été trouvé pour les hommes. Cependant, aucune étude à date n'a investigué le lien entre les attributions et la séparation chez des couples qui consultent en thérapie (Fincham, 2001).

6. Lacunes auxquelles la présente recherche tente de répondre

Cette thèse a pour premier objectif d'améliorer les connaissances sur les attributions des couples qui consultent en thérapie conjugale. Les recherches sur les

attributions des conjoints nous portent à croire que les attributions sont fortement liées à la satisfaction conjugale. Toutefois, ces recherches ont été menées dans des conditions hautement contrôlées : homogénéité des problématiques, recrutement des participants par le biais des médias dans un milieu de recherche. De plus, seulement trois études ont inclus des analyses dyadiques (Davey et al, 2001; Fincham & Bradbury, 1989; Karney, Bradbury, Fincham, & Sullivan, 1994) et ce, malgré que Davey et al. (2001) aient conclu qu'un modèle dyadique permet davantage de comprendre les processus attributionnels des couples qu'un modèle individuel. Aussi, aucune étude jusqu'à maintenant n'a vérifié si les attributions constituent un obstacle à l'atteinte des objectifs en thérapie.

Le deuxième objectif de cette thèse est d'examiner la catégorisation par mandat thérapeutique de Poitras-Wright et St-Père (2004). L'utilisation de cette catégorisation en recherche a d'abord pour but d'augmenter la représentativité clinique des études portant sur la thérapie conjugale menées en milieu naturel, tel que recommandé par Wright et al. (sous presse). Les recherches effectuées à ce jour sur la thérapie conjugale ont rarement documenté les séparations ou les abandons en cours de traitement. Les séparations et les abandons sont pourtant une résultante fréquente en cours de thérapie conjugale et méritent d'être examinées au même titre que l'atteinte des objectifs.

Les deux chapitres composant cette thèse, qui ont été rédigés sous forme d'articles, tenteront de répondre à certaines lacunes soulignées dans le recensement précédent. Les objectifs poursuivis seront donc les suivants :

- 1) Identifier les corrélats cliniques des attributions de causalité et de responsabilité des conjoints et, comparer les relations obtenues pour les hommes et les femmes :
 - 1a) en analysant les effets dyadiques.
 - 1b) en recrutant des couples qui consultent, de leur propre initiative ou sous la recommandation d'un professionnel de la santé, en thérapie conjugale dans un milieu clinique naturel, c'est-à-dire une clinique spécialisée pour laquelle la vocation première consiste à offrir des services cliniques et non pas, de la recherche.

- 2) Identifier si les couples qui complètent la thérapie conjugale diffèrent, sur certaines variables en début de consultation, des couples qui se séparent ou abandonnent en cours de traitement et, identifier quelles variables préthérapie sont liées à la complétion de la thérapie :
 - 2a) en respectant le plus grand nombre de critères de représentativité clinique possible.
 - 2b) en utilisant une méthodologie alternative pour mesurer le statut des couples en fin de traitement (mesures complétées par le clinicien).
 - 2c) en définissant le statut des couples en fin de traitement par trois catégories obtenues en environnement clinique réel (thérapie complétée, abandon, séparation).
 - 2d) en utilisant une perspective dyadique dans l'analyse des données.
 - 2e) en s'intéressant à l'impact des attributions des conjoints et à l'impact des sous-groupes de mandat de thérapie conjugale sur le statut du couple à la fin de la thérapie.
- 3) Documenter les sous-catégories de mandats de thérapie conjugale.
- 4) Documenter les changements de mandats thérapeutiques en cours de thérapie conjugale et leur impact sur le résultat de la thérapie.

Chapitre 1

Les corrélats des attributions de causalité et de responsabilité des couples qui consultent en thérapie conjugale

Soumis à

La revue Canadienne des sciences du comportement

Les corrélats des attributions de causalité et de responsabilité des couples qui
consultent en thérapie conjugale

Nadine Tremblay, John Wright, Salima Mamodhoussen et Pierre McDuff

Université de Montréal

Gérald Côté

Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright Côté

Cette recherche a été rendue possible grâce à une bourse du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et une bourse de rédaction du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles – CRIPCAS, (FQRSC), accordées à Nadine Tremblay, ainsi qu'à une subvention du concours recherche évaluative (FQRSC) octroyée à John Wright, Yvan Lussier et Stéphane Sabourin. Cet article est le premier s'inscrivant dans le cadre de la thèse du premier auteur. Les auteurs remercient Dr Frank Fincham de les avoir autorisés à utiliser et traduire le Relationship Attribution Measure. Les auteurs remercient également l'équipe de la clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright, Côté pour leurs précieux commentaires.

The Inventory of Interpersonal Problems. Copyright © 2000 by the Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. French translation Copyright © 2000 by the Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Adapted, translated and reproduced by permission. All rights reserved.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à John Wright, Université de Montréal, Département de psychologie, CP 6128 succursale centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7 [REDACTED]

Résumé

Cette étude exploratoire s'est penchée sur les corrélats des attributions chez cent soixante-cinq couples qui débutent une thérapie conjugale. Les résultats révèlent que la satisfaction conjugale, la dominance et la détresse psychologique sont associées aux attributions de l'homme alors que la satisfaction conjugale, le sacrifice de soi et l'âge sont associés aux attributions de la femme. Au niveau dyadique, seule la satisfaction conjugale de l'homme est associée aux attributions de causalité des femmes. Les implications cliniques et l'importance d'étudier à la fois les corrélats individuels et dyadiques des attributions sont discutées.

Introduction

Plusieurs études ont démontré que les couples en détresse se distinguent des autres couples au niveau des attributions (Fincham, 1985; Fincham & Beach, 1988; Fincham, Beach, & Baucom, 1987; Fincham, Beach, & Nelson, 1987; Fincham & O'Leary, 1983; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985). Récemment, des études ont révélé que les conjoints qui vivent de la détresse conjugale ont plus de chance d'avoir aussi des problèmes psychologiques (Snyder & Whisman, 2004). Aucune étude ne s'est penchée sur les attributions des couples qui débutent une thérapie et leurs corrélats et ce, bien que les attributions de causalité, le déni de la responsabilité ou les attributions de blâme, puissent constituer un obstacle à l'atteinte des objectifs thérapeutiques en thérapie conjugale (Beach & Bauserman, 1990; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985; Wright & Fichten, 1976). Cette étude exploratoire vise à identifier les corrélats des attributions des couples qui débutent une thérapie conjugale afin de dégager des pistes d'intervention clinique qui pourraient augmenter les chances du couple d'atteindre ses objectifs.

En psychologie conjugale, les attributions sont la résultante d'un processus inférentiel utilisé par les partenaires afin de donner un sens, entre autres, aux comportements émis par leur conjoint (Fincham, 1985). Les attributions des couples ont été abondamment investiguées en lien avec la satisfaction conjugale. Les couples heureux ont tendance à générer des attributions qui ont pour effet de maintenir ou d'améliorer la relation tandis que les couples insatisfaits ont tendance à faire des interprétations qui maintiennent la détresse conjugale (Fincham, 1985; Fincham, Beach, & Nelson, 1987; Fincham & O'Leary, 1983; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985). Plus précisément, ces couples insatisfaits vont avoir tendance à émettre des attributions de causalité selon trois sous-dimensions : penser que la cause des événements négatifs se situe au niveau du partenaire (source), que cette cause ne changera jamais (stabilité) ou que cela va affecter d'autres sphères de la relation (globalité). Aussi, ils auront tendance à émettre des attributions de responsabilité selon trois sous-dimensions : percevoir le comportement du partenaire comme étant émis intentionnellement (intentionnalité), comme impliquant une motivation égoïste sous-jacente (motivation) ou comme condamnable (blâme). Plus ces attributions sont élevées et plus l'individu perçoit son conjoint d'une façon négative (Karney & Bradbury, 2000). Des analyses d'équations structurales ont démontré que, même si elles sont

fortement corrélées, les attributions de causalité et de responsabilité sont deux facteurs distincts qui doivent être mesurés séparément (Davey, Fincham, Beach & Brody, 2001; Lussier, Sabourin & Wright, 1993). Tel que rapporté par Fincham, Harold et Gano-Philips (2000), le lien entre attributions et satisfaction conjugale est non seulement robuste (Fincham, Bradbury, & Scott, 1990), mais il n'est pas attribuable à d'autres variables comme la culture (Lussier et al., 1993), la dépression (Fincham, Beach & Bradbury, 1989), la colère (Senchack & Leonard, 1993) et un affect négatif général (Karney, Bradbury, Fincham, & Sullivan, 1994).

Plusieurs études, tant analogues que longitudinales, se sont penchées sur la relation entre la satisfaction conjugale et les attributions. La robustesse des résultats des études longitudinales et les résultats contradictoires au niveau « inter-conjoints » font de la satisfaction conjugale un corrélat important à étudier auprès d'un échantillon clinique. Les études longitudinales ont démontré une relation bidirectionnelle entre ces deux variables (Fincham et al., 2000; Karney & Bradbury, 2000). Cependant, les attributions initiales ont davantage prédit la satisfaction conjugale ultérieure que la satisfaction conjugale initiale n'a prédit les attributions ultérieures (Karney & Bradbury, 2000). Laughrea, Bélanger, Sabourin, Lussier et Wright (1992) ont confirmé cette relation dans une étude longitudinale avec un échantillon francophone mais n'ont pas testé la bidirectionnalité. La satisfaction conjugale initiale a expliqué une partie des attributions envers le partenaire formulées à long-terme, soit 6% pour les hommes et 4% pour les femmes. Pour ce qui est des effets inter-conjoints, Fincham et Bradbury (1989) ont trouvé que les attributions causales de la femme étaient liées à la satisfaction conjugale de l'homme (-.32*) alors que les attributions causales de l'homme n'étaient pas significativement liées à la satisfaction de la femme. À l'inverse, Karney et al. (1994) ont observé que les attributions de l'homme covariaient avec la satisfaction conjugale de la femme alors que les attributions de la femme ne covariaient pas avec la satisfaction de l'homme.

Selon Baucom (1987), il est important de tenir compte des problèmes psychologiques de certains individus pour comprendre les attributions qu'ils font à propos de leur relation de couple. La détresse psychologique et les problèmes interpersonnels constituent des corrélats intéressants à investiguer en ce sens. En ce qui a trait à la détresse psychologique, deux études ont démontré que la relation attribution-satisfaction ne peut être imputée à la dépression (Fincham & Bradbury, 1993; Fincham et al., 1989). Toutefois, ces études n'ont pas recruté des

couples qui consultent en milieu clinique. Beach et O'Leary (1992) ont trouvé trois études effectuées avec des échantillons cliniques où la dépression et la détresse conjugale coexistaient dans la moitié des cas. En effet, il existe un haut niveau de comorbidité entre la détresse conjugale et les problèmes psychologiques individuels, et ce pour un large éventail de psychopathologies (Goering, Lin, Campbell, Boyle, & Offord, 1996; Whisman & Uebelacker, 2003). Il y a donc de fortes chances pour que les couples qui consultent vivent aussi de la détresse psychologique soit, des symptômes de dépression, d'anxiété, d'hostilité ou des problèmes de concentration. À cet effet, l'étude de Gélinas, Lussier et Sabourin (1995), qui porte sur les attributions en lien avec la détresse psychologique, révèle que seules les attributions de responsabilité étaient liées à l'hostilité chez la femme ($r = .18^*$). Il est important de noter que cette étude a été menée auprès d'un échantillon de couples qui ne consultaient pas en thérapie et qui ont été recrutés à travers les médias. Deux autres études ont trouvé une association entre les attributions et des sous-dimensions de la détresse psychologique. Smith, Sanders et Alexander (1990) ont observé que les hommes plus hostiles, comparé à un groupe d'hommes moins hostiles, blâment plus leurs conjointes pour leurs désaccords sur un sujet de discussion et voient les comportements « qui engendrent les désagréments » de celles-ci comme plus intentionnels. Wenzel (2002) révèle que les patients qui font de l'anxiété sociale rapportent émettre significativement plus d'attributions de causalité et de responsabilité négatives que le groupe contrôle. Cependant, ces groupes n'étaient composés que de 7 individus chacun.

Saffrey, Bartholomew, Scharfe, Henderson et Koopman (2003) ont été les premiers à étudier les problèmes interpersonnels, c'est-à-dire les difficultés rencontrées en entrant en relation ou en interagissant avec les autres, en lien avec le fonctionnement relationnel du couple. Ils ont trouvé que les femmes qui se décrivent comme dominantes, vindicatives et froides sont moins satisfaites au niveau de leur relation conjugale. Leurs conjoints seraient également moins satisfaits de leur relation. De plus, ils ont trouvé que les hommes qui se décrivent comme froids sont eux aussi moins satisfaits de leur relation conjugale. Comme la satisfaction conjugale est corrélée autant avec les attributions des conjoints qu'avec les problèmes interpersonnels, on peut postuler que certains problèmes interpersonnels chez l'homme et chez la femme pourraient être liés aux attributions des conjoints. La seule étude à ce jour qui s'est penchée sur les attributions en lien avec les problèmes interpersonnels est celle de Cermak, Osecka, Rehulkova et Blatny (1993). Ces derniers ont demandé à des étudiants de cocher parmi une liste de qualificatifs ceux

qu'ils ont tendance à attribuer à « la majorité des gens », pour vérifier si ces attributs varient selon qu'ils se perçoivent eux-même comme soumis, dominant, hostile ou affiliatif. Une analyse factorielle a confirmé cette hypothèse et révélé que les soumis, les dominants, les hostiles et les affiliatifs classifiaient les gens selon des catégories différentes. Il est intéressant de noter que, en plus du lien entre les problèmes interpersonnels et les attributions, certains auteurs ont également trouvé un lien entre les problèmes interpersonnels et le changement en thérapie. En effet, Horowitz, Rosengerg et Bartholomew (1993) ont observé que les gens qui ont des problèmes de sacrifice de soi et de non-affirmation s'améliorent à 90 % en thérapie alors que ceux qui sont dominants, vindicatifs ou froids s'améliorent peu ou pas en thérapie.

Récemment, Davey et al. (2001) ont inclus les attributions des deux conjoints dans un modèle pour prédire le niveau de conflits ou désaccords conjugaux. Ils ont trouvé que les attributions causales de l'homme étaient corrélées positivement aux attributions causales de la femme (.31). Les attributions causales de l'homme étaient aussi associées aux attributions de responsabilité de la femme (.17) quoi que les attributions de causalité de la femme n'étaient pas significativement associées aux attributions de responsabilité de l'homme. De plus, les attributions de responsabilité de chacun étaient liées au niveau de conflits ou désaccords rapportés par l'autre partenaire (attributions responsabilité femme et conflits homme .59; attributions responsabilité homme et conflit femme .49). Ces liens inter-conjoints au niveau des attributions s'apparentent au phénomène de réciprocité négative émotive (Gottman, Coan, Carrere, & Swanson, 1998) qui sous-tend que si un conjoint manifeste une émotion négative comme l'hostilité, l'autre conjoint va avoir tendance à en manifester aussi. Selon ces mêmes auteurs, les conjoints dont la relation est instable ont davantage recours à la réciprocité émotive négative que les conjoints dont la relation est stable. Comme les couples qui participent à la présente étude consultent en thérapie conjugale, on peut penser qu'ils seront plus instables, c'est-à-dire plus sujet à manifester un tel phénomène, non seulement au niveau des émotions mais peut-être aussi au niveau des attributions.

Un examen approfondi de la littérature sur les attributions des conjoints a fait ressortir qu'il est essentiel de tenir compte de deux dimensions dans cette étude exploratoire sur leurs corrélats : les processus dyadiques et les différences sexuelles. Premièrement, l'examen des processus dyadiques vise à examiner autant les processus intra-conjoint(e), par exemple si les

attributions de la femme influencent la satisfaction conjugale de la femme, que les processus dyadiques, par exemple si les attributions de la femme ont un impact sur la satisfaction conjugale de l'homme. Peu d'études ont examiné les effets inter-conjoints (Davey et al. 2001; Fincham & Bradbury 1989; Karney et al. 1994; Senchack & Leonard, 1993). Les résultats de Davey et al. révèlent que les attributions des conjoints sont liées et que les attributions d'un conjoint expliquent une grande partie de la variance du niveau de conflits ou désaccords perçus par l'autre conjoint, soit 63 % pour les hommes et 56 % pour les femmes.

Deuxièmement, les attributions des femmes se sont avérées significativement plus liées aux comportements, au niveau de conflits ou désaccords, et à la tendance à pardonner à son ou sa partenaire que les attributions des hommes (Davey et al., 2001; Fincham, 2001; Fincham, Paleari, & Regalia, 2001). Cet effet lié au sexe n'est pas autant ressorti dans les études sur les attributions et la satisfaction conjugale. En effet, à l'exception de Laughrea et al. (1992), les études qui ont trouvé des différences sexuelles ont trouvé une association attribution-satisfaction légèrement plus forte pour les femmes que les hommes (Fincham & Bradbury, 1987; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985; Karney & Bradbury, 1994; Karney & Bradbury, 2000). On observe aussi des différences sexuelles en ce qui a trait à la nature des variables liées aux attributions. Cela justifie d'étudier les hommes et les femmes séparément. Par exemple, Fincham, Paleari et Regalia (2001) ont observé que la tendance à pardonner à son ou sa partenaire, qui a émis un comportement négatif, semble être motivée par des variables émotives (empathie) et cognitives (attributions) chez l'homme alors qu'elle est principalement motivée par des variables cognitives (attributions) chez la femme.

Le but de cette étude transversale est, dans un premier temps, d'identifier les corrélats pré-thérapie des attributions négatives des conjoints et, dans un deuxième temps, d'identifier, parmi ces corrélats, ceux qui expliquent le mieux les attributions négatives des conjoints. Selon la littérature recensée, les attributions négatives devraient être liées à de l'insatisfaction conjugale, une plus grande détresse psychologique, certains problèmes interpersonnels individuels et inter-conjoints ainsi qu'à des attributions négatives chez l'autre partenaire. Les liens entre les attributions des femmes et les variables à l'étude devraient être significativement plus élevés que pour les attributions des hommes.

Méthodologie

Participants

Les participants de cette étude sont 165 couples francophones de la province de Québec qui consultent dans une clinique spécialisée en thérapie conjugale. Au départ, 14 des 196 (7 %) couples approchés pour participer à la recherche ont refusé de remplir les questionnaires ou ne les ont pas retournés par la poste. Parmi les couples qui ont retourné les questionnaires par la poste, 17 (9%) n'ont pas complété le questionnaire sur les attributions. Ces 17 non-répondants ne diffèrent significativement pas des 165 répondants sur l'âge, le salaire, la durée de la relation, le nombre d'enfants, la satisfaction conjugale, la détresse psychologique et sur les sous-échelles du questionnaire sur les problèmes interpersonnels. Les participants cohabitent tous ensemble depuis au moins six mois. Leur cohabitation s'échelonne sur 1 à 48 ans pour une moyenne de 12.71 ans (ET = 9.68). L'âge moyen des hommes est de 41.63 ans, variant entre 26 et 70 ans (ET = 9.47) et, l'âge moyen des femmes est de 39.73 ans, variant entre 24 et 70 ans. Les participants ont entre 0 et 5 enfants pour une moyenne de 1.71 enfants (ET = 1.13). Le pourcentage de conjoints mariés est de 57.37%, alors que 42.63% sont conjoints de fait. Le salaire moyen des hommes est de 57,500 \$ par année, variant entre 5,000 \$ et plus de 200,000 \$, alors que celui des femmes est de 37,500 \$ par année, variant entre moins de 5,000 \$ et 200,000 \$.

Procédure

Les participants ont été recrutés par des psychologues spécialisés en thérapie conjugale dans la province de Québec et ont signé un formulaire de consentement écrit. Le psychologue traitant demandait aux conjoints s'ils voulaient participer à la recherche lors de la première entrevue. Ceux qui ont accepté ont complété un questionnaire socio-démographique, l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976), l'Index des symptômes psychiatriques (Ilfeld, 1976), l'Inventaire des problèmes interpersonnels (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) et le Questionnaire sur les attributions des conjoints (Fincham & Bradbury, 1992). Les couples ont rempli les questionnaires à domicile et les ont postés dans des enveloppes pré-adressées. Des versions déjà validées en français des questionnaires ont été utilisées. Il n'existe pas de version

française validée du questionnaire sur les attributions des conjoints. Il a donc été traduit par un comité composé de six personnes bilingues dont un traducteur professionnel, selon la procédure de Vallerand et Halliwell (1983).

Instruments de mesure

L'échelle d'ajustement dyadique (EAD). La version française (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986) du Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) est un instrument de 32 items visant à évaluer la satisfaction conjugale selon 4 sous-dimensions : le consensus, l'expression affective, la cohésion et la satisfaction. La somme des items produit un score global d'ajustement qui varie entre 0 et 151. Un score de 100 et plus signifie, que l'individu est satisfait de sa relation de couple, alors qu'un score de 99 et moins indique que la personne est insatisfaite de sa relation (Bourgeois, Sabourin & Wright, 1990). Cet outil possède une fidélité variant entre .91 et .96 en anglais (Filsinger & Wilson, 1983; Johnson & Greenberg, 1985; Spanier, 1976) et entre .89 à .91 en français (Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986; Sabourin, Lussier, Laplante & Wright, 1990) ainsi qu'une bonne validité convergente et discriminante.

L'Index de Symptômes Psychiatriques (ISP). La version française (Kovess, Murphy, Tousignant & Fournier, 1985) du Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976) comprend 29 items et est utilisé pour mesurer la détresse psychologique au cours des sept derniers jours. Cette mesure comprend quatre sous-échelles mesurant l'anxiété, la dépression, les comportements agressifs et les problèmes de concentration. Un score de 30 et plus est considéré significatif alors qu'un score de 29 et moins est considéré comme non perturbé. La version française de ce questionnaire a obtenu des coefficients alpha variant entre .72 et .96 (Kovess et al., 1985; Martin, Sabourin & Gendreau, 1989).

L'inventaire de problèmes interpersonnels (IIP). La version française du Inventory of Interpersonal Problems ou IIP-32 (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) est un questionnaire auto-rapporté avec 32 items. Il présente les difficultés interpersonnelles qu'un individu peut avoir dans des situations sociales comprenant deux types différents d'items : 20 items qui concernent les comportements difficiles à émettre et 12 items qui concernent des comportements qui sont trop émis. Les items du IIP-32 se répartissent sur deux dimensions en continuum : l'affiliation (hostilité-affiliatif) et le contrôle (dominance-soumission).

Conséquemment, 8 sous-échelles reflètent différentes portions des deux dimensions d'affiliation et de contrôle : dominant, vengeur, froid, inhibé socialement, non affirmatif, trop accommodant, sacrifice de soi, intrusif. L'étude actuelle s'est concentrée sur les catégories opposées sur le continuum de la dominance, dominant et non affirmatif, puis sur les catégories opposées sur le continuum d'affiliation, froid et sacrifice de soi. Un niveau général de problèmes peut aussi être calculé en prenant le score moyen de chaque item. Les propriétés psychométriques de la version anglaise du IIP-32 ont été bien documentées (Horowitz et al., 2000) et semblent adéquates. Les coefficients de validité de la version française sont satisfaisants avec un alpha total de .90 pour les hommes et .93 pour les femmes, puis des alphas pour les sous-échelles allant de .72 à .86 pour les hommes et de .74 à .86 pour les femmes (Mamodhousen, Wright, Tremblay & Sabourin, 2004). Les scores standardisés de cet instrument seront utilisés dans les analyses statistiques. Un score de 50 représente le niveau moyen de problèmes interpersonnels dans un échantillon américain et un score de 70 est cliniquement significatif.

Le questionnaire sur les attributions des conjoints (QAC). La version courte du Relationship Attribution Measure (Fincham & Bradbury, 1992) est composée de 4 situations décrivant un comportement négatif émis par le ou la partenaire. Pour chacun de ces comportements, les participants devaient coter 6 sous-dimensions attributionnelles à l'aide d'une échelle de type likert en 6 points allant de complètement en accord (1) à complètement en désaccord (6). Les trois premières sous-dimensions, la source, la stabilité et la globalité, constituent l'échelle des attributions de causalité, alors que l'intentionnalité, la motivation et le blâme constituent l'échelle des attributions de responsabilité. Les index composites de causalité et de responsabilité ont été utilisés tel que recommandé par Carvers (1989) et Fincham et Bradbury (1992). Les coefficients alpha obtenus avec la version courte francophone du QAC sont équivalents à ceux obtenus avec la version anglaise. Les coefficients alpha pour les femmes francophones sont de .88 pour l'échelle de causalité et .93 pour l'échelle de responsabilité comparativement à .88 pour l'échelle de causalité des hommes francophones et .91 pour l'échelle de responsabilité de ces hommes. Pour la version anglaise, les coefficients alpha vont de .84 à .87 pour l'échelle de causalité et de .89 à .93 pour l'échelle de responsabilité des femmes. Tandis qu'ils varient de .82 à .86 pour l'échelle de causalité et .84 à .92 pour l'échelle de responsabilité des hommes (Fincham & Bradbury, 1992; Fincham, Harold, & Gano-Philips, 2000). Les

résultats apparaissent sous la forme de deux scores allant de 12 à 72. Plus le score est élevé et plus les attributions d'un individu envers son partenaire sont considérées comme négatives.

Résultats

Analyses préliminaires

Les moyennes et écart-types de toutes les variables sont présentées selon le sexe dans le tableau I. L'analyse des moyennes a révélé des différences sexuelles au niveau de la détresse psychologique, des problèmes interpersonnels et des attributions. Plus précisément, les femmes rapportent significativement plus de détresse psychologique ($t(163) = -5.650, p < .01$) que les hommes. Au niveau des problèmes interpersonnels, les hommes se décrivent comme significativement plus froids ($t(161) = 3.074, p < .05$) que les femmes, alors que les femmes pensent avoir significativement plus de problèmes de non-affirmation ($t(162) = -4.903, p < .01$) et de sacrifice de soi ($t(162) = -4.413, p < .01$) que les hommes. Les femmes émettent significativement plus d'attributions de causalité ($t(164) = -3.923, p < .01$) et de responsabilité ($t(164) = -2.909, p < .05$) que les hommes. Il n'existe aucune différence entre les hommes et les femmes sur le plan de la satisfaction conjugale et sur l'échelle de dominance.

Des corrélations bivariées ont révélé que seules les attributions des femmes sont liées à des caractéristiques sociodémographiques de l'homme et de la femme. Plus précisément, l'âge de l'homme ($r = .265, p < .01$ et $r = .205, p < .01$), l'âge de la femme ($r = .285, p < .01$ et $r = .241, p < .01$) et la durée de la relation ($r = .206, p < .01$ et $r = .188, p < .05$) sont significativement liés aux attributions de causalité et de responsabilité de la femme.

Le niveau de perturbation clinique de l'échantillon est élevé. En effet, 86 % des femmes et 86 % des hommes se sont révélés insatisfaits de leur relation conjugale. De plus, 46 % des femmes et 56 % des hommes ont révélé ressentir de la détresse psychologique. En ce qui a trait aux problèmes interpersonnels des hommes, 12 % ont un problème de dominance, 4 %, un problème de froideur, 12 %, un problème d'affirmation et 14 %, un problème de sacrifice de soi. En ce qui a trait aux problèmes interpersonnels des femmes, 16 %, ont un problème de

dominance, 4 %, un problème de froideur, 29 %, un problème d'affirmation et 35 %, un problème de sacrifice de soi.

Des corrélations ont été complétées afin d'examiner les relations bivariées entre les différentes variables à l'étude. Les corrélations entre les attributions, la satisfaction conjugale, la détresse psychologique et les problèmes interpersonnels sont rapportées séparément selon le sexe dans le tableau II. Un examen de la matrice de corrélation révèle que, tel qu'attendu, les attributions de causalité et de responsabilité sont négativement liées à la satisfaction conjugale et positivement liées à la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. Au niveau des problèmes interpersonnels, les attributions de causalité et de responsabilité des hommes sont positivement liées à un problème de dominance, alors que les attributions de causalité et de responsabilité des femmes sont positivement liées à un problème de sacrifice de soi.

Les corrélations entre les attributions d'un conjoint, la satisfaction conjugale, la détresse psychologique et les problèmes interpersonnels de l'autre conjoint sont rapportées dans la deuxième section du tableau II. L'examen des coefficients révèle que la satisfaction conjugale de l'homme est négativement liée aux attributions de causalité et de responsabilité de la femme. La satisfaction conjugale de la femme est négativement liée aux attributions de causalité de l'homme. Les attributions de l'homme et de la femme sont positivement corrélées, à l'exception des attributions de responsabilité de l'homme et de causalité de la femme qui ne sont pas significativement liées. Ces résultats significatifs nous indiquent qu'une perspective dyadique pourrait améliorer notre compréhension du phénomène des attributions au sein de la relation de couple.

L'impact de la détresse psychologique, de la satisfaction conjugale, des problèmes interpersonnels des deux conjoints et des attributions du conjoint sur les attributions d'un individu.

Afin de déterminer la contribution spécifique de la détresse psychologique, de la satisfaction conjugale, des problèmes interpersonnels des deux conjoints, puis des attributions du conjoint sur les attributions d'un individu, une série d'analyses de régressions multiples a été conduite. Selon Hosmer et Lemeshow (1989), la procédure stepwise est indiquée dans une étude

exploratoire et un critère de sélection des variables de $p = 0.05$ est non seulement trop sévère mais exclu souvent des variables importantes du modèle. Ils recommandent d'inclure les variables dont le niveau de signification varie entre $p = 0.15$ et $p = 0.20$ dans les équations de régression. Toutes les variables corrélées à $p < .1$ avec les attributions étudiées ont été entrées dans les régressions avec la procédure stepwise (Hosmer & Lemeshow, 1989).

Deux analyses de régression ont été effectuées pour expliquer les attributions des hommes. Premièrement, la satisfaction conjugale de l'homme et de la femme, la détresse psychologique de l'homme et de la femme, la dominance de l'homme, le nombre d'enfants de la femme et les deux types d'attributions de la femme constituent les variables prévisionnelles indépendantes, alors que la cote d'attributions de causalité de l'homme représente la variable dépendante. L'examen du tableau III laisse voir que l'insatisfaction conjugale de l'homme et son score total de détresse psychologique ($F(2,144) = 10.039$, $p < .001$) expliquent ses attributions de causalité négatives envers sa partenaire. Ces résultats expliquent respectivement 7.5 % et 3.5 % des attributions de causalité négatives de l'homme envers sa partenaire. Deuxièmement, la satisfaction conjugale de l'homme et de la femme, le score total de détresse psychologique de l'homme, les traits dominance de l'homme et les deux types d'attributions de la femme constituent les variables prévisionnelles indépendantes alors que la cote d'attributions de responsabilité de l'homme représente la variable dépendante. L'insatisfaction conjugale de l'homme et un trait de dominance chez lui ($F(2,144) = 8.547$, $p < .001$) expliquent les attributions de responsabilité négatives de l'homme envers sa conjointe. Ces variables expliquent respectivement 7.4 % et 2 % des attributions de responsabilité négatives de l'homme envers sa partenaire.

Deux analyses de régression ont été effectuées pour expliquer les attributions des femmes. Premièrement, l'âge de l'homme et de la femme, la durée de l'union, le nombre d'enfants de l'homme, les deux types d'attributions de l'homme, la satisfaction conjugale de l'homme et de la femme, le score total de détresse psychologique de la femme et un trait de sacrifice de soi de la femme constituent les variables prévisionnelles indépendantes, alors que la cote d'attributions de causalité de la femme représente la variable dépendante. L'insatisfaction conjugale la femme, l'âge de la femme, un trait de sacrifice de soi de la femme et l'insatisfaction conjugale de l'homme ($F(4,140) = 10.559$, $p < .001$) expliquent les attributions de causalité

négatives de la femme envers son conjoint. Ces résultats expliquent respectivement 12.9 %, 3.6 %, 2.8 % et 1.7 % des attributions de causalité négatives de la femme envers son partenaire. Deuxièmement, l'âge de l'homme et de la femme, la durée de l'union, le nombre d'enfants de la femme, les deux types d'attributions de l'homme, la satisfaction conjugale de l'homme et de la femme, le score total de détresse psychologique de l'homme et de la femme, un trait de sacrifice de soi de la femme constituent les variables prévisionnelles indépendantes, alors que la cote d'attributions de responsabilité de la femme représente la variable dépendante. L'insatisfaction conjugale de la femme et un trait de sacrifice de soi de la femme ($F(2,141) = 21.199, p < .001$) expliquent les attributions de responsabilité négatives de la femme envers son partenaire. Ces variables expliquent respectivement 19.8 % et 2.2 % des attributions de responsabilité négatives de la femme envers son conjoint.

Compte tenu du fait que la satisfaction conjugale est ressortie comme principal prédicteur des attributions de causalité et de responsabilité chez les hommes et les femmes, des analyses de régressions multiples visant à vérifier un effet de modération de la détresse psychologique et des problèmes interpersonnels sur ces relations ont été menées *post hoc*. Aucun effet d'interaction n'a été observé.

Discussion

La présente étude révèle que la satisfaction conjugale, la détresse psychologique, les problèmes interpersonnels et les attributions de l'autre conjoint sont des corrélats des attributions des conjoints qui consultent en thérapie conjugale. Plus précisément, l'insatisfaction conjugale de l'homme et de la femme est la variable qui explique le plus leurs attributions respectives. Tel qu'attendu, la force des relations pour les attributions des femmes est plus forte que pour les attributions des hommes. Les implications cliniques et théoriques de ces résultats sont discutées.

Premièrement, les résultats démontrent que la satisfaction conjugale est de loin la variable qui explique le mieux un niveau élevé d'attributions de causalité et de responsabilité chez l'homme et la femme. En effet, plus les conjoints sont insatisfaits de leur relation conjugale, plus ils ont tendance à émettre des attributions « négatives ». Ces résultats combinés aux analyses *post hoc*, qui ont révélé que la détresse psychologique et les problèmes interpersonnels ne

modèrent pas la relation entre la satisfaction conjugale et les attributions, viennent confirmer la robustesse du lien attribution-satisfaction évoqué par Davey et al. (2001). De plus, la satisfaction conjugale est l'unique variable qui ressort dans les analyses de régressions multiples au niveau dyadique. En effet, la satisfaction conjugale de l'homme explique un petit pourcentage des attributions de causalité de la femme mais la satisfaction conjugale de la femme n'explique pas les attributions de l'homme. Ces résultats vont dans le même sens que les corrélations obtenues par Fincham et Bradbury (1989) et non dans le sens de celles obtenues par Karney et al. (1994). Comme les femmes de l'étude émettent plus d'attributions que les hommes, il se pourrait que, dans leur enquête attributionnelle qui vise à comprendre le comportement de ce dernier, elles soient aussi susceptibles d'avoir recours à un plus large éventail d'hypothèses et d'explications, incluant le niveau de satisfaction du conjoint.

Au niveau des difficultés interpersonnelles, il semble qu'un problème de sacrifice de soi favorise un niveau élevé d'attributions de causalité et de responsabilité chez la femme. Pour les hommes, c'est un problème de dominance qui explique une partie de la variance des attributions de responsabilité. Même si les difficultés interpersonnelles des femmes et des hommes n'expliquent pas une grande partie de la variance des attributions, il est tout de même intéressant de tenter d'expliquer ces résultats et leurs possibles implications cliniques. Selon Horowitz et al. (2000), les gens qui ont des problèmes au niveau du sacrifice de soi sont des personnes qui se décrivent comme trop généreuses et trop permissives, qui ont de la difficulté à mettre des limites aux autres et à se permettre d'être en colère. Le lien entre cette difficulté interpersonnelle des femmes et des attributions élevées de causalité et de responsabilité pourrait s'expliquer cliniquement par le fait qu'en exprimant moins leurs limites, les conjoints émettent plus de comportements qui leur déplaisent ou sont de plus en plus intrusifs. Elles peuvent donc avoir tendance à percevoir le conjoint comme la cause des comportements négatifs et à blâmer tout en perdant de vue leur propre contribution à la dynamique conjugale. Pour ce qui est des gens avec un problème de dominance, Horowitz et al. les décrit comme trop contrôlants et manipulateurs et ayant beaucoup de difficulté à écouter le point de vue de l'autre sans argumenter. La combinaison de cette difficulté interpersonnelle et d'attributions de responsabilité élevées peut prendre cette forme chez les hommes : ils peuvent avoir tendance à interpréter les comportements négatifs de la partenaire comme étant à blâmer et émis intentionnellement afin de s'opposer à eux ou de les contredire, ce qui pourrait aussi faire en sorte qu'ils deviennent plus

blâmants et contrôlants. Selon Horowitz et al. (1993), les individus ayant un problème de sacrifice de soi sont ceux qui s'améliorent le plus en thérapie alors que ceux qui se situent dans les dimensions hostiles et dominantes s'améliorent peu ou pas en thérapie. Si l'on considère que les attributions de causalité et de responsabilité peuvent constituer un obstacle en thérapie (Christensen & Jacobson, 2000; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985; Wright & Fichten, 1976), un problème de dominance chez l'homme jumelé à des attributions risque davantage d'affecter la capacité de répondre positivement à la thérapie conjugale qu'un problème de sacrifice de soi jumelé à des attributions chez les femmes.

Pour ce qui est de la détresse psychologique, il semble que plus l'homme en éprouve et plus il est susceptible d'avoir aussi des attributions de causalité négatives. Les résultats obtenus avec un échantillon clinique diffèrent de ceux obtenus par Gélinas et al. (1995) avec la population normale. Afin de respecter les critères de puissance statistique, seul le score global de ce questionnaire a été utilisé dans l'étude actuelle. Les résultats obtenus indiquent que les problèmes interpersonnels et psychologiques n'expliquent qu'une faible portion des attributions. On peut donc s'interroger à savoir si d'autres variables personnelles, dyadiques ou contextuelles peuvent expliquer la présence d'attributions de causalité et de responsabilité (exemple : style d'attachement ou durée des difficultés conjugales).

Bien que les attributions de causalité et de responsabilité de la femme sont significativement corrélées aux attributions de causalité de l'homme et que les attributions de responsabilité de l'homme sont significativement corrélées aux attributions de responsabilité de la femme, les attributions de l'autre conjoint(e) représentent la seule variable qui n'est pas ressortie dans les régressions multiples. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par Davey et al. (2001), pour qui les attributions causales de l'homme et de la femme, de même que les attributions causales de l'homme et les attributions de responsabilité de la femme sont significativement liées. L'échantillon de Davey et al. se compose d'un plus grand nombre de couples, soit 229 couples mariés. Il serait donc pertinent de continuer à effectuer des études pour vérifier s'il existe bel et bien un phénomène de réciprocité négative pour les attributions, comme pour les émotions (Gottman et al., 1998). Cette façon d'étudier les attributions rend bien compte de l'aspect dynamique de la relation conjugale.

L'hypothèse à l'effet que la force des relations pour les attributions des femmes est plus importante que la force des relations pour les attributions des hommes est confirmée. En effet, un pourcentage beaucoup plus grand de la variance des attributions des femmes est expliquée comparativement aux attributions des hommes. Ce résultat va dans le même sens de ceux observés dans la littérature à cet effet (Bradbury, Beach, Fincham & Nelson, 1996; Davey et al., 2001; Fincham et al., 2001). Aussi, tout comme dans l'étude de Holtzworth-Munroe et Jacobson (1985), les femmes de l'étude s'engagent davantage dans l'activité attributionnelle que les hommes. Baucom (1987) affirme que les comportements importants ont plus tendance à déclencher le processus attributionnel. Il affirme aussi qu'un problème personnel, comme la dépendance, peut amplifier l'importance que peuvent prendre les comportements d'autrui. Comme le tiers des femmes de l'échantillon présentaient un problème interpersonnel de type hautement affiliatif (sacrifice de soi), elles ont peut-être été plus vigilantes aux comportements de leur conjoint que l'inverse. Cette différence homme/femme au niveau des attributions va dans le sens des résultats obtenus sur la dynamique de demande/retrait (Christensen & Heavey, 1990).

Cette étude se démarque par sa validité écologique et la taille de son échantillon clinique. En effet, seulement 4 des 19 études empiriques qui portent sur les attributions, recensées dans cet article, ont un échantillon provenant d'un milieu clinique. De ce nombre, l'étude qui a la plus grande taille d'échantillon a recruté quarante couples. Le recrutement de couples en environnement clinique réel a l'avantage de fournir des résultats qui permettent de dégager des pistes de réflexion ou d'intervention clinique fort pertinentes. Le niveau d'insatisfaction conjugale des couples qui ont participé à l'étude est particulièrement élevé. Shadish, Navarro, Matt et Phillips (2000) soulignent l'importance de mener des études auprès des populations cliniques. Néanmoins, cette étude comporte certaines limites. Premièrement, les couples ont rempli les questionnaires à domicile et cela peut constituer une menace à l'intégrité des données. On ignore s'ils ont répondu aux questions sans consulter leur partenaire. Ensuite, la pertinence clinique du questionnaire sur les attributions de Fincham et Bradbury (1992) est pauvre étant donné que l'on ne possède pas de données normatives auprès d'échantillons cliniques comme pour le QAD. Comme les dimensions attributionnelles mesurées par ce questionnaire en font un instrument attrayant, on pourrait le contraster avec une entrevue menée auprès du thérapeute. Enfin, le questionnaire sur les attributions se limitait aux attributions envers le conjoint. Étant

donné le niveau de perturbation clinique des participants, il aurait pu être intéressant de recueillir aussi des informations sur les attributions envers soi-même.

Compte tenu du fait que l'insatisfaction conjugale et certaines difficultés individuelles sont associées à la présence d'attributions chez les conjoints, une batterie de questionnaires peut s'avérer un outil précieux lors de l'évaluation des couples en thérapie. En effet, plus les conjoints se révèlent insatisfaits sur l'échelle d'ajustement dyadique, plus il y a de chances qu'ils aient aussi des attributions de causalité et de responsabilité. Cette probabilité est plus forte pour les femmes que les hommes. De plus, si la femme se perçoit avec un problème de sacrifice de soi et que l'homme a de la détresse psychologique ou se perçoit avec problème de dominance, il y a de fortes chances pour qu'ils aient aussi des attributions négatives. Ces résultats obtenus par le biais des questionnaires au moment de l'évaluation devraient amener le clinicien à accorder une attention particulière à l'investigation des attributions lors des rencontres. À cet effet, Epstein et Baucom (2002) présentent un éventail intéressant de stratégies cognitives, émotives et comportementales pour travailler les attributions en thérapie conjugale.

Pour conclure, cette étude démontre que si plusieurs variables peuvent expliquer la présence d'attributions négatives chez les conjoints, l'insatisfaction conjugale est la variable qui les explique le mieux tant chez les femmes que chez les hommes. Cette étude se distingue par sa validité écologique et l'accent porté sur les facteurs dyadiques. Ces statistiques dyadiques s'inscrivent dans un nouveau courant qui a été amorcé dans l'étude de Karney et al. (1994) et ensuite vérifié par Davey et al. (2001). Des pistes intéressantes pour le futur pourraient d'abord consister à vérifier si d'autres variables expliquent la présence d'attributions négatives chez les couples qui consultent en thérapie afin de raffiner les interventions et les modèles théoriques existants. Ensuite, il serait pertinent de diviser l'échantillon de couples qui consultent en deux sous-groupes, soit ceux qui sont insatisfaits de leur relation et ceux qui en sont satisfaits, comme l'ont fait Gottman et al. (1998), afin de vérifier s'il existe des profils attributionnels différents à l'intérieur de ces sous-groupes. Enfin, on pourrait étudier les attributions des couples selon le mandat (amélioration de la relation, remise en question du couple, enrichissement, séparation à l'amiable) poursuivi en thérapie conjugale afin d'augmenter encore la validité écologique.

Références

- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986) . Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 25-34.
- Baucom, D. H. (1987) . Attributions in distressed relations : Can we explain them ? In D. Perlman & S. Duck (Eds.), *Intimate relationships* (pp 177-206). Newbury Park, CA: Sage.
- Beach, S. R. H., & Bauserman, S. A. K. (1990) . Enhancing the effectiveness of marital therapy. In F. D. Fincham & T. N. Bradbury (Eds), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 349-374). New York: Guilford Press.
- Beach, S. R. H., & O'Leary, K. D. (1992) . Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior therapy*, 23, 507-528.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990) . Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Bradbury, T. N., Beach, S. R. H., Fincham, F. D., & Nelson, G. M. (1996) . Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 569-576.
- Carvers, C. S. (1989) . How should multifaceted constructs be tested ? Issues illustrated by self-monitoring, attributional style, and hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 577-585.
- Cermak, I., Osecka, L., Rehulkova, O., & Blatny, M. (1993) . Judging others according to yourself: II. Interpersonal characteristics of personality and the structure of interpersonal attributions. *Studia psychologica*, 35(2), 185-190.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000) . *Reconcilable differences*. New York: The Guildford press.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1990) . Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 73-81.
- Davey, A., Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Brody, G. H. (2001) . Attributions in marriage: Examining the entailment model in dyadic context. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 721-734.

- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples, a contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Filsinger, E. E., & Wilson, M. R. (1983). Social anxiety and marital adjustment. *Family Relations*, 32, 513-519.
- Fincham, F. D. (1985) . Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 2. Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 183-190.
- Fincham, F. D. (2001) . Attributions in close relationships: From balkanization to integration. In G. J. Fletcher, & M. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology* (pp. 3-31). Oxford: Blackwells.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (1988) . Attribution processes in distressed and non distressed couples: 5. Real versus hypothetical events. *Cognitive Therapy and Research*, 12(5), 505-514.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Baucom, D. H. (1987) . Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 4. Self-partner attribution differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 739-748.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Bradbury, T. N. (1989) . Marital distress, depression, and attributions: Is the marital distress-attribution association an artifact of depression? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 768-771.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Nelson, G. M. (1987) . Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 3. Causal and responsibility attributions for spouse behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 71-86.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1987) . The impact of attributions in marriage: A longitudinal analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53(3), 510-517.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1989) . The impact of attributions in marriage: an individual difference analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 69-85.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992) . Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 457-468.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1993) . Marital satisfaction, depression, and attributions: A longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 64(3), 442-452.

- Fincham, F. D., Bradbury, T. N., & Scott, C. K. (1990) . Cognition in marriage. In F. D. Fincham, & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and implications* (pp. 118-149). New York: The Guilford Press.
- Fincham, F. D., Harold, G. T, & Gano-Philips, S. (2000) . The longitudinal association between attributions and marital satisfaction: Direction of effects and role of efficacy expectations. *Journal of Family Psychology, 14*(2), 267-285.
- Fincham, F. D., & O'Leary, K. D. (1983). Causal inferences for spouses behavior in maritally distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology, 1*, 42-57.
- Fincham, F. D., Paleari, F. G, & Regalia, C. (2001) . Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships, 9*, 27-37.
- Gélinas, C., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1995) . Adaptation conjugale : le rôle des attributions et de la détresse psychologique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 27*(1), 21-35.
- Goering, P., Lin, E., Campbell, D., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1996) . Psychiatric disability in Ontario. *Canadian journal of psychiatry, 41*(9), 564-571.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998) . Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family, 60*, 5-22.
- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1985) . Causal attributions of married couples: When do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1398-1412.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *IIP Inventory of interpersonal problems: Manual*. The Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 549-560.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: Wiley.
- Ilfeld, F.W. (1976). Methodological issues in relating psychiatric symptoms to social stressors. *Psychological Reports, 39*, 1251-1258.

- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 175-184.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2000). Attributions in marriage: State or trait? A growth curve analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 295-309.
- Karney, B. R., Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Sullivan, K. T. (1994). The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(2), 413-424.
- Kovess, V., Murphy, H. G., Tousignant, M., & Fournier, L. (1985). *Évaluation de l'État de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*. Montréal : Unité de recherche du centre hospitalier Douglas.
- Laughrea, K., Bélanger, C., Sabourin, S., Lussier, Y., & Wright, J. (1992). L'effet des attributions sur l'évolution de la détresse conjugale. *Revue Québécoise de Psychologie, 13*(3), 91-104.
- Lussier, Y., Sabourin, S., & Wright, J. (1993). On causality, responsibility and blame in marriage : validity of the entailment model. *Journal of Family Psychology, 7*(3), 322-332.
- Mamodhoussen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Sabourin, S. (2004). *Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Couples Seeking Therapy*. Manuscript submitted for publication.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *Journal international de psychologie, 24*, 571-584.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment, 2*, 333-337.
- Saffrey, C., Bartholomew, K., Scharfe, E., Henderson, A. J. Z., & Koopman, R. (2003). Self- and partner-perception of interpersonal problems and relationship functioning. *Journal of social and personal relationships, 20*(1), 117-139.
- Senchack, M., & Leonard, K. E. (1993). The role of spouse's depression and anger in the attribution-marital satisfaction relation. *Cognitive Therapy and Research, 17*(4), 397-409.

- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000) . The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.
- Smith, T. W., Sanders, J. D., & Alexander, J. F. (1990) . What does the cook and medley hostility scale measure? Affect, behavior, and attributions in the marital context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 699-708.
- Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (2004) . Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: Directions for clinical training and practice. *Journal of marital and family therapy*, 30(1), 1-12.
- Spanier, G. B. (1976) . Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Vallerand, R. J., & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie trans-culturelle des questionnaires psychologiques : implications pour la psychologie du sport. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 8, 9-18.
- Wenzel, A. (2002) . Characteristics of close relationships in individuals with social phobia : A preliminary comparison with nonanxious individuals. In J. H. Harvey, & A. Wenzel (Eds.), *A clinician's guide to maintaining and enhancing close relationships* (pp. 199-213). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2003) . Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems. In D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 3-26). New York: Guilford Press.
- Wright, J., & Fichten, C. (1976) . Denial of responsibility, videotape feedback and attribution theory: Relevance for behavioral marital therapy. *Canadian Psychological Review*, 17(3), 219-230.

Tableau I

Détresse psychologique, satisfaction conjugale, problèmes interpersonnels et attributions

	Hommes		Femmes		Cohen <i>d</i>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
EAD	84.95	13.65	84.61	14.49	0.02
ISP	27.62	15.90	36.96	19.44	-0.89
IIP dominant	54.55	10.53	54.82	12.23	-0.02
IIP froid	52.91	8.74	49.96	8.89	0.48
IIP non affirmatif	53.68	10.70	59.62	12.37	-.077
IIP Sacrifice soi	55.55	11.69	61.72	12.09	-0.69
QAC Causalité	43.03	11.77	47.48	11.61	-.061
QAC Responsabilité	30.90	11.85	34.54	13.21	-0.45

Tableau II

Corrélations intra-conjoint et inter-conjoints entre les attributions et la détresse psychologique, la satisfaction conjugale et les problèmes interpersonnels selon le sexe

Intra-conjoint	Hommes		Femmes	
	QAC-C	QAC-R	QAC-C	QAC-R
1. EAD	-.274**	-.257**	-.381**	-.473**
2. ISP	.249**	.215**	.244**	.201**
3. IIP dominant	.195*	.216**	.060	.105
4. IIP froid	-.004	.071	.113	.111
5. IIP non affirmatif	.062	.031	.079	.070
6. IIP Sacrifice soi	.074	.047	.172*	.203**
7. QAC Causalité	1.00	.587**	1.00	.731**
8. QAC Responsabilité	.587**	1.00	.731**	1.00
Inter-conjoints				
1. EAD	-.216**	-.150	-.351**	-.370**
2. ISP	.160*	-.006	.029	.131
3. IIP dominant	.078	.042	-.020	.018
4. IIP froid	.052	.036	.087	.110
5. IIP non affirmatif	-.079	-.041	-.034	-.057
6. IIP Sacrifice soi	-.123	-.032	-.073	-.129
7. QAC Causalité	.223**	.133	.223**	.209**
8. QAC Responsabilité	.209**	.179*	.133	.179*

**p < .01 *p < .05

Tableau III

Analyses de régressions multiples de la détresse psychologique, la satisfaction conjugale, des problèmes interpersonnels de soi-même et du conjoint puis, les attributions du conjoint en fonction des attributions d'un individu

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²
EAD homme	-.176	.066	-.219**	.075**
ISP total homme	.150	.058	.214**	.11**
Attributions de causalité de l'homme				.11**
EAD homme	-.216	.067	-.258**	.074**
IIP dominance homme	.174	.086	.162*	.094**
Attributions de responsabilité de l'homme				.094**
EAD femme	-.166	.066	-.225**	.129**
Age femme	.177	.067	.198**	.165**
IIP sacrifice de soi femme	.225	.089	.189**	.193*
EAD homme	-.140	.070	-.176*	.210*
Attributions de causalité de la femme				.21*
EAD femme	-.355	.062	-.426**	.198**
IIP sacrifice de soi femme	.169	.075	.168*	.22*
Attributions de responsabilité de la femme				.22*

p* < .05 *p* < .01

Seules les variables ayant un coefficient de régression significatif sont rapportées dans le tableau.

Chapitre 2

Refining Therapeutic Mandates in Couple Therapy Outcome Research: A Feasibility Study

Submitted to

The American journal of family therapy

Refining Therapeutic Mandates in Couple Therapy Outcome Research:

A Feasibility Study

Nadine Tremblay, John Wright

Université de Montréal

Stéphane Sabourin

Université Laval

Salima Mamodhousen and Pierre McDuff

Université de Montréal

This study was made possible by a scholarship to the first author and by a research grant to the second and third author, both from the Conseil Québécois de la Recherche Sociale. The authors are grateful to Dr. Frank Fincham and Dr. Thomas Bradbury for allowing them to use the Relationship Attribution Measure (1992) for this research. We are also thankful to Hélène Poitras–Wright, Gérald Côté, Andrée Simoneau, François St-Père and Mélanie Champoux, the clinicians at the Poitras-Wright & Côté Clinic who generously participated in our study.

Correspondence should be addressed to Nadine Tremblay, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale A, Montréal, Québec, H3C 3J7. [REDACTED]

Abstract

Using a series of 59 cases of couple therapy, we studied the nature, frequency and pre-treatment correlates of therapeutic mandates. Following intake, therapists coded mandate and couples completed the Dyadic Adjustment Scale and the Relationship Attribution Measure. The distribution of therapeutic mandates showed that 45.8% wished to improve an overtly conflictual relationship, 28.8% consulted to remedy a lack of love and/or desire, and 25.4% aimed to change a specific aspect of an otherwise well functioning relationship. Over the course of treatment, in 20% of cases, the therapeutic mandate was revised and adjusted. The results of a logistic regression analysis showed that mandate subgroups, men's marital satisfaction, women's responsibility attributions, and women's income are significantly associated with termination status.

Introduction

Over the years, the notion of diffuse relationship distress has become a critical standard, both from an empirical and clinical perspective, to operationalize couple therapy effectiveness (e.g., Snyder, Castellani, & Whisman, 2006). In fact, in most outcome studies, the alleviation of couple distress is generally assumed to be the most fundamental therapeutic mandate assigned to research therapists. In community and private practice settings, the therapeutic mandate is tailored to the specific needs of the couples and refers to an agreement reached between the couple and the therapist as to the direction treatment will take: alleviation of relationship distress, ambivalence resolution or separation intervention (Poitras-Wright & St-Père, 2004). The main goal of the present study is to explore the feasibility and relevance of delineating, in couple therapy outcome research, sub-classes of therapeutic mandates taking into account more closely the specific problems and interactional dynamics bringing couples into treatment. More specifically, we propose that the alleviation of relationship distress could be subdivided to include three categories of complaints and problem presentations: (1) overt relationship conflicts in the context of clinically elevated couple distress, (2) emotional drifting and lack of love in situations where partners' distress is moderate or low, and (3) requests for specific adjustments in the context of a well-functioning relationship.

To take into account the dynamic nature of therapeutic mandates, a second aim of the present study is to empirically scrutinize the number of cases in which mandates change during treatment and their association with clinical outcomes. The potentially evolutive nature of treatment objectives is underlined in many couple therapy manuals (Epstein & Baucom, 2002). Some partners begin treatment to improve their relationship and, over the course of therapy, become increasingly ambivalent to such an extent that the clinician must explicitly revise and renegotiate the initial contract. Likewise, ambivalent spouses asking help to reconsider the future of their marriage may, after a few sessions, request a major revision of their mutual goals. Whereas the nature and the frequency of these on-going revisions are well-documented clinical facts, to our knowledge, these are understudied variables in couple therapy outcome research. In

addition, the consequences of these adjustments in mandates have not been examined in past investigations of outcomes. Changes in mandates may lead to favorable outcomes and increase therapy relevance and effectiveness. They may also represent early indicators of premature termination or predictors of marital dissolution. The present study will provide much-needed preliminary data on this question.

It is finally hypothesized that these different mandates could be associated to distinct pre-treatment levels of dysfunctional attributions and couple satisfaction, two relatively well-established prognostic predictors of treatment response. To determine the clinical and empirical usefulness of this sub-typing process, we will also examine, on a strictly exploratory basis, the association among pre-treatment prognostic indicators, therapeutic mandates and treatment termination status (premature termination, separation/divorce, and treatment completion).

Up till now, researchers have neglected the variation in therapeutic mandates as a potentially significant arena for examining more differentiated pre-treatment predictors of efficacy and alternative outcome criteria for different classes of couples. The alleviation of relationship distress is and will remain an important goal for an important proportion of couples entering treatment. In efficacy and effectiveness studies, the rigorous application of this gold standard has provided a useful basis for establishing the scientific credibility of the couple therapy field (Snyder et al., 2006). This criterion also positively contributed to and shaped the development of empirically supported treatment manuals. However, shifting focus to a more elaborated view of therapeutic mandates could enrich future couple therapy outcome research.

Numerous critics of couple therapy outcome studies have repeatedly underlined their limited usefulness for practitioners in public and private mental health clinics (e.g., Addison, Sandberg, Corby, Robila, & Platt, 2002). For over 20 years, clinicians and researchers have been contending that a high proportion of couple therapy outcome studies are carried out under conditions that are much more representative of controlled laboratory settings than of natural clinical practice (Addison, Sandberg, Corby, Robila & Platt, 2002; Johnson, 2003; Pinsof & Wynne, 1995). Moreover, the hypothesis that in

efficacy as well as effectiveness studies, research therapists do not operate under clinically representative conditions, has now received convincing preliminary empirical support (Shadish & Baldwin, 2005; Wright, Sabourin, Mondor, & McDuff, in press). In fact, in most research protocols, strict exclusion criteria are applied, couples are fully assessed using an extensive multimodal battery, and therapists are trained intensively and receive high quality supervisory feedback throughout the study. Thus, on many relevant dimensions, the gap between research and practice is still significant. Nevertheless, these recent meta-analyses provide a much-needed common language to discuss the clinical representativeness of outcome studies.

The development of a more complex classification system of therapeutic mandates represents another potentially important step to enhance the clinical representativeness of couple therapy outcome studies. For example, an increasing number of non-cohabiting couples consult to determine whether they should formalize their unions or start a new stepfamily. Further along the developmental course of couple relationships, in long-standing unions, ambivalence resolution may represent a focal concern and the negotiation around the possibility of union dissolution will not necessarily be primarily associated with the short or long-term alleviation of relationship distress. In fact, actively dealing with partners' ambivalence and commitment difficulties will, in most likelihood, intensify relationship distress for a short or a long period of time. Likewise, when the therapeutic agenda is focused on the facilitation of union dissolution, the lessening of couple distress is not always the most salient and relevant clinical issue.

For clinicians, the need to tailor specific outcome criteria for partners who both desire to improve their marriage, for situations in which one or both spouses are highly ambivalent and for couples planning to terminate their relationship is self-evident. However, the couple therapy outcome literature is still firmly organized around the broad-spectrum concept of relationship distress. As a consequence, for example, past calls not to automatically consider union dissolution as treatment failures (Jacobson & Addis, 1993) have remained largely ignored. Even in less extreme cases, a more differentiated analysis of therapeutic mandates could prove relevant for the closer integration of clinical and research practices. Two clinical conditions in which the

alleviation of relationship distress is not a primary objective or a realistic target were presented at the beginning of this article: complaints of emotional drifting and lack of love/desire and requests for specific adjustments in the context of a well-functioning relationship. Pre-treatment psychosocial profiles may distinguish these couples from those with overt conflict and clinically significant couple distress on standardized measures. In addition, for these three types of mandates, treatment trajectories may vary and necessitate the redefinition of successful outcome criteria.

Open clinical trials provide the best basis to explore this hypothesis. Guidelines for open clinical trials include the selection of consecutive cases meeting pre-defined criteria who receive a specific treatment (Christensen, Baucom, Vu, & Stanton, 2005). Many experts have recently promoted this design to address issues of clinical representativeness in couple therapy (Addison et al., 2002; Christensen et al., 2005; Snyder et al., 2006). These small-scale studies are less expensive and more feasible than randomized clinical trials in community and private practice organizations.

To examine the face validity of our preliminary three-category classification of therapeutic mandates, using a series of 59 cases treated in a university-affiliated fee for service couple and family therapy clinic, couple therapists were asked to complete the *Classification of mandate form* (Tremblay, 2004). Afterwards, the pre-treatment psychosocial profile of these three groups of couples was studied. Two specific variables were selected: dysfunctional attributions and couple satisfaction. These variables were selected for two inter-related reasons. First, in longitudinal studies, both attributions and couple satisfaction are consistent predictors of relationship quality and union dissolution (Snyder, Mangrum & Wills, 1993; Karney & Bradbury, 2000). Second, pre-treatment patterns of attributions and couple satisfaction are potential prognostic indicators of couple therapy outcome. Low couple satisfaction at intake generally predicts premature termination (Anderson, Atilano, Bergen, Russell, & Jurich, 1985) and union dissolution at follow-up (Prouty, Markowski, & Barnes, 2000; Snyder et al., 1993) whereas elevated couple satisfaction is positively related to a favorable treatment response (Johnson & Talitman, 1997; MacPhee, Johnson, & Van der veer, 1995; O'Leary & Beach, 1990; Snyder, Mangrum, & Wills, 1993; Waldron, Turner, Barton, Alexander, & Cline, 1997).

Clinical acumen also indicates that denial of responsibility and blame attributions are often key obstacles to positive treatment outcomes (Beach & Bauserman, 1990; Epstein & Baucom, 2002; Wright & Fichten, 1976). The preliminary validity of our classification of therapeutic mandates was also studied in relation to termination status. It is hypothesized that termination status will be significantly predicted by a combination of variables including therapeutic mandates and pre-treatment couple satisfaction and attributions.

Method

Sample

Fifty-nine French-Canadian couples from Quebec (Canada) beginning marital therapy were recruited for this study. To be eligible, couples had to be living together for at least six months. For participating couples, duration of relationship ranged from 1 to 39 years, with a mean of 11.90 years ($SD = 9.38$). Mean age of participants was 41 years ($SD = 9.29$) for men (range of 28 to 63 years) and 39 years ($SD = 8.79$) for women (range of 24 to 60 years). Mean number of years of schooling was 15.53 for men and 15.31 for women. Couples had from 0 to 5 children, with a mean of 1.73 ($SD = 1.05$). Ninety percent of the couples in the sample reported having at least one child. Half of the couples were legally married (50.8%) and the other half were living as common-law spouses (49.2%). Mean self-reported annual income was \$57,500 for men (range of \$22,500 to \$175,000) and \$37,500 for women (range of under \$5,000 to \$95,000).

Procedure

Eight psychologists practicing in a fee-for-service clinic participated in the research project. Therapists were trained in cognitive behavioral marital therapy or CBMT (Epstein & Baucom, 2002; Wright, Lussier & Sabourin, in press). Therapeutic strategies used during treatment were chosen according to the presenting needs of the couples. The clinical team was composed of six experienced couple therapists ($M = 10.36$ years of clinical experience in couple therapy, $SD = 9.64$, range = 3 to 30 years) and two

doctoral psychology interns who had completed at least one year of supervised training in CBMT and who were still under supervision. The two interns treated 5 of the 59 couples in the current series.

Couples were assigned to therapists on the basis of availability and experience in the couples' presenting problems. The mean number of therapy sessions, including assessment sessions, was 7.38 (SD = 4.58, range = 2 to 25). The study was presented by the assigned therapist to each couple during the intake interview. Couples that agreed to participate were invited to sign a consent form stating the right to withdraw at any time without impacting on the availability or quality of therapy. After the first session, couples were asked to complete a 30-minute test battery at home and to return the questionnaire packet to the clinic using a pre-addressed envelope. The battery included a socio-demographic questionnaire and French versions of the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) and the Relationship Attribution Measure (Fincham & Bradbury, 1992). After the intake session, for each couple, therapists completed the Classification of therapeutic mandate form (CTM). The Status at therapy termination form (STT) was also filled out by therapists for each couple at the end of treatment.

This study was conducted as part of a broad naturalistic investigation of couple therapy outcome. It aimed to provide results that reflected couple therapy practice in real clinical settings, as recommended by many authors (e.g., Johnson & Lebow, 2000; Pinsof & Wynne, 1995). Accordingly, the eligibility criteria used to select couples were more inclusive than those employed in most of published studies of couple therapy process or outcome (Sexton, Alexander, & Mease, 2004; Wright et al., in press). Couples were included even if: a) one or both partners presented with psychopathology; b) they wanted to pursue a specific short-term objective; or c) they wanted help deciding whether their relationship was viable or were contemplating divorce. The only exclusion criteria were the following: a) presence of current and severe physical conjugal violence; b) presence of current clinically significant substance abuse; and c) severe psychological problems, such as schizophrenia, in one or both partners, which would interfere with effective CBMT.

Given that the overall case volume and referral practices in the clinical setting under study yielded very small samples of couples that pursued mandates aimed at ambivalence resolution or divorce, only data on couples who initially requested to work on improving their relationship were retained for data analysis in the present study. The complete data set covering all three therapeutic mandates (couple therapy, ambivalence intervention, and separation intervention) will be reported once larger samples are available.

Measures

Marital satisfaction was assessed through the French version of the Dyadic Adjustment Scale or DAS (Spanier, 1976). This 32-item self-report questionnaire is widely used to assess global marital adjustment. Its global score ranges from 0 to 151. In many studies, 100 has been set as the cutoff to separate distressed from non-distressed couples (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990). Reliability coefficients range from .91 to .96 for the original English version (Spanier, 1976) and from .89 to .91 for the French version (Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990).

Attributions were assessed using the short version of the Relationship Attribution Measure (RAM, Fincham & Bradbury, 1992). The questionnaire was translated into French by a team including a professional translator, following well established procedures (Vallerand & Halliwell, 1983). In the 24-item RAM, four negative stimulus events that commonly occur in all spousal relationships are presented to the partners: "Your spouse criticizes something you say"; "Your spouse begins to spend less time with you"; "Your spouse does not pay attention to what you are saying"; and "Your spouse is cold and distant". For each event, partners rate their agreement, on a 6-point scale ranging from *disagree strongly* to *agree strongly*, with statements that reflect six attribution dimensions. The causality subscale is composed of the sum of the first three attribution dimensions: perceived locus, stability and globality of the negative behavior expressed. The three other dimensions were summed to form the responsibility attribution scale, that is, the spouses' ratings of the extent to which they consider the partner's behavior intentional, selfishly motivated, and blameworthy. Composite indices of

causality and responsibility were used as recommended by Carvers (1989) and Fincham and Bradbury (1992). Reliability coefficients for the French version were all within the acceptable range across gender and subscales (.88 to .93) and similar to those for the English version (.84 to .93) (Fincham & Bradbury, 1992; Fincham, Harold, & Gano-Philips, 2000). Final results are expressed as two scores for each spouse with a possible range of 12 to 72. Higher scores reflect attributions that view the partner in a more negative light.

Classification of therapeutic mandates. The therapist classified the mandates pursued with couples according to a measure developed by Poitras-Wright and St-Père (2004) and refined by Tremblay (2004). This system defines the therapeutic mandate as an agreement between a couple and a consultant as to the intervention plan to be implemented in order to reach the therapy objectives. Therapists participating in this study negotiated the therapeutic mandate upon completion of diagnostic phase, usually within three sessions, but this mandate was later renegotiated for certain couples. The therapeutic mandates were classified by clinicians according to a coding manual (Tremblay, 2004) into three broad categories: *couple therapy* to eliminate dysfunction and/or improve areas of the relationship; *ambivalence intervention* to resolve vacillating commitment to the relationship of at least one partner; and *separation intervention* to achieve constructive separation. Finally, the treating clinician was asked to subdivide couples pursuing a couple therapy mandate on the basis of information-gathered during the diagnostic phase into three distinct subgroups a) *Conflictual relationship*: At least one partner reported feeling very distressed about the relationship and overt conflictual and dysfunctional interactions were apparent during assessment sessions. Both partners reported wanting to save the relationship but did not agree on how to pursue this objective or had not succeeded in following through on desired improvements; b) *Lack of love/desire*: At least one but usually both partners reported emotional drifting from one another but both wished to save the relationship. The consultant observed the absence of emotional intimacy in the relationship along with a tendency to avoid conflict and confrontation in spite of incidents that created disagreements; and c) *Generally well functioning relationship that requires specific adjustments*: Though both partners reported satisfaction with the overall relationship, one partner and often both worried that

a facet of their relationship or an actual or anticipated situation outside their relationship (e.g., job promotion requiring relocation of the family) could compromise the existing equilibrium.

In order to assure inter and intra therapist reliability of mandate coding, all participating clinicians attended two three- hour training sessions animated by the first two authors. The case histories of 10 different couples were coded by all therapists in each session. Perfect inter-clinician agreement was reached on 8 of 10 cases in each session. The elements of each of two cases that led to interobserver inconsistency and the decision rules required to resolve the ambiguity were included in the revised coding manual (Tremblay, 2004). Therapists completed a mandate status form and transmitted it to one of three research assistants (graduate students in clinical psychology or social work) the session after the mandate was first established and transmitted a new form if and when the mandate was renegotiated.

Status at therapy termination. At the completion of therapy, the attending therapist was interviewed by one of the three research assistants (supervised by the second author) in order to categorize each couple into three groups according to the reasons for terminating the sessions: a) the intervention objectives were attained (*completer*); b) the couple decided to separate (*separate*); and c) the couple decided unilaterally to terminate therapy before completion (*premature termination*).

Results

Distribution and changes in therapeutic mandates: Descriptive analyses

Descriptive analyses showed that couples could be classified using the three-category rating system adopted in the present study. More specifically, 45.8% (n = 27) wished to improve an overtly conflictual relationship, 28.8% (n = 17) consulted to remedy a lack of love and/or desire, and 25.4% (n = 15) aimed to improve a specific aspect of an otherwise well functioning relationship. For 12 couples out of 59 (20% of the sample), the therapeutic mandate changed over the course of treatment. Over the course

of treatment, the mandate with these 12 couples was modified to manage clinically significant ambivalence toward the relationship: 6 out of 12 of these couples first sought professional help to improve an overtly conflictual relationship, 4 couples consulted to remedy a lack of love and/or desire and 2 couples wished to change a specific aspect of an otherwise well functioning relationship.

Therapeutic mandates, couple distress and attributions

The association between therapeutic mandate and pre-treatment levels of couple distress and attributions was first studied using analysis of variance. Pre-treatment levels of marital distress were 79.6 ($SD = 12.98$) for men and 79.7 for women ($SD = 10.75$) in the lack of love/desire group, 85.1 ($SD = 13.94$) for men and 85.7 for women ($SD = 13.13$) in the overt conflictual relationship group, and 91.2 ($SD = 10.23$) for men and 90.1 for women ($SD = 11.58$) in the group consulting to change a specific aspect of an otherwise well functioning relationship. Differences between mandates were found for men, $F(2, 56) = 3.26$, $p < .05$, $d = -0.99$, but were marginally significant for women, $F(2, 56) = 2.98$, $p = .059$, $d = -0.93$. A scheffe posthoc comparaisn revealed that men from the lack of love/desire group were more maritally distressed than those from the request for a specific change group.

Overall, in the present sample, the mean level of couple distress was more than one standard deviation below the well-established clinically significant couple distress cut off point of 100 for the DAS (for men, $M = 85.1$, $SD = 13.32$, for women, $M = 85.1$, $SD = 12.51$). Descriptive analyses revealed that 83.1% of the men and 88.1% of the women obtained scores on the DAS that were in the distressed range and all but three couples had at least one spouse below the 100 mark. Finally, 39% of the men and 37.3% of the women posted a DAS score below 80, thus placing them in the very distressed range.

Mean scores on causality attributions were 41.5 ($SD = 10.62$) for men and 46.5 for women ($SD = 9.70$) in the lack of love/desire group, 43.7 ($SD = 10.66$) for men and 46.0 for women ($SD = 11.21$) in the overt conflictual relationship group, and 36.8 ($SD = 17.26$) for men and 41.1 for women ($SD = 15.12$) in the group consulting to change a

specific aspect of an otherwise well functioning relationship. For men and women, there were no significant differences in reports of dysfunctional causality attributions across the three groups of therapeutic mandates. Mean scores on responsibility attributions were 31.3 ($SD = 9.87$) for men and 31.9 for women ($SD = 8.64$) in the lack of love/desire group, 32.7 ($SD = 10.73$) for men and 36.0 for women ($SD = 13.75$) in the overt conflictual relationship group, and 25.1 ($SD = 14.42$) for men and 27.2 for women ($SD = 13.83$) in the group consulting to change a specific aspect of an otherwise well functioning relationship. The difference in responsibility attributions between the lack of love/desire group and the request for a specific change group reached significance for both men and women, $F(2, 56) = 3.75, p < .05, d = 0.65$.

Predictors of termination status

To identify predictors of termination status, three types of analyses were conducted. First, descriptive analyses on the termination status variable were necessary to determine the diversity of couple therapy outcomes in the present study. Second, to shorten the list of potential predictors of termination status, a series of univariate analyses was carried out to compare groups who differed on termination status on demographic variables, the two prognostic indicators of change – couple distress and attributions –, therapeutic mandates, and change in therapeutic mandates. Finally, all variables significantly related to termination status were entered into a logistic regression analysis.

First, descriptive analyses of the status at therapy termination variable showed that 50% ($n = 30$) of the couples terminated therapy upon reaching their objectives, 36% ($n = 21$) terminated therapy prematurely, and 14% ($n = 8$) terminated therapy following separation. Interestingly, for 50% (4 out of 8) of the couples in this last group, the consultant changed the therapeutic mandate over the course of treatment. As for the couples that terminated therapy prematurely, the therapeutic mandate was changed during the course of intervention for 33% (7 out of 21) of them. Finally, for 3% (1 out of 30) of the couples that completed therapy, the mandate changed over the course of treatment. Because there was a low number of couples who terminated therapy following separation, t-tests were used to determine if the couples in this group could be combined

with couples who dropped out of treatment. There were no significant differences between these two groups on any measure (all $ps > .05$). Thus, in subsequent analyses, to increase the power of our analyses, these two groups were collapsed.

Second, t-tests were conducted to shorten the list of predictors of termination status. The results of these analyses showed that treatment completers differed from the group of couples who terminated therapy prematurely or following separation on eight variables. Women who completed treatment were older, $t(58) = 2.14, p < .05$, had a higher annual income, $t(58) = 2.16, p < .05$ and had been living with their current partner for a longer period of time, $t(58) = 2.17, p < .05$. In addition, men who terminated treatment prematurely or following separation showed more couple distress, $t(58) = 2.87, p < .01$, and used more frequently dysfunctional causal, $t(58) = 2.02, p < .05$, and responsibility attributions, $t(58) = 2.01, p < .05$. Finally, therapeutic mandates, $\chi^2(2, N = 59) = 6.78, p < .05$, and change in therapeutic mandate, $\chi^2(1, N = 59) = 10.89, p < .001$, during the course of treatment were also significantly related to termination status.

Third, to determine the comparative predictive value of these variables, they were entered into a logistic regression analysis, using the stepwise method. Termination status was the dependent variable. Change in therapeutic mandate could not be entered into the equation, yielding too many cells with $n < 5$, thus violating the sample adequacy requirement of logistic regression analysis. In fact, the association between change in therapeutic mandate and outcome was so strong (11 out of 12 couples for which the mandate was revised during treatment either terminated prematurely or separated following treatment) that the number of couples in the completers group was not sufficient (i.e., higher than 5) to conduct the analysis with this variable. The regression model obtained explained 49.5% of the variance in termination status, $\chi^2(5, N = 59) = 27.4, p < .001$. Four independent variables significantly predicted termination status (see Table 1). First, as compared to couples in therapy for specific adjustments in the context of an overall well-functioning relationship, couples who requested treatment for an overtly conflictual relationship were significantly less likely ($OR = .087$) to complete treatment. However, no such difference was observed between couples who consulted for a lack of love/desire and those of the same reference group. Second, with each

incremental increase of men's marital satisfaction, couples were more than four times more likely to complete treatment. Third, each incremental increase in women's "distress-maintaining" responsibility attributions was associated with a threefold increase in the odds of treatment completion. Finally, each incremental increase in women's income was associated with a threefold increase in likelihood of couple therapy completion.

Discussion

The results of this feasibility study clearly support the relevance of empirical efforts to delineate distinct and clinically representative therapeutic mandates in couple therapy outcome research. More specifically, the present findings showed that the alleviation of overt relationship conflicts, complaints of emotional drifting, and specific adjustment disorders in well-functioning marriages represent three well distributed, naturally occurring and readily identified mandates in couple therapy as it is practiced in a typical fee-for-service setting. This is an important observation because it is frequently assumed, in outcome studies, that all couples mainly request treatment to alleviate intense relationship distress. Whereas this is the case for a significant portion of the present sample, our results underline that there are other significant types of therapeutic mandates less frequently discussed in the couple therapy efficacy literature. In this context, the present findings could help deter the potentially negative consequences of this still widespread uniformity myth. Treatment planning and outcome assessment efforts can take into account this diversity in therapeutic mandates to increase the clinical representativeness of efficacy studies. From a clinical perspective, the introduction of a system of classification for therapeutic mandates provides a promising description of the overall direction of services that target specific couple needs.

The present findings also openly documented, in a significant portion of the sample, the existence of changes in therapeutic mandates over the course of treatment. Pinsof (2002) convincingly argued that transitions from relationship improvement, to ambivalence resolution or management, and eventually to separation facilitation are legitimate but rarely described therapeutic trajectories. To our knowledge,

this is the first trial in which such transitions are studied. That one fifth of the series experienced a change in mandate from relationship improvement to ambivalence resolution underscores the need to record more rigorously these revisions in couple therapy outcome studies. For now, it is difficult to ascertain whether (1) couples where ambivalence toward the relationship is high but under-expressed, exclude themselves from outcome studies, (2) cases with explicit or implicit ambivalence are excluded from research protocols, (3) treatment manuals are modified to adapt intervention strategies to the specific needs of these couples, or (4) research therapists strictly adhere to manuals' guidelines to alleviate couple distress despite significant levels of ambivalence. Routine reports of these changes would greatly enhance the clinical representativeness of couple therapy outcome studies. In addition, the timing of these changes may also be documented more precisely.

In a preliminary examination of the pre-treatment prognostic indicators of therapeutic mandates, the present findings first suggested that the distribution of couple distress across the three therapeutic mandates was not random. In fact, there was a linear trend for relationship distress to become significantly higher as the mandate went from specific requests for changes in a well functioning relationship, to complaints about emotional drifting, and to the management of overt conflicts. This finding also provides initial support for the need of a more precise classification of mandates in couple therapy research. Second, for men and women, responsibility attributions differentiated among two of the three therapeutic mandate groups. Responsibility attributions were more dysfunctional for the emotional drifting group than for the group of couples requesting specific adjustments. Responsibility attributions scores were even more dysfunctional in the overt conflict group but the difference did not reach significance, potentially because of low statistical power. Thus, different mandates seem associated with distinct psychosocial profiles. These findings are interesting from a clinical point of view because a specific assessment of variables at intake including couple distress and responsibility attributions may help therapists explore more rapidly and specifically with partners the relevance of different therapeutic mandate options.

Finally, our last objective was to examine the predictive validity of therapeutic mandates. Because of the preliminary nature of the study, couple outcome was operationalized via termination status. The results first indicated that 50% of the couples terminated therapy upon reaching their objectives, 36% terminated therapy prematurely, and 14% terminated therapy following separation. These rates appear fairly typical: estimates of clinically significant changes following couple therapy are lower than 50% (Sexton et al., 2004), rates of premature termination as high as 50% are not uncommon (Allgood, Parham, Salts, & Smith, 1995; Ward & McCollum, 2005) and follow up cases of partial remission or limited recovery and relapses abound (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998).

A constellation of demographic, pre-treatment, and treatment characteristics variables were significantly associated with termination status. In couples who completed treatment and attained their objectives, women were older, had a higher annual income, and had been living with their current partner for a longer period of time whereas men were less distressed and used more positive causal and responsibility attributions. It may well be that, for women, age, income and relationship duration provide important social and psychological resources that help them face the challenges of couple treatment: building new skills, becoming more acceptant of differences, etc. For men, affective and cognitive resources might be more important to effectively engage in couple treatment. These results need to be replicated because the literature on predictors of couple treatment completion is sparse (Sexton et al., 2004). As expected, couples who requested treatment for an overtly conflictual relationship were significantly less likely to complete treatment than those consulting for specific relationship adjustments. In addition, changes in therapeutic mandates over the course of treatment were more frequent in cases that resulted in separation or premature termination than in cases of completed treatment. Thus, even if these results should be replicated, changes in mandates may be an early marker of treatment disruption or an indicator that partners are seriously considering union dissolution. A multivariate examination of the comparative predictive power of these variables showed that therapeutic mandate, women's income and responsibility attributions, and men's marital satisfaction made independent contributions to termination status. These variables should be scrutinized in future

predictive studies. Overall, these results suggest that couples who seek to improve their relationship do not all have equal chances of doing so. Eventually, specific prognostic subgroups could be identified prior to intervention.

The present study represents an important first step in the direction of couple therapy outcome studies more closely respecting recent recommendations for clinical representativeness. In fact, our open clinical trial takes into account most of the criteria developed in recent meta-analyses to code clinical representativeness in couple therapy outcome studies (Shadish & Baldwin, 2005; Wright et al., in press): patient problems (e.g., clinically distressed couples), treatment setting (e.g., an outpatient versus a research clinic), referrals (e.g., self-referral or referral by a professional versus recruitment through research advertisement), therapists (e.g., clinic therapists versus doctoral students), structure (e.g., flexible structure determined by therapist or naturally occurring well defined structure versus manualized interventions), monitoring (e.g., no supervision versus supervision and regular feedback), problem heterogeneity (e.g., presence of multiple co-occurring problems versus focal and homogenous problems), pre-therapy training (e.g., treatment as usual versus special training before the beginning of the study), therapy freedom (e.g., application of multiple techniques according to clinical judgment versus fixed protocol), and flexible number of sessions (e.g., unlimited versus limited number of sessions). Using the Wright et al. rating system, the present trial obtained a clinical representativeness score of 9 out of 10. Recent meta-analyses reported scores from 1 to 8.8, with a mean of 4.68 (Shadish & Baldwin, 2005; Wright et al., in press).

Our research design comprised several limitations that should be addressed in future investigations and that require us to interpret our results with caution. First, this preliminary study yielded interesting results regarding the classification of therapeutic mandates that merit further conceptual and data-driven refinements. The first step would be to obtain independent and non biased assessment of interobserver agreement of coding of mandates. In addition, we must examine whether the concept of therapeutic mandate has meaning over and above the pursuit of specific therapeutic objectives and/or the description of specific couple needs or characteristics. The relationship between

mandates and working alliance should also be studied more closely. Second, in our study as in others conducted in a natural environment (Hahlweg & Klann, 1997), it was much easier to gather pre- than post-therapy measures. The absence of post-therapy measures of marital adjustment, attributional and individual functioning limits the conclusions that can be drawn about outcome. For example, conducting comparisons between therapist- and couple-rated goal attainment and results on the basis of established self-report measures would create a variety of opportunities, such as the evaluation of statistical and clinical change and/or effect size. Finally, although our sample size compares favorably to other couple therapy outcome studies (Shadish & Baldwin, 2005; Wright et al., in press), a top priority is to increase the size of the sample in order to avoid collapsing across outcome categories and to permit evaluation of interaction effects with reasonable statistical power.

In closing, despite its limitations, this is one of the first systematic studies to heed recommendations underlined for more than 20 years to enhance clinical representativeness (Addison et al., 2002; Pinsof & Wynne, 1995). The fact that four variables accounted for 50% of the variance in termination status raises our hopes that, some day, evidenced-based couple therapy will be able to supply more than accumulated clinical experience when a couple asks: What are the chances that our relationship can be improved?

Références

- Addison, S. M., Sandberg, J. G., Corby, J., Robila, M., & Platt, J. J. (2002). Alternative methodologies in research literature review: Links between clinical work and MFT effectiveness. *The American Journal of Family Therapy, 30*, 339-371.
- Allgood, S. M., Parham, K. B., Salts, C. J., & Smith, T. A. (1995). The association between pre-treatment change and unplanned termination in family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 23*, 195-202.
- Anderson, S. A., Atilano, R. B., Bergen, L. P., Russell, C. S., & Jurich, A. P. (1985). Dropping out of marriage and family therapy: Intervention strategies and spouses' perceptions. *The American Journal of Family Therapy, 13*, 39-54.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Beach, S. R. H., & Bauserman, S. A. K. (1990). Enhancing the effectiveness of marital therapy. In F. D. Fincham & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 349-374). New York: Guilford Press.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 608-613.
- Carvers, C. S. (1989). How should multifaceted constructs be tested? Issues illustrated by self-monitoring, attributional style, and hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 577-585.
- Christensen, A., Baucom, D. H., Vu, C. T., & Stanton, S. (2005). Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *Journal of Family Psychology, 19*, 6-17.
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples, a contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 457-468.
- Fincham, F. D., Harold, G. T., & Gano-Philips, S. (2000). The longitudinal association between attributions and marital satisfaction: Direction of effects and role of efficacy expectations. *Journal of Family Psychology*, *14*, 267-285.
- Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in Germany: A contribution to health services research *Journal of Family Psychology*, *11*, 410-421.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 85-93.
- Johnson, S. M., & Lebow, J. (2000). The coming of age of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, *26*, 23-38.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *23*, 135-152.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*, 365-384.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2000). Attributions in marriage: State or trait? A growth curve analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 295-309.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M., & Van Der Veer M. M. C. (1995). Low sexual desire in women: the effects of marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *21*, 159-182.
- O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *The American Journal of Psychiatry*, *147*, 183-186.
- Pinsof, W., & Wynne, L. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, *21*, 585-613.

- Pinsof, W. M. (2002). The death of "Till death do us part": The transformation of pair-bonding in the 20th century. *Family process*, 41 (2), 135-157.
- Poitras-Wright, H., & St-Père, F. (2004). Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale [A therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]. Unpublished document.
- Prouty, A. M., Markowski, E. M., & Barnes, H. L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale in marital therapy: An exploratory study. *Family Journal: Counseling & Therapy for Couples & Families*, 8, 250-257.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment*, 2, 333-337.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A.L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In A. E. Bergin & S. S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590-646). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6-14.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Snyder, D. K., Mangrum, L. F., & Wills, R. M. (1993). Predicting couple's response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 61-69.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Tremblay, N. (2004). Une version révisée de la grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale [A revised version of therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]. Unpublished document.

- Vallerand, R. J., & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie trans-culturelle des questionnaires psychologiques : implications pour la psychologie du sport [Towards a trans-cultural methodology in psychological questionnaires: Implications for sport psychology]. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 8, 9-18.
- Waldron, H. B., Turner, C. W., Barton, C., Alexander, J. F., & Cline, V. B. (1997). Therapist defensiveness and marital therapy process and outcome. *The American Journal of Family Therapy*, 25, 233-243.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 207-223.
- Wright, J., & Fichten, C. (1976). Denial of responsibility, videotape feedback and attribution theory: Relevance for behavioral marital therapy. *Canadian Psychological Review*, 17, 219-230.
- Wright J., Sabourin, S., Mondor, J., & McDuff, P. (in press). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process*.
- Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (in press). La psychothérapie de couple: un guide clinique [Couple therapy : A clinical guide]. Presses de l'Université du Québec : Sainte Foy.

Table I

A logistic regression analysis of factors leading to couple therapy completion

	Couple		
	β	<i>SE</i>	Exp (β) (C.I.)
Mandates subgroups			
Conflictual relationship	-2.44	.95**	.087 (.01-.56)
Lack of love/desire	.316	.95	1.37 (.21-8.88)
Relationship adjustment	ref.	ref.	ref.
Men's Marital satisfaction	1.58	.52**	4.83 (1.76-13.30)
Women's Responsibility attributions	1.13	.44*	3.08 (1.30-7.32)
Women's Income	1.12	.44**	3.07 (1.30-7.29)
Logistic regression χ^2		27.38**	

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

Discussion générale

La détresse conjugale est liée à plusieurs problèmes psychologiques et physiques, tant chez les adultes (Kiecolt-Blaser & Newton, 2001; Whisman & Uebelacker, 2003) que chez les enfants (Cummings & Davies, 1994) et peut mener les couples jusqu'à la séparation. Fischer, De Graaf et Kalmijn (2005) ont trouvé que les contacts antagonistes entre les parents après un divorce sont fortement liés à la présence de conflits conjugaux avant la séparation. Le taux de divorce se situe à 43 % aux États-Unis et à 38.3 % au Canada (Johnson, 2003; Statistique Canada, 2003).

La thérapie de couple représente une solution pour diminuer la détresse conjugale. Des méta-analyses ont révélé que cette forme d'intervention est efficace pour régler des conflits conjugaux ou des problèmes de communication (Dunn & Schwebel; 1995; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery; 1995; Shadish & Baldwin, 2003). Les tailles de l'effet trouvées dans ces études variaient entre $d = .52$ et $d = .84$. Une étude a aussi révélé que les couples qui étaient en liste d'attente pour une thérapie ne s'amélioraient pas (Baucom, Hahlweg & Kuschel, 2003). Étant donné les coûts inhérents à la détresse conjugale, il importe d'augmenter nos connaissances sur les couples en détresse ainsi que sur les variables pouvant nuire à l'atteinte des objectifs en thérapie de couple.

Les attributions des conjoints différencient les couples en détresse des couples heureux (Fincham, 1985; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985) et ont été identifiées comme un obstacle potentiel à l'atteinte des objectifs en thérapie de couple (Beach & Bauserman, 1990; Wright & Fichten, 1976). Toutefois, l'impact des attributions sur l'issue de la thérapie de couple n'a pas encore été investiguée (Fincham, 2001), et les attributions des conjoints en lien avec la satisfaction conjugale ont été étudiées presque exclusivement dans des conditions de recherche hautement contrôlées : homogénéité des problématiques, recrutement des participants au moyen des médias dans un milieu de recherche, etc. De la même façon, très peu d'études portant sur l'efficacité de la thérapie conjugale peuvent être qualifiées de cliniquement représentatives (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000; Wright et al., sous presse). Le respect des critères de Wright et al. (sous presse) ainsi que l'inclusion en recherche de la classification par mandats thérapeutiques de Poitras-Wright

et St-Père (2004) pourraient contribuer à augmenter le niveau de représentativité clinique des études d'efficience en thérapie conjugale.

Le premier objectif de cette thèse était d'étayer nos connaissances sur les attributions des conjoints qui consultent en thérapie conjugale. Les corrélats préthérapie des attributions des conjoints ont été investigués dans la première étude, alors que la seconde étude a examiné le lien entre des variables préthérapie, incluant les attributions, et l'issue de la thérapie de couple. Le deuxième objectif de cette thèse était d'augmenter la représentativité clinique en étudiant la classification par mandat thérapeutique de Poitras-Wright et St-Père (2004). La deuxième étude a examiné les sous-groupes de couples consultant en thérapie conjugale en lien avec l'issue de la thérapie. Les sections suivantes aborderont les principaux résultats obtenus dans le cadre de la présente thèse en ce qui a trait aux corrélats des attributions des conjoints préthérapie, à la représentativité clinique, aux mandats thérapeutiques, aux variables liées à l'atteinte des objectifs en thérapie et, aux attributions comme obstacle potentiel en thérapie conjugale. Enfin, les limites de l'étude seront présentées ainsi que des pistes de recherches futures.

Corrélats des attributions des conjoints qui consultent en thérapie

Une recension des écrits, effectuée en introduction de thèse, a révélé que les attributions des conjoints qui consultent en thérapie de couple ont été peu étudiées. Aussi, les conjoints qui consultent en thérapie de couple n'éprouvent pas que de la détresse conjugale mais aussi de la détresse psychologique et des problèmes interpersonnels (Saffrey, Bartholomew, Scharfe, Henderson & Koopman, 2003; Whisman & Uebelacker, 2003). Le premier article, dont l'objectif était d'identifier les corrélats des attributions des conjoints en début de consultation, a révélé que la satisfaction conjugale, la détresse psychologique et certains problèmes interpersonnels étaient liés aux attributions des hommes et des femmes qui consultent en thérapie conjugale. Les implications cliniques et scientifiques de ces corrélations seront explicitées dans les prochains paragraphes.

Dans la première étude, la satisfaction conjugale est ressortie comme étant le corrélat le plus fortement lié aux attributions de l'homme et de la femme. Ce résultat confirme le lien attribution-satisfaction observé dans les études américaines (Fincham, Harold & Gano-Philips, 2000; Karney & Bradbury, 2000) avec un échantillon clinique québécois francophone. De plus, les résultats de la première étude ont montré que la satisfaction conjugale de l'homme était significativement liée aux attributions de causalité de la femme. Ce résultat dyadique va dans le même sens que ceux obtenus par Fincham et Bradbury (1989) et non dans le sens de l'étude de Karney et al. (1994).

Toujours dans le premier article, il est apparu que les attributions des hommes et des femmes n'étaient pas liées aux mêmes problèmes interpersonnels et psychologiques. La première étude a révélé que, chez les hommes, les attributions causales et de responsabilité élevées étaient liées à la détresse psychologique et à la dominance. Il semble donc que, lorsqu'il éprouve de la détresse psychologique, l'homme puisse avoir tendance à davantage percevoir les comportements négatifs de sa conjointe comme étant dus à sa personnalité, comme susceptibles de perdurer dans le futur et comme représentant ce qui se passe dans les autres sphères de la relation de couple. La détresse psychologique n'était pas liée aux attributions des femmes dans la première étude. Ces résultats, additionnés au résultat du premier article à l'effet que les femmes rapportaient plus d'attributions négatives que les hommes, nous amènent à poser l'hypothèse suivante : les attributions des hommes pourraient être davantage émises dans un contexte de détresse psychologique alors que les attributions des femmes pourraient s'inscrire plus dans leur façon d'aborder les relations de couple en général. En ce qui a trait à la dominance, plus les hommes ont rapporté ce problème interpersonnel dans la première étude, plus ils ont eu tendance à percevoir les comportements négatifs de leur conjointe comme étant intentionnels, dus à des motivations égoïstes et à blâmer. Horowitz, Alden, Wiggins et Pincus (2000) décrivent les personnes dominantes comme contrôlantes et manipulatrices. Il semble qu'une perte de contrôle soit menaçante pour ces individus car cela peut les amener à ressentir une perte de dignité, de valeur ou d'estime de soi (Horowitz et al., 2000). Ces données nous amènent à effectuer le postulat clinique suivant : chez les hommes dominants, les attributions de responsabilité

négligées élevées au sujet des comportements négatifs de leurs conjointes pourraient avoir comme fonction de maintenir leur dignité ou leur estime personnelle. Dans la première étude, les femmes avec un problème de sacrifice de soi ont eu tendance à percevoir la cause des comportements négatifs de l'homme comme faisant partie de sa personnalité, comme susceptible d'être présente dans l'avenir et comme représentative de ce qui se passe dans les autres sphères de la relation. Elles ont aussi eu tendance à percevoir les comportements négatifs de l'homme comme intentionnels, motivés par des raisons égoïstes et à blâmer. Selon Horowitz et al. (2000), les personnes ayant un problème de sacrifice de soi se décrivent comme trop généreuses, trop permissives et comme ayant de la difficulté à mettre des limites aux autres. Horowitz et al. (2000) précisent aussi que le problème interpersonnel de sacrifice de soi est hautement affiliatif, c'est-à-dire qu'il implique qu'une grande importance soit accordée aux comportements de l'autre. Selon Baucom (1987) et Bradbury et Fincham (1990), les comportements évalués comme ayant un impact sur soi augmentent les chances d'avoir recours à de l'activité attributionnelle. En ce sens, le résultat dyadique obtenu, entre la satisfaction conjugale de l'homme et les attributions de causalité de la femme dans la première étude, pourrait non seulement s'expliquer par un plus grand nombre d'attributions émises par la femme comparativement à l'homme mais aussi par la présence de problème de sacrifice de soi chez la femme. Plus précisément, le problème de sacrifice de soi de la femme pourrait faire en sorte qu'elle accorde beaucoup d'importance à la satisfaction conjugale de son conjoint.

Enfin, les hypothèses émises suite à la première étude quant au rôle des attributions des hommes et des femmes rejoignent celles de Baucom (1987). Selon Baucom (1987), les attributions ne serviraient pas seulement à prédire l'environnement ou à éviter des comportements aversifs mais auraient d'autres fonctions comme : augmenter l'intimité et le contrôle sur sa vie; protéger son estime de soi et l'image du partenaire ou de la relation. Pour des raisons de puissance statistique, l'étude actuelle s'est concentrée uniquement sur les catégories opposées de problèmes interpersonnels sur le continuum de la dominance (dominant et non affirmatif) et sur le continuum d'affiliation (froid et sacrifice de soi). Il pourrait être pertinent d'analyser l'apport des autres dimensions interpersonnelles de

Horowitz et al. (2000) dans de prochaines études telles : vengeur, inhibé socialement, trop accommodant et intrusif.

Représentativité clinique

La revue de littérature sur l'efficacité de la thérapie conjugale, présentée en introduction de la thèse, a mis en lumière la nécessité d'effectuer davantage d'études cliniquement représentatives. Selon les critères de Wright et al. (sous presse), la deuxième étude de cette thèse s'est méritée un score de représentativité clinique de 9.00/10 et a respecté les cinq critères les moins inclus dans les recherches à ce jour : le type de recrutement ou de référence effectué, le niveau d'expérience des thérapeutes, l'absence de formation à la thérapie fournie par les chercheurs aux thérapeutes avant l'étude, l'absence d'encadrement au niveau des services offerts en thérapie par les chercheurs pendant l'étude, et la flexibilité dans le nombre de sessions offertes et le coût des séances. Ce score de représentativité clinique est supérieur aux 50 études recensées par Wright et al. (sous presse), dont les scores variaient entre 1.11 et 8.80. Le protocole choisi a aussi permis une représentativité clinique élevée au niveau du coût des consultations, de la flexibilité du processus thérapeutique, de la façon de catégoriser tant la réussite en thérapie conjugale que les séparations ou les abandons en cours de thérapie. Ces gains en représentativité clinique seront expliqués dans les prochains paragraphes.

Selon Doherty et Simmons (1996), un sondage mené auprès des thérapeutes conjugaux et leurs clients a révélé que la majorité des services en thérapie conjugale sont offerts dans des conditions où le client paie pour recevoir des services. Les études à ce jour ont démontré que le coût de la thérapie conjugale n'était pas lié au résultat de la thérapie (Ward & McCollum, 2005). Toutefois, les conditions à l'intérieur desquelles ces recherches ont été menées impliquaient un tarif réduit en fonction du revenu des conjoints et, occasionnellement, un rabais additionnel pour la participation à l'étude. Les couples décrits dans la deuxième étude de cette thèse ont payé plein tarif pour recevoir des services dans une clinique spécialisée en thérapie conjugale. Les analyses ont révélé que plus le revenu

de la femme était élevé et plus le couple avait de chance de terminer sa thérapie par une atteinte des objectifs (thérapie complétée). Ce résultat nous amènent à formuler les deux recommandations suivantes : 1- que la structure du paiement de la thérapie soit précisé dans les prochaines études d'efficacité et efficience en thérapie conjugale et 2- que le lien entre le revenu des partenaires et le résultat de la thérapie soit étudié dans divers arrangements cliniquement représentatifs selon la structure de paiement : services gratuits offerts dans des cliniques en environnement clinique réel, des services partiellement subventionnés par l'état, des services où les couples paient plein tarif.

La flexibilité du processus thérapeutique a été peu étudiée à ce jour. Pourtant, Sorenson, Gorsuch & Mintz (1985) ont trouvé que 56% des clients, qui consultent en thérapie conjugale ou familiale, rapportaient des nouveaux problèmes en cours de traitement. En ce sens, les résultats du deuxième article ont révélé qu'un couple sur cinq a changé son mandat de thérapie de couple pour un mandat de remise en question en cours d'intervention. Ce dernier résultat nous amènent à nous questionner sur la notion de critère de réussite en thérapie conjugale pour un mandat de remise en question de la relation.

Dans la présente thèse, la séparation du couple a été considérée comme un résultat de la thérapie au même titre que l'amélioration de la relation conjugale. En effet, une séparation à l'amiable suite à une thérapie conjugale peut être considérée comme une réussite si cela répond aux objectifs (Baucom, 1983) ou au mandat (Poitras-Wright & St-Père, 2004), négocié entre les conjoints et le thérapeute. Dans le cas d'un mandat de remise en question, l'ambivalence peut être résolue soit par une réconciliation, soit par une séparation (Poitras-Wright & St-Père, 2004). La moitié des couples de la deuxième étude qui, en cours de thérapie, ont changé leur mandat initial de thérapie conjugale pour un mandat de remise en question de la relation se sont séparés. Les données recueillies ne nous permettent cependant pas de connaître les conséquences positives et négatives liées aux séparations pour ces couples.

Enfin, en ce qui a trait aux séparations ou abandons, les résultats du deuxième article ont permis de constater que la moitié des couples ont abandonné en cours de

traitement (36 %) ou se sont séparés (14 %). Ces pourcentages semblent élevés mais les études menées dans des conditions semblables ont obtenu des taux d'abandon encore plus élevés, c'est-à-dire variant entre 50 % et 58 % (Allgood, Parham, Salts, & Smith, 1995; Anderson, Atilano, Bergen, Russell & Jurich, 1985; Ward & McCollum, 2005). Des résultats similaires ont été obtenus pour le taux de séparation. En effet, Vansteenwegen (1998) a trouvé que 24 % des couples en thérapie optaient pour la séparation. L'abandon et la séparation sont donc des résultantes fréquentes d'un processus en thérapie conjugale et méritent d'être étudiés plus attentivement.

Mandats thérapeutiques

La classification par mandat thérapeutique de Poitras-Wright et St-Père (2004) a été examinée pour la première fois dans le cadre de la présente thèse. Les résultats concernant les sous-groupes de couples consultant en thérapie, le statut du couple en fin de thérapie en lien avec ces sous-groupes de couple et les changements de mandats en cours de thérapie seront discutés dans les prochains paragraphes.

Le deuxième article a révélé que les sous-groupes de couples consultant en thérapie différaient quant à leur niveau moyen de satisfaction conjugale. Plus précisément, les couples en relation conflictuelle vivaient moins de détresse conjugale que les couples vivant une relation qui s'éteint et, les couples vivant une relation qui s'éteint éprouvaient plus de détresse conjugale que les couples consultant pour un ajustement spécifique. Ces résultats viennent confirmer les observations cliniques de Poitras-Wright et St-Père (2004) et nous renvoient à la complexe notion de succès en thérapie conjugale. En effet, l'amélioration en thérapie des couples consultant pour un ajustement ou pour une relation qui s'éteint risque de n'être que partiellement captée par une mesure de satisfaction conjugale. Les prochaines études pourraient tenter d'évaluer le progrès de ces couples en thérapie par d'autres dimensions que la satisfaction conjugale. Par exemple, les couples consultant pour un ajustement pourraient être évalués selon le progrès observé par rapport à

cet ajustement qui les a amenés en consultation et les couples dont la relation s'éteint pourraient être évalués selon leur niveau d'intimité.

Aussi, le deuxième article a révélé que les couples consultant pour un ajustement avaient plus de chance de compléter la thérapie conjugale que les couples consultant pour une relation conflictuelle. Toutefois, les couples consultant pour un ajustement n'avaient pas plus de chance de compléter la thérapie de couple que les couples consultant pour un manque d'amour/désir. Puisque ces couples ne semblent pas tous avoir la même chance d'atteindre leurs objectifs en thérapie, il est utile de les considérer en sous-groupes de couples qui devront être examinés dans de prochaines études évaluatives en thérapie conjugale.

Enfin, le cinquième des couples de la deuxième étude ont changé leur mandat initial de thérapie conjugale pour un mandat de remise en question de la relation en cours de consultation. Ce résultat constitue le premier appui empirique aux transitions observées en thérapie conjugale et décrites par Pinsof (2002), qui consistent à passer d'une intervention visant à améliorer la relation à une intervention visant à résoudre l'ambivalence. Aussi, les résultats de la deuxième étude ont révélé qu'un changement de mandat en cours de thérapie, pour une remise en question de la relation, était plus fréquent chez les couples qui, par la suite se sont séparés ou ont abandonné la thérapie. Le processus thérapeutique de remise en question mérite d'être étudié plus attentivement afin d'identifier, entre autres, les retombées positives ou négatives des séparations et abandons dans ce contexte.

Variables préthérapie liées à l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale : un modèle dyadique

Le couple est un système où les deux partenaires sont susceptibles de s'influencer et d'influencer le couple (Huston & Robins, 1982). Les analyses statistiques effectuées dans les deux articles de la thèse ont permis de tenir compte des différences entre les deux partenaires et de l'impact des variables des deux partenaires sur le couple. La première étude a en effet révélé que les attributions des hommes et des femmes étaient liées à des

problèmes psychologiques ou interpersonnels distincts et que les attributions de causalité de la femme étaient liées à la satisfaction de l'homme. Suivant ces résultats, la deuxième étude a montré que des variables différentes chez l'homme et la femme augmentaient les chances du couple de compléter la thérapie : le sous-groupe de mandat de thérapie conjugale, la satisfaction conjugale de l'homme, les attributions de responsabilité de la femme et le salaire de la femme. Ces quatre variables ont expliqué 50 % de l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale. Crane, Soderquist et Frank (1995) ont obtenu des résultats similaires avec un modèle visant à prédire le divorce. En effet, le modèle prédisant le mieux le divorce à partir de variables préthérapie incluait autant des variables de l'homme que de la femme. Afin de capter ces effets dyadiques ou « inter-conjoints », nous recommandons de ne pas combiner les scores de l'homme et de la femme en un score global de couple, entres autres pour la satisfaction conjugale, dans les études subséquentes.

Les attributions peuvent-elles nuire à l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale?

Selon Beach et Bauserman (1990) ainsi que Wright et Fichten (1976), les attributions peuvent constituer un obstacle en thérapie conjugale. Karney et Bradbury (2000) ont trouvé, dans une étude longitudinale, que les attributions de causalité et de responsabilité des femmes étaient plus « maladaptatives » dans les unions qui se sont terminés par une séparation que dans ceux qui sont restés intacts. Aucun lien n'a été trouvé pour les hommes. Aucune étude à ce jour a investigué le lien entre les attributions et l'issue de la thérapie conjugale (Fincham, 2001). La deuxième étude fournit de premières pistes de réponses à cette question.

Les résultats de la deuxième étude semblent indiquer que les attributions peuvent constituer un obstacle en thérapie conjugale selon le sexe de l'attributeur. En effet, les résultats de la deuxième étude indiquent que des attributions de responsabilité élevées chez la femme augmentent les chances du couple de compléter la thérapie par une atteinte des objectifs. Il faut savoir que plus les attributions sont élevées et plus l'individu perçoit son ou sa partenaire d'une façon négative (Karney & Bradbury, 2000). Par ailleurs, les résultats

de la deuxième étude indiquent que les hommes appartenant au groupe abandon/séparation rapportaient des attributions significativement plus négatives que les hommes du groupe ayant complété la thérapie. Aucune différence n'a été notée pour les femmes. À l'inverse de Karney et Bradbury (2000), ce sont les attributions des hommes qui étaient liées à une séparation, et non celles des femmes. Au contraire, les attributions négatives des femmes étaient liées à une thérapie complétée par une atteinte des objectifs dans la recherche actuelle.

Ces différences sexuelles quant au lien entre les attributions des conjoints et l'issue de la thérapie pourraient être liées à une variable confondante : les problèmes interpersonnels. Le postulat formulé suite aux résultats obtenus dans la première étude, à l'effet que les attributions négatives des hommes pourraient davantage constituer un obstacle en thérapie que celles des femmes, de par leur association avec un problème interpersonnel de dominance, semble se confirmer dans la deuxième étude. En effet, Horowitz, Rosenberg et Bartholomew (1993) ont trouvé que les individus ayant un problème de sacrifice de soi sont ceux qui s'améliorent le plus en thérapie alors que ceux qui se situent dans les dimensions hostiles et dominantes s'améliorent peu ou pas en thérapie. Se pourrait-il que les problèmes interpersonnels de dominance et de sacrifice de soi aient constitué une variable confondante dans la relation entre les attributions négatives et le statut du couple à la fin de la thérapie? Comme les problèmes interpersonnels n'ont pas été inclus dans la deuxième étude, ces hypothèses devront être vérifiées dans des études ultérieures.

Limites générales

Le défi d'une étude visant un niveau élevé de représentativité clinique consiste à innover afin de traduire la réalité observée en milieu naturel en tentant de conserver une rigueur scientifique élevée. Les limites méthodologiques les plus importantes à surmonter ont été liées à la taille de l'échantillon, à l'absence de mesures post thérapie et aux mesures employées.

Taille de l'échantillon

Contrairement aux études hautement contrôlées où le couple se voit offrir une thérapie par l'entremise d'une équipe de recherche, la recherche en milieu naturel implique le recrutement de couples ayant contacté un professionnel par eux-même (Hahlweg & Klann, 1997; Shadish et al., 2000). Aussi, la recherche en thérapie conjugale implique l'obtention de la participation des deux partenaires et du thérapeute. Les 50 recherches évaluatives en thérapie conjugale recensées par Wright et al. (sous presse) ont recruté en moyenne 44 couples et ont obtenu, en moyenne, un score de représentativité clinique passable. Comparativement au nombre moyen de couples recrutés dans ces 50 études et si on considère le niveau de difficulté lié au recrutement de couples dans les recherches en milieu naturel, le nombre de couples recrutés dans la présente thèse est digne de mention : 165 couples dans le premier article et 59 couples dans le deuxième.

Néanmoins, la taille de l'échantillon de la présente recherche a constitué une limite pour plusieurs raisons. D'abord, seulement l'indice global du questionnaire de détresse psychologique et la moitié des problèmes interpersonnels ont pu être étudiés comme corrélat des attributions des conjoints. Étant donné la relation observée entre les attributions de responsabilité et l'hostilité des femmes de la population générale (Gélinas, Lussier, & Sabourin, 1995), il serait pertinent d'étudier les sous-dimensions de détresse psychologiques comme la dépression, l'anxiété, les problèmes de concentration et l'hostilité en lien avec les attributions des couples qui consultent. De plus, la relation entre le problème interpersonnel vindicatif ou vengeur et la satisfaction conjugale de la femme (Saffrey et al., 2003) nous amène à recommander l'étude du lien entre les autres problèmes interpersonnels et les attributions : vindicatif ou vengeur, inhibé socialement, trop accommodant et intrusif. Ensuite, les couples qui ont abandonné et qui se sont séparés ont dû être combinés dans un même groupe pour des raisons de puissance statistique. Toujours pour des raisons de puissance statistique, le changement de mandat n'a pu être inclus dans la régression logistique visant à expliquer le statut du couple en fin de traitement. Enfin, un nombre insuffisant de couples avec un mandat de remise en question ont pu être recrutés. Il

n'a donc pas été possible de les inclure à l'étude et de les comparer aux couples qui consultaient pour un mandat de thérapie de couple.

L'absence de mesures post thérapie

Hahlweg et Klann (1997) ont documenté la difficulté de recueillir des données post thérapie en recherche clinique. Leur taux d'attrition a été de 49 % et les motifs de retrait de l'étude post thérapie étaient : l'insatisfaction des couples envers la thérapie ainsi qu'une perte de motivation pour la recherche et un oubli de poster les questionnaires chez les thérapeutes (Hahlweg & Klann, 1997). Dans la présente thèse, un très faible pourcentage de questionnaires ont été remplis et retourné après la thérapie (8 %). Par conséquent, il a été impossible de calculer le taux de changement cliniquement significatif et la taille de l'effet dans la deuxième étude. Plusieurs solutions pourraient contribuer à régler ce problème. Certaines de ces solutions ont d'ailleurs déjà été appliquées avec succès dans un nouveau protocole faisant passer le taux de mesures post thérapie complétées par les couples de 8 % à 79 %. Ce nouveau protocole a été mis en place à la suite de la présente recherche. Premièrement, la présente étude avait comme inconvénient d'inclure trop de temps de mesures en cours de traitement. En effet, les couples ont été sollicités lors des première, troisième, sixième, dixième et dernière séances de thérapie. Cette collecte de données, devant servir pour deux thèses, avait pour objectif de mesurer les attributions et l'alliance thérapeutique à plusieurs moments de la thérapie. Aussi, quelques stratégies motivationnelles auprès des cliniciens ont été mises en place afin que les couples complètent les mesures post thérapie, telles : la présence d'un sentiment que la recherche nourrit la pratique clinique, offrir des présentations scientifiques à partir des données de la recherche ainsi que sur d'autres sujets qui intéressent les cliniciens et échanger avec les cliniciens afin de recueillir leurs rétroactions sur la recherche et leurs suggestions. Quoiqu'elles aient contribué à établir un bon partenariat clinicien-chercheur, ces stratégies se sont avérées insuffisantes pour obtenir des données post thérapie. Suite à nos conclusions au niveau de l'obtention de données post thérapie, le nouveau protocole de recherche a modifié la façon de recueillir des données post thérapie et a inclus d'autres

stratégies motivationnelles. Plus précisément, le nouveau protocole s'est limité à deux temps de mesures : au début de la thérapie et à la fin de la thérapie. À la fin des séances, une version courte des questionnaires est administrée aux couples, en leur donnant le choix de remplir ces mesures tout de suite après la thérapie ou plus tard, soit par téléphone ou au moyen de questionnaires papier/crayon, tel que recommandé par Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, et Eldridge (2000). Cette alternative a eu pour avantage de dégager le clinicien de la responsabilité de recueillir les questionnaires post thérapie et a exigé moins de temps des clients. Ensuite, un membre de l'équipe de recherche contacte les couples, tout de suite après qu'ils aient accepté de participer, pour leur expliquer l'étude et ainsi créer un lien personnel avec les clients. Cette dernière stratégie semble avoir eu du succès auprès des clients qui téléphonent parfois eux-mêmes aux membres de l'équipe de recherche pour remplir les questionnaires suite à la thérapie. Éventuellement, ces conditions d'administration des mesures post thérapie et ces stratégies motivationnelles pourraient être étudiées afin d'identifier les composantes d'un bon partenariat chercheur-clinicien, essentiel afin d'obtenir un bon taux de réponse post intervention en milieu clinique (Hahlweg & Klann, 1997; Pinsof & Wynne, 1995).

Les mesures employées

Les questionnaires utilisés dans la recherche étaient auto-rapportés. Ces questionnaires peuvent être biaisés par des efforts conscients ou inconscients des conjoints à répondre de manière plus perturbée ou moins perturbée qu'ils le sont en réalité (Kashy & Snyder, 1995). Malheureusement, les recherches menées jusqu'à date ne nous permettent pas de connaître l'impact de ce biais. Par ailleurs, les questionnaires auto-rapportés ont l'avantage de fournir des informations importantes sur des phénomènes, comme la satisfaction conjugale et les attributions, qui ne sont pas accessibles par des méthodes d'observation (Kashy & Snyder, 1995).

Le choix d'une mesure du statut du couple à la fin des consultations, complétée par le thérapeute, a permis d'obtenir des informations après la thérapie malgré le fort taux d'attrition et de documenter deux fins de traitement courantes et légitimes : l'abandon

prématuré et la séparation du couple. Toutefois, nous ne disposons pas d'information, ni sur le niveau d'amélioration du couple, ni sur la satisfaction des conjoints par rapport à l'issue de la thérapie. Les études indiquent que les clients ont tendance à coter leur amélioration de façon plus élevée que les thérapeutes (Doherty et al., 1996) et que les cotations de l'amélioration en thérapie par le couple et le thérapeute sont significativement liées (Cline, Jacson, Klein, Mejia & Turner, 1985). Bien que la cotation du thérapeute semble l'estimé le plus conservateur, nous recommandons de questionner à la fois les conjoints et le thérapeute sur l'amélioration en thérapie dans les études ultérieures. Enfin, bien que l'accord inter-juge obtenu lors des séances d'entraînement à la cotation des mandats thérapeutiques était acceptable, les résultats obtenus dans la présente thèse devront être confirmés dans des études subséquentes.

Pistes de recherches

Attributions : privées et publiques

Bien que Fincham et Beach (1988) ont démontré que les attributions des conjoints ne diffèrent pas selon que la situation est hypothétique (ex : Le questionnaire sur les attributions des conjoints (RAM) employé dans l'étude actuelle) ou réelle (vécue par le couple), il aurait pu être cliniquement pertinent d'utiliser des situations vécues par le couple pour mesurer les attributions. À cet effet, il aurait été possible de procéder comme Holtzworth-Munroe et Jacobson (1985), qui ont d'abord fait compléter un inventaire des comportements posés par le ou la partenaire pour ensuite sélectionner les 20 comportements les plus fréquemment émis par celui ou celle-ci et les faire coter par les conjoints. Il faut aussi préciser que les attributions, telles que mesurées par le questionnaire de Fincham et Bradbury (1992) sont des attributions privées qui ne sont pas nécessairement verbalisées et non pas des attributions publiques qui sont verbalisées. Comme les attributions publiques (ou verbalisées) sont susceptibles d'avoir un impact sur le ou la partenaire et qu'elles peuvent révéler comment l'attributeur gère ou comprend le comportement de son ou sa partenaire (Bradbury & Fincham, 1990), il pourrait être cliniquement et scientifiquement pertinent de combiner l'étude des attributions privées et

publiques dans une recherche sur les couples en thérapie. Les normes cliniques établies pour le questionnaire de satisfaction conjugale permettent de connaître le niveau de perturbation des couples. Malheureusement, comme il n'existe actuellement pas de normes cliniques pour le questionnaire sur les attributions des conjoints, il n'est pas possible de se prononcer sur le niveau de perturbation clinique des conjoints au niveau des attributions.

Tel que mentionné précédemment, il serait pertinent d'examiner aussi les attributions « publiques » des conjoints. Pour ce faire, les verbatims des séances de thérapies pourraient être cotés par des observateurs. Ainsi, cela permettrait de noter les variations dans le discours des clients qui sont indicateurs d'un changement au niveau des attributions au cours des séances. Dans la même veine, les thérapeutes pourraient être interrogés afin de savoir si certaines des attributions qui auraient été verbalisées pourraient constituer un obstacle à l'atteinte des objectifs et du mandat. Le changement des attributions en thérapie n'a pas beaucoup été étudié (Davidson & Horvath, 1997; Fincham, 2001). Nos résultats indiquent seulement que les attributions de responsabilité élevées de la femme augmentaient les chances du couple de compléter la thérapie par une atteinte des objectifs. Comme l'on ne disposait pas de mesures post au niveau des attributions, il est impossible de savoir si cette relation est dû à un changement au niveau des attributions ou non. Il serait important d'investiguer le changement des attributions en thérapie en lien avec le résultat de la thérapie de couple. Aussi, il serait intéressant de comparer les attributions des couples selon le mandat initial de consultation : remise en question versus thérapie conjugale.

Recherches cliniquement représentatives

Il est important de continuer à étudier l'efficacité de la thérapie conjugale au moyen d'études cliniquement représentatives. Le véritable défi est d'arriver à capter la réalité observée en milieu naturel tout en maintenant une rigueur scientifique élevée. Le respect des conditions de représentativité clinique de Shadish et al. (2000) et de Wright et al. (sous presse) ainsi que l'utilisation de la classification par mandats thérapeutiques de Poitras-Wright et St-Père (2004) vont aider les chercheurs à relever ce défi. Toutefois, d'autres

pistes de solutions méritent d'être envisagées. D'abord, il serait possible d'inclure une variété de mesures post dans les études ultérieures, tels des questionnaires standardisés et des mesures paramétriques, qui seraient remplies autant par les conjoints que par les thérapeutes. À cet effet, Gollan et Jacobson (2002) ainsi que Shadish et al. (1995) suggèrent d'inclure des mesures de bien-être individuel, de psychopathologie et de bien-être des enfants, à la traditionnelle mesure post et de relance de satisfaction conjugale. Aussi, Baucom (1983) recommande de questionner les conjoints à la fin de la thérapie pour savoir si la thérapie de couple a été utile pour eux et, si oui, de quelle façon. Une cotation de l'atteinte des objectifs thérapeutiques et des mandats par les conjoints permettrait de situer le niveau d'amélioration perçu sur une échelle likert comme l'ont fait en partie Hampson, Prince et Beavers (1999) et Ward et McCollum (2005). Ces cotations permettraient de savoir en quoi la thérapie a été utile au couple quelle que soit l'issue de la thérapie (atteinte des objectifs, abandon ou séparation). Étant donné le faible taux de réponse post obtenu dans la présente étude et les résultats de Hahlweg et Klann (1997), nous arrivons à la conclusion que l'administration de mesures post doit être adaptée à la réalité rencontrée en recherche en environnement clinique réel. Notamment, en limitant le nombre de temps de mesure, en administrant des questionnaires post plus courts et, en administrant les questionnaires post thérapie de la façon qui convient le mieux au client, que ce soit par courrier ou par téléphone. De plus, les outils motivationnels contribuant à un bon partenariat chercheur-clinicien méritent d'être documentés et étudiés plus attentivement : établir un contact téléphonique avec les clients dès qu'ils acceptent de participer à l'étude pour leur expliquer la recherche et créer un lien personnel, créer un sentiment que la recherche nourrit la pratique clinique et inversement, offrir des présentations scientifiques à partir des données de la recherche et sur d'autres sujets qui intéressent les cliniciens, échanger avec les cliniciens afin de recueillir leurs rétroactions sur la recherche et leurs suggestions. D'autres outils motivationnels que ceux utilisés dans la présente recherche, comme des bonus en argent versés aux cliniciens et aux couples, devraient aussi être étudiés.

Conclusion

Cette thèse constitue une contribution significative à la recherche à plusieurs niveaux : la confirmation de la satisfaction conjugale comme corrélat des attributions des hommes et des femmes, la découverte des différences entre les hommes et les femmes au niveau des corrélats cliniques des attributions, l'identification de variables qui ont expliqué 50 % de l'atteinte des objectifs en thérapie conjugale, l'intégration des mandats thérapeutiques pour la première fois dans une étude empirique, le respect des conditions cliniquement représentatives souligné par Wright et al. (sous presse) et une documentation des taux d'abandons et de séparation en thérapie conjugale. Quoique cette thèse comprenne des limites, elle se distingue par son grand souci de validité écologique.

La principale conclusion à tirer des résultats de la présente thèse est qu'il est important d'étudier les hommes et les femmes séparément. Le deuxième article a en effet révélé que des variables différentes chez l'homme et chez la femme étaient liées à une thérapie complétée par une atteinte des objectifs : les attributions négatives pour les femmes et la satisfaction conjugale pour les hommes. Les évaluations que les hommes et les femmes font de leur relation conjugale, au moyen des attributions ou de la satisfaction conjugale, pourraient donc avoir une fonction différente dans la relation couple. L'étude des différences sexuelles en thérapie conjugale ne doit pas être vue comme discriminative mais plutôt comme un outil pour aider de façon plus efficace les hommes et les femmes en thérapie.

Les deux articles inclus dans cette thèse ont atteint un objectif principal du doctorat recherche intervention, c'est-à-dire l'intégration de la clinique et de la recherche. Nous espérons cette thèse que va donner la goût à d'autres chercheurs d'effectuer des études cliniquement représentatives.

Bibliographie

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Addison, S. M., Sandberg, J. G., Corby, J., Robila, M., & Platt, J. J. (2002). Alternative methodologies in research literature review: Links between clinical work and MFT effectiveness. *The American Journal of Family Therapy, 30*, 339-371.
- Allgood, S. M., Parham, K. B., Salts, C. J., & Smith, T. A. (1995). The association between pre-treatment change and unplanned termination in family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 23*, 195-202.
- Anderson, S. A., Atilano, R. B., Bergen, L. P., Russell, C. S., & Jurich, A. P. (1985). Dropping out of marriage and family therapy: Intervention strategies and spouses' perceptions. *The American Journal of Family Therapy, 13*(1), 39-54.
- Baucom, D. H. (1983). Conceptual and psychometric issues in evaluating the effectiveness of behavioral marital therapy. *Advances in family intervention, assessment and theory, 3*, 91-117.
- Baucom, D. H. (1987). Attributions in distressed relations : Can we explain them ? In D. Perlman, & S. Duck (Eds.), *Intimate relationships* (pp. 177-206). Newbury Park, CA: Sage.
- Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Kuschel, A. (2003). Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research? *Behavior Therapy, 34*, 179-188.
- Beach, S. R. H., & Bauserman, S. A. K. (1990). Enhancing the effectiveness of marital therapy. In F. D. Fincham, & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 349-374). New York, NY: Guilford Press.
- Bradbury, T. N., & Fincham, F. D. (1990). Attributions in marriage: Review and critique. *Psychological Bulletin, 107*, 3-33.
- Cline, V. B., Jackson, S. L., Klein, N., Mejia, J., & Turner, C. (1985). Marital therapy outcome measured by therapist, client, and behavior change. *Family Process, 26*, 255-268.

- Crane, D. R., Soderquist, J. N., & Frank, R. L. (1995). Predicting divorce at marital therapy intake: A preliminary model. *American Journal of Family Therapy*, 23(3), 227-236.
- Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and children's functioning. *Social Development*, 3(1), 16-36.
- Cummings, E. M., & Davies, P. (1994). *Children and marital conflict*. New York, NY: Guilford Press.
- Davey, A., Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Brody, G. H. (2001). Attributions in marriage: Examining the entailment model in dyadic context. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 721-734.
- Davidson, G. N. S., & Horvath, A. O. (1997). Three sessions of brief couples therapy: A clinical trial. *Journal of Family Psychology*, 11(4), 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.
- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9, 58-68.
- Dutcher, T. D. (1999). A meta-analytic study of marital therapy modalities and clients' presenting problems (Doctoral dissertation. The Union Institute, 1999). *Dissertation Abstract International*, 54, 5940B.
- Fincham, F. D. (1985). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 2. Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 183-190.
- Fincham, F. D. (2001). Attributions in close relationships: From balkanization to integration. In G. J. Fletcher, & M. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology* (pp. 3-31). Oxford: Blackwells.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (1988). Attribution processes in distressed and non distressed couples: 5. Real versus hypothetical events. *Cognitive Therapy and Research*, 12(5), 505-514.

- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Baucom, D. H. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 4. Self-partner attribution differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 739-748.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Nelson, G. M. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 3. Causal and responsibility attributions for spouse behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 71-86.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Bradbury, T. N. (1989). Marital distress, depression, and attributions: Is the marital distress-attribution association an artifact of depression? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 768-771.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1987). The impact of attributions in marriage: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(3), 510-517.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1989). The impact of attributions in marriage: an individual difference analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, *6*, 69-85.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*(3), 457-468.
- Fincham, F. D., Bradbury, T. N., & Scott, C. K. (1990). Cognition in marriage. In F. D. Fincham, & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and implications* (pp. 118-149). New York, NY: The Guilford Press.
- Fincham, F. D., Harold, G. T., & Gano-Philips, S. (2000). The longitudinal association between attributions and marital satisfaction: Direction of effects and role of efficacy expectations. *Journal of Family Psychology*, *14*(2), 267-285.
- Fincham, F. D., & O'Leary, K. D. (1983). Causal inferences for spouses behavior in maritally distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *1*, 42-57.

- Fischer, T. F. C., De Graaf, P. M., & Kalmijn, M. (2005). Friendly and antagonistic contact between former spouses after divorce: Patterns and determinants. *Journal of Family Issues, 26*(8), 1131-1163.
- Gélinas, C., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1995). Adaptation conjugale : le rôle des attributions et de la détresse psychologique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 27*(1), 21-35.
- Goering, P., Lin, E., Campbell, D., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1996). Psychiatric disability in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(9), 564-571.
- Gollan, J. K., & Jacobson, N. S. (2002). Developments in couples therapy research. In H. A. Liddle, D. A. Santisteban, R. F. Levant, & J. H. Bray. *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 105-122). Washington: American Psychological Association.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press.
- Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in Germany : A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology, 11*(4), 410-421.
- Hahlweg, K., & Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy. Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 440-447.
- Hampson, R. B., Prince, C. C., & Beavers, W. R. (1999). Marital therapy: Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*(4), 411-424.
- Hersen, M., Kazdin, A. E., & Bellack, A. S. (Eds.) (1991). *The clinical psychology handbook* (2nd ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1985). Causal attributions of married couples: When do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1398-1412.

- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1988). Toward a methodology for coding spontaneous causal attributions: Preliminary results with married couples. *Journal of Social and Clinical Psychology, 7*, 101-112.
- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (2000). *IIP Inventory of interpersonal problems: Manual*. The Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosemberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 549-560.
- Huston, T. L., & Robins, E. (1982). Conceptual and methodological issues in studying close relationships. *Journal of Marriage and the Family, 44*(4), 901-925.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 351-355.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 497-504.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. 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., Hunsley, J., Greengerg, L., & Schindler, D. (1999). Emotional focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67-79.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2000). Attributions in marriage: State or trait? A growth curve analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 295-309.

- Karney, B. R., Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Sullivan, K. T. (1994). The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(2), 413-424.
- Kashy, D. A., & Snyder, D. K. (1995). Measurement and data analytic issues in couples research. *Psychological assessment, 7*(3), 338-348.
- Kelley, H. H. (1979) . *Personal relationships: Their structures and process*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kiecolt-Blaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 12*, 472-503.
- 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.
- Lussier, Y., Sabourin, S., & Wright, J. (1993). On causality, responsibility and blame in marriage : validity of the entailment model. *Journal of Family Psychology, 7*(3), 322-332.
- Newman, H. M., & Langer, E. J. (1988). Investigating the development and courses of intimate relationships. In L. Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 148-173). New York, NY: Guilford Press.
- Passer, M. W., Kelley, H. H., & Michela, J. L. (1978). Multidimensional scaling of the causes for negative interpersonal behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 951-962.
- Pekarik, G. (1992) . Relationship of client's reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 91-98.
- Pinsof, W. M. (2002). The death of "Till death do us part": The transformation of pair-bonding in the 20th century. *Family Process, 41*(2), 135-157.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 585-613.

- Poitras-Wright, H., & St-Père, F. (2004). Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale [A therapeutic mandate evaluation grid for use in research on the effectiveness of couple therapy]. Unpublished document.
- Saffrey, C. S., Bartholomew, K., Scharfe, E., Henderson, A. J. Z., & Koopman, R. (2003). Self- and partner- perceptions of interpersonal problems and relationship functioning. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*(1), 117-139.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50*, 965-974.
- Senchack, M., & Leonard, K. E. (1993). The role of spouse's depression and anger in the attribution-marital satisfaction relation. *Cognitive Therapy and Research, 17*(4), 397-409.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanism of therapeutic change in family and couple therapy. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646), New York, NY: Wiley.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 547-570.
- 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., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okuwambua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 992-1002.
- 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), 343-358.

- Sorenson, R. L., Gorsuch, R. L., & Mintz, J. (1985). Moving targets: Patient's changing complaints during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Therapy, 53*, 49-54.
- Starfield, B. (1977). Efficacy and effectiveness of primary medical care for children. In *Report of the Harvard health project task force: Vol. 2 Children's medical care needs and treatment* (pp. 71-76). Cambridge, MA: Ballinger.
- Vansteenwegen, A. (1998). Divorce after couple therapy: An overlooked perspective of outcome research. *Journal of Sex and Marital Therapy, 24*, 123-130.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *The American Journal of Family Therapy, 33*, 207-223.
- Weiner, B., Russel, D., & Lerman, D. (1978). An attributional model of achievement strivings, attributions and affective intensity. In J. H. Harvey, W. Ickes, & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (vol. 2, pp. 59-90). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Whisman, M. A., Jacobson, N. S., Fruzzetti, A. E., & Waltz, J. A. (1989). Methodological issues in marital therapy. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 175-189
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2003). Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems. In D. K. Snyder, & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 3-26). New York, NY: Guilford Press.
- Wilson, P. G. (1989). *The effects of marital therapy for the treatment of distressed couples: A quantitative analysis*. Unpublished master's thesis. University of Memphis. Memphis, Tennessee.
- Wright, J., & Fichten, C. (1976). Denial of responsibility, videotape feedback and attribution theory: Relevance for behavioral marital therapy. *Canadian Psychological Review, 17*(3), 219-230.
- Wright J., Sabourin, S., Mondor, J., & McDuff, P. (in press). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process*.

Annexe 1 : Questionnaires utilisés dans la présente thèse

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

- ___ Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais n'importe quoi pour que ça arrive. (1)
- ___ Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise. (2)
- ___ Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise. (3)
- ___ Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver. (4)
- ___ Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation. (5)
- ___ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir. (6)

Veillez lire chaque phrase et encercler la réponse qui décrit le mieux votre état au cours des **7 derniers jours**.

	<u>jamais</u>	<u>de temps</u> <u>en temps</u>	<u>assez</u> <u>souvent</u>	<u>très</u> <u>souvent</u>
1. Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie ?	0	1	2	3
2. Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir ?	0	1	2	3
3. Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique ?	0	1	2	3
4. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ?	0	1	2	3
5. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ?	0	1	2	3
6. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	0	1	2	3
7. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	0	1	2	3
8. Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle ?	0	1	2	3
9. Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud ?	0	1	2	3
10. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avec les "bleus" ?	0	1	2	3
11. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?	0	1	2	3
12. Vous êtes-vous mis(e) en colère contre quelqu'un ou quelque chose ?	0	1	2	3
13. Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac ?	0	1	2	3
14. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?	0	1	2	3
15. Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient ?	0	1	2	3
16. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	0	1	2	3
17. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	0	1	2	3
18. Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ?	0	1	2	3
19. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?	0	1	2	3
20. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle ?	0	1	2	3
21. Avez-vous manqué d'appétit ?	0	1	2	3
22. Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur ?	0	1	2	3
23. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou agité(e) intérieurement ?	0	1	2	3
24. Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours ?	0	1	2	3
25. Avez-vous eu envie de critiquer les autres ?	0	1	2	3
26. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irritable ?	0	1	2	3
27. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?	0	1	2	3
28. Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions ?	0	1	2	3
29. Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles ?	0	1	2	3

Certaines personnes ont rapporté avoir les problèmes suivants en rapport avec autrui. Lisez la liste qui suit, et pour chaque affirmation, considérez si elle a été vraie pour vous, en rapport avec n'importe quelle personne significative dans votre vie. Ensuite, déterminez à quel point la situation est difficile en remplissant le cercle correspondant.

Les affirmations suivantes sont des choses que vous trouvez difficiles à faire avec les autres.

<i>Il est difficile pour moi de :</i>	Pas du tout	Un peu	Modérément	Souvent	Extrêmement
1. Dire non à autrui	0	1	2	3	4
2. Me joindre à un groupe	0	1	2	3	4
3. Garder des choses privées	0	1	2	3	4
4. Dire à quelqu'un d'arrêter de me déranger	0	1	2	3	4
5. Me présenter à de nouvelles personnes	0	1	2	3	4
6. Confronter quelqu'un lorsqu'un problème surgit	0	1	2	3	4
7. M'affirmer face à quelqu'un	0	1	2	3	4
8. Laisser savoir lorsque je suis fâché(e)	0	1	2	3	4
9. Socialiser avec autrui	0	1	2	3	4
10. Faire preuve d'affection envers les autres	0	1	2	3	4
11. Bien m'entendre avec autrui	0	1	2	3	4
12. Être ferme lorsque c'est nécessaire	0	1	2	3	4
13. Ressentir de l'amour pour quelqu'un	0	1	2	3	4
14. Être supportant par rapport aux buts que les autres ont dans leur vie	0	1	2	3	4
15. Me sentir proche des autres	0	1	2	3	4
16. Me soucier sincèrement des problèmes d'autrui	0	1	2	3	4
17. Mettre les besoins d'une autre personne avant les miens	0	1	2	3	4
18. Me sentir bien par rapport au bonheur d'autrui	0	1	2	3	4
19. Demander à d'autres personnes de se joindre à moi dans un contexte social	0	1	2	3	4
20. M'affirmer sans m'inquiéter de blesser les sentiments d'autrui	0	1	2	3	4

Les affirmations suivantes sont des choses que vous faites trop.

21. Je m'ouvre trop facilement à autrui	0	1	2	3	4
22. Je suis trop agressif(ve) avec autrui	0	1	2	3	4

23. J'essaie trop de faire plaisir aux autres	0	1	2	3	4
24. Je désire trop être remarqué(e)	0	1	2	3	4
25. J'essaie trop de contrôler les autres	0	1	2	3	4
26. J'accorde trop souvent plus d'importance aux besoins des autres qu'aux miens	0	1	2	3	4
27. Je suis trop généreux(se) envers autrui	0	1	2	3	4
28. Je manipule trop les autres afin d'obtenir ce que je veux	0	1	2	3	4
29. Je dis trop de choses personnelles à autrui	0	1	2	3	4
30. Je me dispute trop avec d'autres personnes	0	1	2	3	4
31. Je laisse trop les autres profiter de moi	0	1	2	3	4
32. Je suis trop affecté(e) par la misère d'autrui	0	1	2	3	4

Inventory of Interpersonal Problems. Copyright © 2000 by the Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. French translation Copyright © 2004 by the Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Adapted, translated and reproduced by permission. All rights reserved

Tous les couples vivent, à un moment ou à un autre, des situations difficiles ou des désaccords. Ce questionnaire a pour but de mieux nous faire connaître **les raisons** qui, selon vous, expliquent ces situations difficiles. Ce questionnaire présente donc 8 comportements qui peuvent être adoptés par votre conjoint. **Imaginez que celui-ci se comporte de cette façon**, puis lisez les six énoncés qui suivent (**a, b, c, d, e, f**).

Sur l'échelle de 1 à 6 ci-dessous, vous devez encrer UN SEUL chiffre pour indiquer votre niveau d'accord avec chacun des énoncés (**a, b, c, d, e, f**).

1	2	3	4	5	6
Complètement en désaccord	En désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	En accord	Complètement en accord

1. Votre conjoint critique l'un de vos commentaires :

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| a. Son comportement est attribuable à l'un de ses traits de caractère ou à son état d'esprit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. La raison qui a poussé mon conjoint à me critiquer ne changera probablement pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. La raison qui a poussé mon conjoint à me critiquer affecte d'autres aspects de notre mariage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Mon conjoint m'a critiquée intentionnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Son comportement est motivé par de l'égoïsme plutôt que par de l'égard à mon endroit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Mon conjoint mérite d'être blâmé parce qu'il m'a critiquée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

2. Votre conjoint passe de moins en moins de temps avec vous :

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| a. Son comportement est attribuable à l'un de ses traits de caractère ou à son état d'esprit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. La raison qui pousse mon conjoint à passer de moins en moins de temps avec moi ne changera probablement pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. La raison qui pousse mon conjoint à passer de moins en moins de temps avec moi affecte d'autres aspects de notre mariage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Mon conjoint passe de moins en moins de temps avec moi intentionnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Son comportement est motivé par de l'égoïsme plutôt que par de l'égard à mon endroit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Mon conjoint mérite d'être blâmé parce qu'il passe de moins en moins de temps avec moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

3. Votre conjoint ne prête pas attention à ce que vous dites :

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Son comportement est attribuable à l'un de ses traits de caractère ou à son état d'esprit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. La raison qui pousse mon conjoint à ne pas prêter attention à ce que je dis ne changera probablement pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. La raison qui pousse mon conjoint à ne pas prêter attention à ce que je dis affecte d'autres aspects de notre mariage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Mon conjoint ne prête pas attention à ce que je dis intentionnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Son comportement est motivé par de l'égoïsme plutôt que par de l'égard à mon endroit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Mon conjoint mérite d'être blâmé parce qu'il ne prête pas attention à ce que je dis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

4. Votre conjoint est froid et distant :

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Son comportement est attribuable à l'un de ses traits de caractère ou à son état d'esprit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. La raison qui pousse mon conjoint à être froid et distant ne changera probablement pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. La raison qui pousse mon conjoint à être froid et distant affecte d'autres aspects de notre mariage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Mon conjoint est froid et distant intentionnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Son comportement est motivé par de l'égoïsme plutôt que par de l'égard à mon endroit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Mon conjoint mérite d'être blâmé parce qu'il est froid et distant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Ce questionnaire a été élaboré par Fincham et Bradbury (1992) et traduit puis adapté par Nadine Tremblay, John Wright, Yvan Lussier, Stéphane Sabourin, François St-Père et Mario Pelletier.

Annexe 2 : Consentement à la recherche

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

Titre de l'étude: Les facteurs influençant l'efficacité de la thérapie conjugale.

Chercheur responsable: John Wright, Ph.D, Université de Montréal

Objectifs de l'étude: L'objectif principal de notre étude est d'améliorer les connaissances sur l'efficacité de la thérapie conjugale cognitive comportementale, ainsi que de comprendre les facteurs influençant le succès de la thérapie pour améliorer la qualité des services conjugaux offerts.

Modalités de participation: La participation à l'étude demande que vous remplissiez quelques questionnaires à la première, à la troisième, à la sixième, à la dixième et à la dernière entrevue de thérapie. Ceci exigera au plus un total de 45 minutes. Certains questionnaires serviront à mieux évaluer vos difficultés et permettront à votre intervenant de vous offrir une évaluation de meilleure qualité, ainsi qu'une bonne compréhension de vos progrès, de vos difficultés et des changements dans vos besoins au cours de la thérapie. Les résultats de ces questionnaires vous seront remis, ainsi qu'à votre intervenant. D'autres questionnaires serviront à connaître vos impressions sur la thérapie. Les résultats de ces questionnaires ne seront pas remis à votre intervenant pour vous permettre d'exprimer votre opinion de manière franche et sans avoir à vous soucier de la réaction de votre thérapeute.

Conditions de participation: Vous devrez cohabiter depuis au moins un an pour participer à l'étude.

Avantages à participer à l'étude: Vous recevrez un rapport écrit détaillant les résultats des questionnaires remplis, ce qui pourrait vous permettre de mieux saisir vos difficultés. Votre participation sera également utile pour votre thérapeute et permettra une meilleure compréhension et un traitement supérieur des difficultés de votre couple. Par ailleurs, votre participation sera bénéfique pour les couples qui entreprendront une thérapie après vous, tout comme vous bénéficiez de la participation de couples avant vous.

Risques et inconforts: L'étude proposée ne présente aucun risque pour vous et votre couple, le seul désavantage étant le temps requis pour remplir les questionnaires.

Participation volontaire à l'étude: Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez en aviser verbalement votre thérapeute. Soyez assuré, ceci n'affectera aucunement votre thérapie.

Confidentialité: Toutes les données de l'étude seront communiquées à votre intervenant, sauf celles ayant trait à vos impressions sur la thérapie. Par ailleurs, nulle autre personne que votre intervenant et l'assistante de recherche qui émettra vos rapports n'auront accès à vos données. Votre nom ne sera pas entré dans la base de donnée informatisée et vous serez

identifiés par des numéros sur tous les questionnaires, ce qui assurera pleinement votre confidentialité. ^V

Questions sur l'étude: Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez communiquer avec l'assistante de recherche, Salima Mamodhoussen, au numéro suivant: (514) 343-2369. Vos questions ainsi que votre identité seront gardées confidentielles.

Annexe 3 : Matrice de corrélations pour la première étude

Corrélations entre les variables de l'étude du chapitre 1 : Les corrélats des attributions de causalité et de responsabilité des couples qui consultent en thérapie conjugale.

	EADh	ISPh	DOMh	FROID h	SACSh	NAFFh	ATCAh	ATREh
EADh <i>r</i>	1.00	-.313**	-.154	-.320**	-.208**	-.304**	-.274**	-.257**
<i>p</i>		.000	.056	.000	.009	.000	.001	.001
ISPh		1.00	.382**	.211**	.397**	.194**	.249**	.215**
			.000	.007	.000	.013	.001	.006
DOMh			1.00	.327**	.145	.089	.195*	.216*
				.000	.066	.259	.013	.006
FROID h				1.00	.145	.467**	-.003	.071
					.065	.000	.972	.365
SACSh					1.00	.375**	.074	.047
						.000	.0346	.548
NAFFh						1.00	.062	.033
							.430	.676
ATCA Uh							1.00	.587**
								.000
ATRES h								1.00

**p < .01 *p < .05

	EADf	ISPf	DOMf	FROID f	SACsf	NAFFf	ATCAf	ATREF
EADh <i>r</i>	.534**	-.214**	.025	-.066	-.061	-.004	-.351**	-.370**
<i>p</i>	.000	.007	.754	.416	.451	.956	.000	.000
ISPh	-.201*	.295**	.084	.075	.011	-.018	.029	.131
	.014	.000	.284	.340	.887	.821	.709	.096
DOMh	-.181*	-.027	-.003	-.039	-.168*	-.083	-.020	.019
	.028	.732	.972	.627	.032	.294	.803	.812
FROID h	-.222**	.012	.047	.043	-.068	.029	.086	.107
	.007	.884	.551	.558	.390	.717	.273	.174
SACSh	-.104	.070	-.044	.028	-.125	-.049	-.073	-.129
	.211	.373	.579	.728	.112	.532	.351	.101
NAFFh	-.216**	.121	.105	.060	.036	.111	-.029	-.052
	.009	.124	.182	.451	.644	.157	.710	.510
ATCA Uh	-.216**	.160*	.075	.054	-.123	-.079	.223**	.209**
	.008	.040	.341	.493	.117	.315	.004	.007
ATRES h	-.150	-.006	.039	.036	-.032	-.041	.133	.179*
	.067	.939	.618	.649	.683	.601	.089	.021

**p < .01 *p < .05

	EADf	ISPF	DOMf	FROID f	SACSF	NAFFf	ATCAf	ATREF
EADf <i>r</i>	1.00	-.180*	-.060	-.171*	-.126	-.067	-.381**	-.473**
<i>p</i>		.028	.465	.037	.124	.418	.000	.000
ISPF		1.00	.279**	.164*	.405**	.299**	.244**	.201**
			.000	.035	.000	.000	.002	.010
DOMf			1.00	.374**	.217**	.097	.061	.100
				.000	.005	.217	.435	.201
FROID f				1.00	.188*	.305**	.111	.109
					.016	.000	.157	.165
SACSF					1.00	.506**	.172*	.203**
						.000	.027	.009
NAFFf						1.00	.080	.071
							.307	.366
ATCA Uf							1.00	.731**
								.000
ATRES f								1.00

**p < .01 *p < .05