

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PAR ARTICLES PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
ARIANE DALPHOND

FONCTIONNEMENT CONJUGAL ET TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

NOVEMBRE 2015

Composition du jury

Fonctionnement conjugal et Trouble d'anxiété généralisée
Ariane Dalphond

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Audrey Brassard, directrice de recherche
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Patrick Gosselin, directeur de recherche
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Dominique Lorrain, membre du jury
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de
Sherbrooke)

Claude Bélanger, membre du jury
(Département de psychologie, Faculté des sciences humaines, Université du Québec à
Montréal)

Sommaire

Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) constitue l'un des troubles psychiatriques les plus associés à la détresse conjugale. Il serait également lié à l'attachement amoureux et à diverses facettes du fonctionnement conjugal, dont le soutien. Les résultats obtenus à ce jour demeurent toutefois équivoques; certains liens sont observés chez un seul des partenaires, ce qui ne tient pas compte des effets dyadiques. Les différences de sexe n'ont également pas toujours été considérées dans les études recensées, bien que la pertinence de les étudier ait été soulignée. Cette thèse vise à poursuivre l'examen des liens entre, d'une part, les symptômes du TAG et, d'autre part, la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal auprès de couples issus de la population générale (étude 1). Elle vise également à comparer des individus en couple présentant un diagnostic clinique primaire de TAG et des individus en couple sans diagnostic au plan de l'attachement amoureux et de la satisfaction conjugale (étude 2). La thèse comporte deux articles présentant chacune des études menées. Les analyses dyadiques de type acteur-partenaire réalisées dans l'étude 1 révèlent que l'anxiété d'abandon est liée à la tendance à s'inquiéter et aux symptômes somatiques du TAG chez les hommes et les femmes. Elles indiquent aussi que plus les femmes présentent de symptômes somatiques du TAG, moins elles rapportent de soutien conjugal (émis et reçu) et plus elles rapportent une satisfaction conjugale faible (effets acteurs). Des effets partenaires sont également observés. Plus les femmes présentent de symptômes somatiques du TAG, moins leur conjoint présente de soutien émis et reçu et plus les femmes rapportent de symptômes somatiques et d'inquiétudes, moins leur conjoint présente une satisfaction conjugale

élevée. Dans l'étude 2, les analyses de variance révèlent que les individus, hommes ou femmes, souffrant du TAG sont moins satisfaits dans leur relation de couple et présentent davantage d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon que les individus sans trouble anxieux ou trouble associé. Cette thèse appuie les liens bidirectionnels entre les symptômes du TAG et l'insatisfaction conjugale chez les couples de la population générale et a permis de faire ressortir certains liens dyadiques quant à l'attachement et la perception des échanges de soutien entre les partenaires. Elle appuie également la présence de liens entre le fonctionnement conjugal et le TAG retrouvé chez une population clinique. Enfin, cette thèse souligne l'importance de considérer certains éléments du fonctionnement conjugal dans un contexte de thérapie ciblant le TAG. Notamment, les insécurités d'attachement et la qualité du soutien gagneraient à être prises en compte dans l'évaluation et le traitement des symptômes du TAG. De plus, l'implication du conjoint pourrait s'avérer pertinente pour traiter ce trouble.

Mots-clés : satisfaction conjugale, attachement amoureux, soutien conjugal, anxiété généralisée, inquiétudes, couple.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vi
Introduction	1
Premier article. Liens entre les symptômes du Trouble d’anxiété généralisée et la satisfaction conjugale, l’attachement amoureux et le soutien conjugal de couples adultes	16
Introduction au deuxième article.....	54
Deuxième article. Trouble d’anxiété généralisée, satisfaction conjugale et attachement amoureux	58
Conclusion	92
Références	110
Appendice A. Questionnaire socio-démographique étude 1	117
Appendice B. Formulaire de consentement étude 1	121
Appendice C. Questionnaire socio-démographique étude 2	124
Appendice D. Formulaire de consentement étude 2	130

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs de thèse, Audrey Brassard et Patrick Gosselin, pour leur encadrement hors pair. Votre passion pour la psychologie et la recherche, votre rigueur et votre soutien à travers tout mon processus doctoral ont été grandement appréciés. Vos forces et personnalités respectives se sont complétées d'une belle manière et m'ont permis de franchir les étapes sans y perdre trop de plumes.

Par ailleurs, je ne pourrais omettre de remercier l'Université de Sherbrooke et le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) pour leur soutien financier qui a su alléger mon parcours.

Je souhaite également remercier chacun des psychologues que j'ai côtoyés à travers mes stages, mes internats et même dans le cadre d'un emploi en tant que doctorante en psychologie. Merci Marie, Anne, Marc, Julie, Corinne, Valentina, Christiane, Deborah et Alain. Vous avez tous contribué à votre façon à la personne que je suis, personnellement et professionnellement. D'ailleurs, me permettre d'avoir des expériences cliniques auprès de couples et d'une clientèle anxieuse a nécessairement ajouté une richesse à la présente thèse. Un grand merci également à chaque personne qui a contribué à ma collecte de données.

Conjoint, famille et amis, merci pour votre soutien tout au long de mes études.

Votre intérêt à suivre mon cheminement et vos encouragements ont été très appréciés. Enfin, un merci tout spécial à ma chère cohorte qui m'a accompagnée dans cette belle aventure. Au-delà d'un parcours professionnel, ce fut une expérience de vie riche et précieuse à mes yeux que de faire votre connaissance et de partager ces moments avec vous.

Introduction

La qualité des relations conjugales a fait l'objet d'un très grand nombre de recherches (Graham, Liu, & Jeziorski, 2006). Le fait qu'environ 40 % des mariages au Canada se termineraient par un divorce au cours des trente premières années de cette union (Statistique Canada, 2012) et que seulement un tiers des gens mariés se disent très heureux dans leur couple (Snyder, Heyman, & Haynes, 2005) soulèvent la pertinence d'étudier les facteurs associés à la qualité des relations conjugales. De plus, Statistique Canada (2008) rapporte que le taux d'union libre est en hausse et que ce type d'union serait à la base de plus des deux tiers (68 %) des ruptures répertoriées par une enquête sociale réalisée au Québec en 2006 (Statistique Canada, 2007).

Selon plusieurs auteurs, la qualité de la relation de couple serait directement liée au bien-être personnel des partenaires (Proulx, Helms, & Buehler, 2007). En fait, le bien-être émotionnel et le stress conjugal s'influenceraient d'une manière bidirectionnelle (Christensen, 1987). Avoir des problèmes relationnels serait d'ailleurs un des motifs de consultation thérapeutique les plus fréquents (Whisman & Uebelacker, 2006). Plusieurs études montrent également que la détresse conjugale serait associée à la présence de troubles de santé mentale (p. ex., troubles de l'humeur, troubles anxieux, toxicomanie; Overbeek et al., 2006; Whisman, 2007) et même de problèmes de santé physique (p. ex., maladies cardiovasculaires et immunitaires; Kiecolt-Glaser & Newton,

2001). Il apparaît donc essentiel de considérer les problèmes de santé – physiques ou psychologiques – des individus pour améliorer la compréhension des difficultés, tensions ou fragilités dans la relation de couple (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001).

Plus précisément, les troubles d'anxiété ont fréquemment été associés à des difficultés dans le fonctionnement de la relation de couple (Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki, & Baucom, 2008). Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG), qui fera l'objet de la présente thèse, constitue un des troubles psychiatriques les plus fortement associés à l'insatisfaction conjugale (Whisman, Sheldon, & Goering, 2000). La compréhension de ce lien demeure toutefois limitée. Un examen plus poussé serait nécessaire afin de comprendre pourquoi le TAG est si fortement lié à l'insatisfaction dans le couple.

Le TAG se caractérise par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives et incontrôlables, ainsi que par la présence d'au moins trois symptômes somatiques tels l'agitation ou la sensation d'être survolté, la fatigabilité, les difficultés de concentration ou de mémoire, l'irritabilité, les tensions musculaires et la perturbation du sommeil (DSM-5- APA, 2013). L'inquiétude, qui est associée au TAG, est définie par un enchaînement de pensées difficiles à contrôler et dont l'issue est négative et incertaine (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Pour satisfaire les critères diagnostiques du TAG, les inquiétudes et l'anxiété doivent porter sur un certain nombre d'événements ou d'activités, être présentes durant une période d'au moins six mois et altérer le fonctionnement social ou provoquer une souffrance significative (APA, 2013).

Le TAG a une prévalence à vie se situant autour de 4 %, ce qui le place parmi les troubles anxieux les plus fréquents chez l'adulte (Grant et al., 2005; Yoon & Zinbarg, 2007).

Selon une étude de Yoon et Zinbarg (2007), les individus aux prises avec un TAG seraient plus susceptibles d'avoir déjà été mariés ou engagés dans une relation d'intimité que ceux qui ne présentent pas ce trouble. Les auteurs de cette étude avancent que ces résultats sont cohérents avec une dépendance interpersonnelle souvent associée au TAG. Par ailleurs, ils soutiennent que les résultats de leur étude n'excluent en rien la possibilité que les gens présentant un TAG vivraient davantage de détresse conjugale dans leur relation et que celle-ci soit plus à risque de dissolution, tel que proposé par des études antérieures (McLeod, 1994; Kessler, Walters, & Forthofer, 1998). Une revue d'études épidémiologiques et cliniques soutient d'ailleurs que les individus présentant un TAG seraient plus nombreux à être non mariés (célibataire ou en relation de couple hors mariage) ou divorcés que les individus ne présentant pas ce trouble (Mendlowicz & Stein, 2000).

Selon le National Comorbidity Survey Replication (Whisman, 2007), la détresse conjugale serait également associée à une augmentation du risque de souffrir d'un trouble anxieux comme le TAG. Les symptômes du TAG et la dynamique relationnelle dans un couple s'influenceraient probablement d'une manière bidirectionnelle (Dutton, 2001). En ce sens, les symptômes du TAG pourraient précéder l'initiation d'une relation

amoureuse dans la plupart des cas, puisque ceux-ci apparaissent généralement en bas âge, mais les relations stressantes pourraient aussi maintenir, exacerber ou précipiter l'apparition de symptômes du TAG.

Afin d'observer la présence de liens entre le TAG et le fonctionnement conjugal, la présente thèse étudiera, dans un premier temps, les liens entre les symptômes du TAG et la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal de sujets de la population générale. Dans un deuxième temps, la satisfaction conjugale et l'attachement amoureux de gens souffrant d'un TAG seront comparés à un groupe d'individus ne présentant pas de trouble anxieux.

Satisfaction conjugale

De nombreuses recherches ont porté sur la qualité des relations amoureuses et plusieurs se sont penchées sur le concept d'ajustement dyadique (Graham, Liu, & Jeziorski, 2006). Spanier (1976) décrit l'ajustement dyadique comme un processus dynamique dont le résultat est déterminé par des facteurs tels que la satisfaction, la cohésion, les différends non assumés dans le couple, les conflits interpersonnels et le consensus sur les aspects jugés importants pour le fonctionnement du couple. La satisfaction conjugale, une des composantes de l'ajustement dyadique, est définie par Spanier (1976) comme le degré selon lequel chaque partenaire évalue être satisfait de la relation. Ce concept a été étudié à plusieurs reprises (p. ex., Karney & Bradbury, 1995; Bradbury & Lavner, 2012). Sabatelli (1988) précise que la satisfaction conjugale

référerait aux attitudes d'une personne envers son partenaire et son couple. Selon cet auteur, l'unité d'analyse de la satisfaction serait les attitudes et émotions de l'individu et l'objet de l'analyse serait ses impressions subjectives au sujet de sa relation. La satisfaction envers la relation amoureuse constituerait un aspect important de la relation, d'autant plus qu'un faible degré de satisfaction conjugale est associé à des risques plus élevés de rupture amoureuse (Karney & Bradbury, 1995).

Il est reconnu scientifiquement et cliniquement que la présence d'anxiété chez l'un des partenaires est associée à une satisfaction conjugale moindre (Bélanger et al., 2008; McLeod, 1994). En effet, un trouble anxieux pourrait nuire à la qualité de la relation conjugale en influençant la dynamique relationnelle qui prend place entre les partenaires et des difficultés conjugales pourraient également engendrer de l'anxiété (Bélanger et al., 2008). Notamment, les inquiétudes et le besoin de réassurance de la personne anxieuse peuvent l'amener dans une position de dépendance face à son partenaire, ce qui peut éventuellement constituer une dynamique relationnelle insatisfaisante pour l'un ou les deux partenaires du couple. Le conjoint en relation avec une personne anxieuse peut d'ailleurs devenir critique envers son/sa partenaire, ce qui engendrerait une tension dans la relation (Bélanger et al., 2008). De plus, les individus aux prises avec un TAG auraient tendance à être plus intrusifs et demandant dans leur relation (Eng & Heimberg, 2006) et ils présenteraient une détresse et une rigidité interpersonnelle plus grandes à travers différentes situations en comparaison avec les gens ne souffrant pas du trouble (Pincus & Borkovec, 1994). Ils auraient ainsi davantage

de difficulté à maintenir des relations saines et satisfaisantes.

Modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation

Le modèle intégrateur du fonctionnement conjugal de Karney et Bradbury (1995) constitue une façon d'étudier les liens entre le TAG et la satisfaction conjugale. Dans ce modèle, appelé *Vulnérabilité-Stress-Adaptation* (VSA), il y a trois catégories de facteurs explicatifs de la qualité de la relation conjugale, qui elle prédit la stabilité du couple. Ces catégories de facteurs sont les vulnérabilités (c.-à-d., caractéristiques personnelles des partenaires, comme les expériences antérieures ou les traits de personnalité), les événements stressants (c.-à-d., circonstances demandant une adaptation) et les processus d'adaptation (c.-à-d., les mécanismes par lesquels les conjoints font face aux vulnérabilités individuelles et aux stressors; Karney & Bradbury, 1995).

La présente thèse s'intéressera à une vulnérabilité (les insécurités d'attachement de chaque partenaire), un processus adaptatif (le soutien conjugal), ainsi que sur la satisfaction conjugale afin de mieux comprendre quels éléments du fonctionnement de la relation de couple tels que présentés dans le modèle VSA sont susceptibles d'être modulés par les symptômes du TAG. L'attachement amoureux et le soutien conjugal seront définis dans les prochaines sections et la pertinence de se pencher sur ces variables dans le contexte du TAG y sera également présentée.

Attachement amoureux

La théorie de l'attachement décrit l'origine des patrons de relations

interpersonnelles intimes. Selon Bowlby (1982), les interactions répétées de l'enfant avec sa figure d'attachement (la personne qui en prend soin) amèneraient le développement des représentations cognitives de soi et des autres. Ainsi, des soins constants et sensibles amèneraient la sécurité d'attachement (ou style d'attachement sécurisant), se traduisant par une vision positive de soi et des autres. Des soins irréguliers, froids ou inadéquats contribueraient quant à eux au développement de représentations plus négatives traduisant une insécurité d'attachement. Chez les enfants, une vision négative de soi a été associée à un style d'attachement anxieux/ambivalent et une vision négative des autres a été associée à un style évitant (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Une vision négative à la fois de soi et des autres constituerait un style désorganisé (Main, 1990).

La théorie de l'attachement stipule également que la nature et la qualité des liens affectifs développés durant l'enfance guideraient les attentes, les perceptions et les comportements intimes et sociaux tout au long de la vie (Bowlby, 1982). Selon Hazan et Shaver (1987), l'attachement infantile évoluerait graduellement en attachement amoureux à l'âge adulte et le partenaire deviendrait la figure d'attachement. Le style d'attachement développé dans l'enfance demeurerait quant à lui plutôt stable, bien qu'un changement d'environnement et des interactions répétées puissent amener la personne à s'adapter à cette nouvelle expérience et ainsi modifier ses représentations d'attachement (Rothbard & Shaver, 1994).

Selon Brennan, Clark et Shaver (1998) l'attachement adulte pourrait être évalué selon deux dimensions: l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. Ces deux dimensions reflèteraient chacune une forme d'insécurité d'attachement. De faibles niveaux d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité représenteraient donc un attachement sécurisant. Plus précisément, l'anxiété d'abandon se caractérise par la peur de la séparation, de l'abandon et du rejet, reposant sur des représentations négatives de soi comme ayant peu de valeur et ne méritant pas d'être aimé. Cette insécurité est associée à des stratégies d'*hyperactivation* du système d'attachement et se manifeste par une hypersensibilité à la non disponibilité du partenaire et par une recherche constante de réassurance dans l'espoir d'apaiser l'insécurité (Mikulincer & Shaver, 2007). Ayant tendance à s'inquiéter d'être rejetées, les personnes vivant de l'anxiété d'abandon auraient d'ailleurs de la difficulté à être disponibles aux pensées et aux émotions de leur partenaire (Mikulincer & Shaver, 2007). L'évitement de l'intimité se caractérise quant à lui par un inconfort avec l'interdépendance, la proximité et l'intimité psychologique reposant sur des représentations négatives des autres comme étant peu fiables. Cette insécurité d'attachement serait associée à des stratégies de *désactivation* du système d'attachement (p. ex., déni, refoulement) afin de minimiser le sentiment de vulnérabilité et le besoin d'être réconforté par autrui (Mikulincer & Shaver, 2007). Beaucoup d'efforts seraient ainsi mis en place pour conserver une distance émotionnelle et être le plus autonome possible.

Des liens ont été observés entre les insécurités d'attachement et l'anxiété. En

effet, les difficultés interpersonnelles associées au TAG, ainsi que certains processus cognitifs (p.ex. tendance à s'inquiéter pour ses relations, méfiance), suggèrent une insécurité d'attachement (Dutton, 2001). Notamment, les enfants présentant un attachement insécurisant percevraient de plus grandes menaces dans leur environnement que les enfants présentant un attachement sécurisant et ceci affecterait leurs modes relationnels une fois adultes d'une manière similaire à ce qui est retrouvé chez les gens souffrant d'un TAG (Dutton, 2001). De plus, les individus aux prises avec un TAG pourraient vivre davantage de méfiance et d'hypervigilance que ceux ne présentant pas ce trouble (Gasperini, Battaglia, Diaferia, & Bellodi, 1990), ce qui rappelle les représentations et attentes négatives envers les autres associées à l'évitement de l'intimité ainsi que l'hypervigilance sous-jacente à l'anxiété d'abandon (Mikulincer & Shaver, 2007). À ce jour, le rôle des insécurités d'attachement dans le développement ou le maintien du TAG n'a jamais été étudié au sein de la dyade conjugale.

Soutien conjugal

Selon Wills et Shinar (2000), le soutien remplirait diverses fonctions au sein d'une relation, soit le soutien émotionnel (c.-à-d., écoute et compréhension), la validation (c.-à-d., rétroaction sur le caractère approprié ou non des comportements ou sentiments), le soutien instrumental (c.-à-d., aide pratique), le soutien informationnel (c.-à-d., transmission de connaissances pertinentes à la résolution de problème) et le compagnonnage (c.-à-d., partage d'activités ou loisirs avec une autre personne). Le soutien reçu est également reconnu comme facteur de protection contre les effets

négatifs du stress. Selon Cobb (1976), le soutien social protégerait l'individu lors de périodes critiques telles une dépression, une perte d'emploi, etc. Au sein de la relation conjugale, le soutien offert par un partenaire constituerait une des plus importantes sources d'aide dont un individu bénéficie (Beach, Fincham, Katz, & Bradbury, 1996). Le soutien conjugal peut être défini comme l'ensemble d'actions ou d'attitudes de soutien que la personne perçoit fournir à son conjoint et qu'elle perçoit recevoir de celui-ci dans le but de répondre à ses besoins (Brassard, Houde, & Lussier, 2010). La perception du processus adaptatif d'offrir et de recevoir du soutien au sein du couple serait associée à une meilleure satisfaction conjugale (Brassard et al., 2010).

L'anxiété est également reconnue pour être liée à la perception du soutien conjugal (Bélanger, Leduc et al., 2008; Zaider, Heimberg, & Iida, 2010). Selon Bélanger, Leduc et al. (2008), les personnes anxieuses (souffrant d'un TAG ou d'autres troubles anxieux) auraient souvent tendance à rechercher du soutien auprès de leur partenaire. Il arriverait fréquemment que le partenaire non anxieux offre du soutien pendant un certain temps, mais qu'il devienne éventuellement insatisfait et critique. Lorsque la réassurance demandée par la personne anxieuse lui est donnée, cet échange mutuellement consenti constitue un facteur de cohésion pour le couple. Toutefois, un changement dans l'équilibre de la relation peut engendrer du stress et de la détresse conjugale et ainsi alimenter la problématique anxieuse. De plus, certains comportements de soutien prodigués au partenaire anxieux peuvent lui apporter une diminution temporaire des manifestations de son anxiété, tout en alimentant une dépendance conjugale

(déresponsabilisation de la personne anxieuse) qui aurait un effet délétère sur la problématique anxieuse (Bélangier, Leduc et al., 2008). De plus, une étude de Zaidler et al. (2010) soulève que les hommes percevraient moins de soutien de la part de leur conjointe lorsque celle-ci est plus anxieuse. Comme le TAG implique des inquiétudes excessives et difficiles à contrôler, il est possible que les partenaires souffrant de ce trouble soient très préoccupés et ainsi moins disponibles pour leur conjoint. De plus, les personnes aux prises avec un TAG auraient souvent une attitude négative face aux problèmes et percevraient ces derniers comme étant menaçants et sans solution, surtout lorsque le niveau d'inquiétudes est plus élevé (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002). Il est ainsi possible de poser l'hypothèse que les gens souffrant du TAG pourraient chercher à éviter d'aborder les situations problématiques qui les rendent inconfortables, ce qui pourrait teinter le soutien qu'ils offrent à leur partenaire dans les difficultés qu'il vit.

Étudier les manifestations relationnelles du TAG dans un contexte dyadique semble pertinent, notamment puisque les symptômes anxieux peuvent avoir des répercussions sur les deux membres du couple. De plus, les comportements et perceptions des deux conjoints peuvent contribuer à la symptomatologie anxieuse. D'ailleurs, maintes études sur la dépression ont porté sur les deux membres du couple et montré des liens dyadiques entre les symptômes dépressifs et le fonctionnement conjugal (Collins & Feeney, 2000; Whiffen, 2005; Whiffen, Kallos-Lilly, & MacDonald, 2001). Peu d'études ont toutefois tenu compte de la nature dyadique des

liens entre les troubles anxieux et le fonctionnement conjugal, ce qui constitue une limite importante.

Cette thèse visera donc, dans le premier volet, à vérifier si l'intensité des symptômes du TAG présents chez les couples de la population générale est associée à une plus grande insatisfaction conjugale, à davantage d'insécurité d'attachement et à une perception plus faible de soutien reçu et émis. Le deuxième volet de cette recherche doctorale visera à documenter si la présence d'un diagnostic de TAG est associée à davantage d'insatisfaction conjugale et d'insécurité d'attachement. Cet objectif sera atteint en comparant un échantillon clinique d'individus en couple à un échantillon non clinique.

Contribution de l'auteure

La présente thèse a été réalisée par Ariane Dalphond, auteure principale. Sous la supervision d'Audrey Brassard, Ph.D. et de Patrick Gosselin, Ph.D. (directeurs de thèse), elle a réalisé la conception du projet, une partie de la collecte de données et des analyses statistiques, l'interprétation des résultats et la rédaction du contenu de la thèse. L'étude présentée dans l'article 1 a été réalisée en collaboration avec une autre étudiante du doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke, afin d'étudier différentes variables d'un même échantillon. Quant à l'étude présentée dans l'article 2, les données de l'échantillon clinique ont été récoltées en collaboration avec une autre étude en cours portant sur le TAG, alors que l'échantillon contrôle a été recruté pour ce projet par

l'auteure principale.

Le premier article constitue une étude empirique portant sur les liens entre les symptômes du TAG et le fonctionnement conjugal en termes de satisfaction, d'attachement amoureux et de soutien émis et reçu. Cette étude est réalisée sur un échantillon de 160 couples de la population générale et tient compte des différences de sexe et des effets acteurs et partenaires. Les résultats des analyses dyadiques y sont présentés et discutés. Le formulaire de consentement utilisé (voir Appendice B) et le questionnaire socio-démographique (voir Appendice A) figurent à la fin de la présente thèse.

L'article a été soumis pour publication en mai 2015 à la *Revue canadienne des sciences du comportement* et est actuellement en révision. Voici la référence de l'article:

Dalphon, A., Brassard, A., & Gosselin, P. (2015). Liens entre les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée et la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal de couples adultes. *Revue canadienne des sciences du comportement*. Manuscrit en révision.

Le deuxième article constitue une étude empirique sur le fonctionnement conjugal, en termes de satisfaction et d'attachement amoureux, d'individus aux prises avec un TAG. Cette étude est réalisée en comparant un échantillon clinique de 36

individus en couple présentant un TAG primaire à un échantillon contrôle équivalent en terme d'âge et de sexe. Les résultats des analyses comparatives entre ces deux groupes y sont ensuite décrits et discutés. Le formulaire de consentement utilisé (voir Appendice C) et le questionnaire socio-démographique (voir Appendice D) figurent à la fin de la présente thèse.

L'article a été soumis pour publication en mai 2015 à la *Revue européenne de psychologie appliquée* et est actuellement en révision. Voici la référence de l'article:

Dalphond, A., Gosselin, P., & Brassard, A. (2015). Trouble d'anxiété généralisée, satisfaction conjugale et attachement amoureux. *Revue européenne de psychologie appliquée*. Manuscrit en révision.

Il est à noter que, à la suite des corrections demandées par les éditeurs, les versions des deux articles soumis aux revues pourront différer de celles présentées dans cette thèse.

Premier article

Liens entre les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée et la satisfaction conjugale,
l'attachement amoureux et le soutien conjugal de couples adultes

Titre courant: SYMPTÔMES DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET
FONCTIONNEMENT CONJUGAL

**Liens entre les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée et la satisfaction
conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal de couples adultes.**

Ariane Dalphond¹⁻²⁻³

Audrey Brassard¹⁻²

Patrick Gosselin¹⁻³

1-Université de Sherbrooke

2-Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions
sexuelles (CRIPCAS)

3- Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – Centre intégré
universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke (CIUSSS DE L'ESTRIE- CHUS)

Résumé

L'anxiété est reconnue, cliniquement et empiriquement, pour être associée à des difficultés conjugales. Les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée (TAG), dont l'inquiétude excessive et les symptômes somatiques, seraient liés à l'attachement amoureux et à diverses facettes du fonctionnement conjugal comme le soutien. Or, les résultats obtenus à ce jour demeurent équivoques; certains liens sont observés chez un seul des partenaires, ce qui ne tient pas compte des effets dyadiques. Cette étude porte sur les liens entre, d'une part, les symptômes du TAG et, d'autre part, l'attachement amoureux, le soutien conjugal et la satisfaction conjugale selon un devis dyadique. Cent soixante couples de la population générale ont rempli des questionnaires auto-rapportés. Des analyses de type acteur-partenaire révèlent que l'anxiété d'abandon est liée à la tendance à s'inquiéter et aux symptômes somatiques chez les hommes et les femmes (effet acteur). Plus les femmes présentent de symptômes somatiques d'anxiété, moins elles rapportent de soutien conjugal (émis et reçu) et plus leur satisfaction conjugale est faible. Des effets partenaires sont également observés: (a) plus la femme rapporte de symptômes somatiques d'anxiété, moins son conjoint présente de soutien émis et reçu et (b) plus la femme rapporte de symptômes somatiques et d'inquiétudes, plus son conjoint présente une satisfaction conjugale faible. Cette étude montre des liens dyadiques entre les symptômes du TAG et l'insatisfaction conjugale et souligne l'importance du soutien conjugal perçu et de l'attachement et dans la compréhension des symptômes du TAG.

Mots-clés : satisfaction conjugale, attachement amoureux, soutien conjugal, anxiété généralisée, couple.

Liens entre les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée et la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal de couples adultes

Selon des observations cliniques, l'anxiété aurait des effets délétères sur le fonctionnement de la relation de couple (Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki, & Baucom, 2008). Peu d'études ont toutefois documenté l'anxiété comme facteur de risque de la détresse conjugale. Pourtant, cette détresse touche pourtant près des deux tiers des couples mariés (Snyder, Heyman, & Haynes, 2005). Au Canada, 40 % des mariages se termineraient par un divorce au cours des trente premières années de cette union (Statistique Canada, 2012). La prévalence de cette situation contribue notamment à l'importance d'étudier les déterminants de la détresse des couples. Selon Bloom, Asher et White (1978), la qualité de la relation conjugale serait directement liée au bien-être personnel des partenaires. Christensen (1987) soutient que le stress conjugal affecterait le bien-être émotionnel, mais que le bien-être émotionnel affecterait aussi le stress conjugal. Un lien bidirectionnel semble donc exister entre l'anxiété et le fonctionnement conjugal.

Selon les observations de McLeod (1994), les couples dont les conjoints présenteraient tous deux un diagnostic de Trouble d'anxiété généralisée (TAG) auraient tendance à rapporter une moins bonne qualité de leur relation que les couples dont seulement un des deux partenaires ou aucun d'eux ne présente de diagnostic de TAG. Des études empiriques seraient toutefois nécessaires pour appuyer les liens dyadiques observés entre le TAG et la qualité de la relation.

Le TAG est un trouble anxieux qui se définit principalement par la présence

d'inquiétudes (enchaînement de pensées dont l'issue est négative et incertaine; Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983) excessives et incontrôlables, ainsi que par la présence de symptômes somatiques (p. ex., agitation, tensions musculaires, perturbation du sommeil; DSM-5- APA, 2013). Parmi les troubles anxieux, le TAG est un des plus fréquents chez l'adulte avec une prévalence à vie autour de 4 % (Grant et al., 2005; Yoon & Zinbarg, 2007).

Peu d'études ont tenté de comprendre les facteurs ou mécanismes pouvant expliquer que les individus souffrant du TAG présentent des difficultés au plan conjugal. À ce jour, les concepts relationnels de satisfaction conjugale, d'attachement – infantile ou adulte – et de soutien conjugal ont retenu l'attention des chercheurs comme corrélats ou prédicteurs des symptômes du TAG. Toutefois, la majorité des études réalisées ont utilisé une perspective individuelle et peu ont documenté ces corrélats auprès d'un échantillon de couples où la perspective des deux partenaires est prise en compte. La présente étude vise donc à documenter les liens entre les symptômes du TAG et le fonctionnement de la relation de couple, en examinant spécifiquement la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et la perception du soutien conjugal des deux membres du couple.

La satisfaction conjugale et les symptômes du TAG

Définie par Spanier (1976) comme étant le degré selon lequel un individu est satisfait de sa relation de couple, la satisfaction conjugale est une composante cruciale des relations amoureuses. Une faible satisfaction serait par exemple liée à des risques plus élevés de rupture amoureuse (Bradbury & Lavner, 2012). Quelques études ont porté

sur les liens entre cette composante et la présence de symptômes ou d'un diagnostic de TAG. McLeod (1994) observe que les femmes souffrant d'un TAG se disent moins satisfaites de leur mariage comparativement aux femmes présentant un autre trouble ou aux femmes sans diagnostic psychiatrique. Aucune différence n'est toutefois observée pour les hommes. Bien que cette étude ait tenu compte des deux partenaires d'un même couple, l'échantillon a été restreint à des couples mariés et aucune analyse qui tient compte de l'effet d'un individu sur son partenaire (p. ex., *Actor-Partner Interdependence Model* [APIM] : Kenny, 1996) n'a été réalisée. Par ailleurs, les auteurs ont considéré une seule variable du fonctionnement conjugal (la qualité de la relation).

Whisman, Sheldon et Goering (2000) ont pour leur part montré que, parmi neuf diagnostics psychiatriques incluant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles liés à une substance, le TAG s'est avéré le plus fortement corrélé à l'insatisfaction conjugale, et ce, peu importe le sexe des participants. Cette étude a toutefois mesuré les associations avec un échantillon d'individus d'hommes et de femmes de la population clinique, ne tenant pas compte des relations dyadiques possibles entre les partenaires amoureux. Une étude exploratoire soulève quant à elle l'absence de lien significatif entre la satisfaction conjugale et les inquiétudes et symptômes somatiques du TAG (Bélanger, Sénécal et al., 2008). La généralisation de cette étude est toutefois limitée par l'utilisation d'un échantillon étudiant et non clinique. D'ailleurs, une forte proportion des couples ne cohabitait pas ensemble et la durée de leur relation était plutôt courte, ce qui ne permet pas de faire ressortir pleinement les liens possibles entre le TAG et la satisfaction conjugale. Enfin, bien que des différences

de sexe aient été démontrées dans les analyses préliminaires de cette étude, ces différences n'ont pas été prises en considération lors des analyses principales.

L'attachement amoureux et les symptômes du TAG

Selon la théorie de Bowlby (1982), les représentations cognitives de soi et des autres se développeraieent dès l'enfance par les interactions de l'enfant avec sa figure d'attachement (la personne qui en prend soin). La nature et la qualité des liens affectifs primaires guideraient les attentes, les perceptions et les comportements intimes et sociaux tout au long de la vie (Bowlby, 1982). Ainsi, des soins constants et sensibles amèneraient la sécurité d'attachement, se traduisant par une vision positive de soi et des autres. L'attachement infantile évoluerait graduellement en attachement amoureux à l'âge adulte et le partenaire deviendrait la figure d'attachement (Hazan & Shaver, 1987). Le style d'attachement développé dans l'enfance demeurerait plutôt stable, bien qu'une modification des représentations d'attachement soit possible (Rothbard & Shaver, 1994).

À l'âge adulte, l'attachement amoureux pourrait être évalué selon deux dimensions qui reflètent l'insécurité d'attachement: l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). La première serait caractérisée par la peur de l'abandon et du rejet basée sur un faible sentiment de valeur (modèle de soi négatif), tandis que la seconde le serait par un inconfort avec l'interdépendance, la proximité et l'intimité psychologique, reposant sur un modèle négatif d'autrui. De faibles niveaux d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité représentent une sécurité d'attachement. L'anxiété d'abandon susciterait des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement, soit une hypersensibilité à la non disponibilité du partenaire qui se

traduirait par une recherche constante de proximité et de réassurance (Mikulincer & Shaver, 2007). Ayant tendance à craindre le rejet, les personnes vivant de l'anxiété d'abandon auraient de la difficulté à être disponibles aux pensées et aux émotions de leur partenaire (Mikulincer & Shaver, 2007). L'évitement de l'intimité, pour sa part, serait associé à des stratégies de désactivation du système d'attachement visant à nier ou minimiser le sentiment de vulnérabilité et le besoin d'être réconforté (Mikulincer & Shaver, 2007).

Dutton (2001) suggère que le développement du TAG pourrait reposer sur une insécurité d'attachement. En ce sens, il soulève que certains processus cognitifs associés à une insécurité d'attachement seraient similaires à ceux associés au TAG. Notamment, l'auteur mentionne que les enfants présentant un attachement insécurisant percevraient de plus grandes menaces dans leur environnement que les enfants présentant un attachement sécurisant et que ceci affecterait leurs modes relationnels une fois adultes. D'ailleurs, Gasperini, Battaglia, Diaferia et Bellodi (1990) ont identifié qu'une tendance à être méfiant et hypervigilant pouvait caractériser les individus présentant un TAG, ce qui rappelle les représentations et attentes négatives envers les autres sous-jacentes à l'évitement de l'intimité ainsi que l'hypervigilance sous-jacente à l'anxiété d'abandon (Mikulincer & Shaver, 2007).

Une étude conduite chez des clients présentant un TAG comme diagnostic principal appuie d'ailleurs l'association entre l'insécurité d'attachement envers les parents et le TAG (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas, & Borkovec, 2009). Les auteurs ont observé davantage de démonstrations d'insécurité d'attachement chez les

adultes présentant un TAG que chez les adultes non anxieux. Dans cette étude, la sévérité du TAG a fait partie des critères de sélection des participants, mais n'a toutefois pas été considérée lors des analyses. De plus, l'attachement aux parents a été évalué de façon rétrospective, plutôt que l'attachement au partenaire actuel. Une étude exploratoire a aussi été conduite sur les liens entre les symptômes du TAG et l'attachement amoureux auprès d'un échantillon de 697 étudiants universitaires (Matassa et al., 2008). Les résultats montrent que plus les individus présentent un degré élevé d'anxiété d'abandon, plus ils rapportent une tendance à s'inquiéter et des symptômes somatiques du TAG. L'échantillon étudiant limite toutefois la généralisation des résultats. De plus, l'échantillon n'était pas constitué de couples, mais plutôt d'individus vivant ou ayant vécu une relation de couple. À ce jour, aucune étude dyadique n'a porté sur l'attachement amoureux en lien avec le TAG ou ses différents symptômes. Des études dyadiques ont toutefois montré que les insécurités d'attachement d'un conjoint peuvent être liées à la détresse d'un autre conjoint. Notamment, l'évitement de l'intimité de la femme serait associé aux symptômes dépressifs du partenaire (Whiffen, 2005). Il semble donc pertinent de considérer la possibilité que les symptômes du TAG soient également associés aux insécurités d'attachement du conjoint.

Le soutien conjugal et les symptômes du TAG

Le soutien conjugal est défini comme l'ensemble d'actions ou d'attitudes de soutien que la personne perçoit fournir à son conjoint et qu'elle perçoit recevoir de celui-ci dans le but de répondre à ses besoins (Brassard, Houde, & Lussier, 2010). La perception d'offrir et de recevoir du soutien au sein du couple est liée à une meilleure

satisfaction conjugale, autant chez les hommes que chez les femmes (Brassard et al., 2010). Une étude de Zaidar, Heimberg et Iida (2010) montre que les hommes dont les conjointes présentent un trouble anxieux perçoivent moins de soutien et de disponibilité de la part de leur conjointe lorsque le niveau d'anxiété de celles-ci est plus élevé, suggérant que le soutien conjugal soit une variable pertinente à étudier dans le contexte dyadique du TAG. Cette étude n'a toutefois pas tenu compte des symptômes anxieux de l'homme. De plus, les femmes présentaient des troubles anxieux variés, ce qui ne permet pas d'isoler le fonctionnement spécifique des couples aux prises avec le TAG.

Selon les observations cliniques de Bélanger, Leduc et al. (2008), les personnes souffrant d'un TAG ou d'un autre trouble anxieux auraient souvent tendance à rechercher du soutien auprès de leur partenaire. La perception du soutien ainsi obtenu (ou non) pourrait avoir un impact sur la problématique anxieuse. D'ailleurs, le soutien offert par un partenaire peut amener une diminution temporaire de l'anxiété, tout en alimentant le besoin d'être constamment rassuré et la dépendance à l'autre, et ainsi maintenir ou aggraver la problématique anxieuse (Bélanger, Leduc et al., 2008). À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée de façon spécifique sur le lien entre le soutien conjugal et les symptômes du TAG auprès des deux membres du couple.

Limites des études

Bien qu'elles appuient la pertinence de se pencher sur le fonctionnement des couples présentant des symptômes du TAG, la majorité des études recensées n'évalue pas les deux partenaires. Acitelli et Duck (1987) avaient pourtant souligné qu'étudier un seul des partenaires limite la compréhension de la nature dyadique des interactions du couple.

Étudier les liens dyadiques offre effectivement l'avantage d'isoler les effets qui sont produits par un membre du couple sur son partenaire, au-delà des effets qu'il produit sur lui-même. Pour répondre à cette lacune, des données de recherche dyadiques reposant sur le modèle statistique d'interdépendance acteur-partenaire (APIM ; Kenny, 1996) permettent de tenir compte de l'interdépendance entre les membres d'une dyade. Les analyses APIM permettent d'évaluer les effets acteurs (p. ex., l'effet des symptômes anxieux d'un membre du couple sur sa propre satisfaction) en contrôlant pour les effets partenaires (p. ex., l'effet des symptômes anxieux d'un membre du couple sur la satisfaction de son partenaire) et vice versa (Cook & Kenny, 2005). De plus, les corrélations entre les prédicteurs de l'homme et de la femme de la dyade sont prises en considération, de même que les corrélations entre les variables prédites. Une seconde limite des études recensées réside dans le fait que les échantillons de plusieurs études sont exclusivement composés d'étudiants et que ceux-ci sont peu nombreux à cohabiter avec leur partenaire. Interroger des couples de la population générale éviterait que les résultats découlent des caractéristiques propres à l'échantillon (Laurenceau, Barrett, & Rovine, 2005). D'ailleurs, étudier une relation de courte durée ou sans cohabitation ne permettrait pas nécessairement de rendre compte pleinement de la dynamique conjugale qui prend place lorsqu'il y a présence d'un TAG. Enfin, plusieurs auteurs soulignent que le sexe devrait être considéré lors de l'analyse des résultats, considérant les différences hommes-femmes observées (p. ex., Proulx, Helms, & Buehler, 2007; McLeod, 1994). Notamment, McLeod (1994) a soulevé la présence d'un lien entre le TAG et l'insatisfaction conjugale chez les femmes seulement.

Objectifs

L'objectif de la présente recherche est de poursuivre l'étude des liens entre d'une part, les symptômes du TAG et, d'autre part, la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal à l'aide d'un devis dyadique auprès de couples de la population générale. Pour chaque individu (effet acteur), il est attendu que les symptômes (somatiques et la tendance à s'inquiéter) du TAG seront associés négativement à la satisfaction conjugale et à la perception du soutien conjugal (émis et reçu), et seront associés positivement aux insécurités d'attachement amoureux (anxiété d'abandon, évitement de l'intimité). Enfin, puisqu'aucune étude dyadique n'a été réalisée jusqu'à maintenant, l'effet d'un individu sur son partenaire (effets partenaires) et les différences hommes-femmes seront examinés de façon exploratoire.

Méthode

Participants et procédures

Cent soixante couples hétérosexuels de la population générale ont été recrutés. Pour être inclus, ceux-ci devaient être âgés d'au moins 18 ans, cohabiter depuis au moins six mois et lire le français. L'échantillon se compose de 160 femmes dont la moyenne d'âge est de 40,07 ans ($ÉT = 14,13$) et de 160 hommes dont la moyenne d'âge est de 41,75 ans ($ÉT = 14,35$). La durée de leur relation varie entre 1 et 52,5 ans, pour une durée moyenne de 16,73 ans ($ÉT = 13,78$). Quarante-quatre pour cent des couples sont mariés et 55,6 % sont en cohabitation. Près de la moitié (42,5 %) des couples rapportent avoir des enfants à charge ($M = 1,81$ enfant à charge; $ÉT = 0,97$). Chez les femmes, la majorité gagne entre 10 000 \$ et 40 000 \$ (50,6 %) et les niveaux de scolarité les plus

fréquents sont de premier cycle universitaire (29,4 %) ou collégial (27,5 %). Chez les hommes, la majorité gagne entre 25 000 \$ et 55 000 \$ (44 %) et les niveaux de scolarité les plus fréquents sont une formation professionnelle (25 %), collégiale (24,4 %) ou de premier cycle universitaire (22,5 %). La majorité des hommes (62,5 %) et une grande proportion des femmes (45 %) occupent un emploi à temps plein. Enfin, 8,3 % des hommes et 15,5 % des femmes du présent échantillon rencontrent les critères diagnostiques du TAG.

Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'institution des chercheurs. Les couples ont été recrutés à l'aide de publicités dans les médias, ainsi que par la méthode boule de neige. Les conjoints ont reçu la consigne de remplir individuellement, sans se consulter, les questionnaires en version papier ou en ligne sur le site sécurisé *SurveyMonkey.com* (durée : 45 minutes). Les données des partenaires ont été appariées en fonction d'un code alphanumérique. Un formulaire de consentement les informait des buts de l'étude ainsi que des avantages (p. ex., contribution à l'amélioration des connaissances, connaissance accrue de leur couple) et des risques (p. ex., fatigue, malaise découlant de prises de conscience de situations difficiles) pouvant découler de leur participation. Ils ont aussi été informés de leur droit de retrait et des informations relatives à la confidentialité.

Instruments

D'abord, un bref questionnaire sociodémographique visait à recueillir des informations sur les participants (p. ex., âge, scolarité, revenu, statut conjugal). Puis, les cinq questionnaires suivants étaient complétés.

Satisfaction conjugale. La version francophone abrégée du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS : Spanier, 1976; DAS-4 : Sabourin, Valois, & Lussier, 2005) évalue la satisfaction conjugale à l'aide de quatre items se répondant sur une échelle Likert de 6 ou 7 points (selon l'item). L'étendue des résultats de cet instrument varie entre 0 et 21 et un score élevé reflète une plus grande satisfaction envers la relation. Le DAS-4 possède une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,84$) et prédirait mieux la stabilité du couple que la version originale en 32 items (Sabourin et al., 2005). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate pour les hommes ($\alpha = 0,83$) et les femmes ($\alpha = 0,80$).

Attachement amoureux. La version française du questionnaire *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998, traduit par Lafontaine & Lussier, 2003) évalue les deux insécurités d'attachement amoureux (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité). Les 36 items de cet instrument se répondent sur une échelle Likert en sept points et se regroupent en deux sous-échelles : l'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,88$) et l'évitement de l'intimité ($\alpha = 0,88$). Le score moyen peut varier de 1 à 7. Un score élevé sur chacune des dimensions reflète une plus grande insécurité d'attachement. L'ECR présente une bonne validité factorielle (Lafontaine & Lussier, 2003). Au sein du présent échantillon, la fidélité est adéquate pour l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,89$) des hommes, ainsi que pour l'évitement de l'intimité ($\alpha = 0,86$) et l'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,88$) des femmes.

Soutien conjugal. Le *Questionnaire de soutien conjugal* (QSC; Brassard et al., 2010) évalue la perception du soutien émis et reçu dans le couple. Il contient huit items dont la cotation s'effectue sur une échelle Likert en cinq points, pour un score moyen

variant entre 1 et 5. Un score élevé reflète la perception de davantage de soutien émis et reçu. Le QSC présente des propriétés psychométriques satisfaisantes, dont une bonne cohérence interne pour le soutien émis ($\alpha = 0,82$) et reçu ($\alpha = 0,86$), ainsi qu'une validité prédictive adéquate avec la satisfaction conjugale à un an d'intervalle (Brassard et al., 2010). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate pour le soutien reçu des hommes et des femmes ($\alpha = 0,88$), ainsi que pour le soutien émis des hommes ($\alpha = 0,85$) et des femmes ($\alpha = 0,81$).

Tendance à s'inquiéter. La version française du *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borbovec, 1990, traduit par Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freston, 2001), évalue la tendance à s'inquiéter à l'aide de 16 items qui se répondent sur une échelle Likert en cinq points. Le score total peut varier de 16 à 80, un résultat élevé reflétant une tendance à s'inquiéter élevé. Le PSWQ démontre une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et une bonne validité convergente avec le *Questionnaire des domaines d'inquiétudes* (Gosselin et al., 2001). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate pour les hommes ($\alpha = 0,91$) et les femmes ($\alpha = 0,92$).

Symptômes somatiques du TAG. Le *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (QIA; Dugas et al., 2001) évalue les symptômes somatiques du TAG à l'aide de six items se répondant sur une échelle en neuf points. Le score total peut varier de 0 à 88. Un score élevé reflète davantage de symptômes anxieux et une plus grande sévérité de chacun. Cet instrument montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,78$; Freeston et al., 1996) et sa validité convergente a été établie avec la version française du PSWQ

(Gosselin et al., 2001). Au sein du présent échantillon, la fidélité est adéquate pour les hommes ($\alpha = 0,89$) et les femmes ($\alpha = 0,87$).

Résultats

Analyses préliminaires

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives des variables d'anxiété et de fonctionnement conjugal des hommes et des femmes. La majorité des variables présentent des indices d'asymétrie et d'aplatissement inférieurs à 1,00, ce qui suggère une distribution se rapprochant de la normalité. Seuls les indices de l'évitement de l'intimité des femmes, du soutien reçu des hommes et de la satisfaction conjugale des femmes dépassent légèrement le critère retenu. Les données originales ont toutefois été conservées puisque la transformation des variables pour qu'elles présentent une distribution normale n'affectait pas les résultats subséquents.

Des analyses corrélationnelles préliminaires ont été réalisées entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude afin d'identifier des variables contrôles à considérer. Des corrélations significatives ont été trouvées entre l'âge de la femme et ses symptômes somatiques ($r = -0,17, p = 0,029$), sa satisfaction conjugale ($r = -0,20, p = 0,012$), la satisfaction de son partenaire ($r = -0,16, p = 0,041$), son évitement de l'intimité ($r = 0,28, p < 0,001$) et l'évitement de l'intimité de son partenaire ($r = 0,18, p = 0,025$). Des liens significatifs sont aussi obtenus entre l'âge de l'homme et son évitement de l'intimité ($r = 0,16, p = 0,048$), l'évitement de l'intimité de sa partenaire ($r = 0,26, p = 0,001$) et la satisfaction de sa partenaire ($r = -0,18, p = 0,022$), entre le revenu de la femme et l'anxiété d'abandon de son partenaire ($r = -0,16, p = 0,046$), entre

le revenu de l'homme et son soutien émis ($r = -0,24, p = 0,002$) et entre la durée de la relation et les symptômes somatiques de la femme ($r = -0,19, p = 0,020$), l'évitement de l'intimité de la femme ($r = 0,18, p = 0,023$), le soutien émis de l'homme ($r = -0,16, p = 0,045$) et la satisfaction de l'homme ($r = -0,18, p = 0,031$). Puisque ces corrélations correspondent à une taille d'effet faible (Cohen, 1988), il n'a pas été jugé nécessaire de contrôler pour ces variables dans les analyses principales. L'effet du sexe, du statut conjugal, de la scolarité, de l'occupation et de la présence d'enfants ont été évalués à l'aide de MANOVAs à mesures répétées. Seul l'effet du sexe s'est avéré significatif ($F(7,150) = 4,95, p < 0,001, \eta^2 = 0,19$). De façon plus précise, les femmes présentent des scores significativement plus élevés d'inquiétudes, de symptômes somatiques, d'anxiété d'abandon et de soutien émis que les hommes, mais moins d'évitement de l'intimité.

Le Tableau 1 présente également les corrélations de Pearson initiales entre les mesures d'anxiété et de fonctionnement conjugal des hommes et des femmes de l'échantillon. Plusieurs liens significatifs sont observés entre les symptômes somatiques et les variables conjugales, surtout chez les femmes (tailles d'effet variant de faibles à fortes). La tendance à s'inquiéter est associée à moins de variables conjugales que les symptômes somatiques, mais présente également davantage de liens chez les femmes que chez les hommes (tailles d'effet de faibles à fortes). Les variables conjugales sont également corrélées entre elles avec des tailles d'effet de faibles à fortes. Enfin, les scores de fonctionnement conjugal des hommes et des femmes corrélaient fortement entre eux (tailles d'effet de moyennes à fortes), ce qui justifie le recours aux analyses dyadiques (APIM).

Analyses principales

Des analyses dyadiques de régression basées sur le modèle APIM ont été réalisées pour répondre aux hypothèses et questions de recherche. Bien qu'il était attendu que les liens entre les variables étudiées soient bidirectionnels, certaines variables ont été utilisées comme prédicteurs et d'autres comme critères aux fins de l'analyse. Ainsi, les symptômes somatiques et les inquiétudes liés au TAG ont été utilisés comme prédicteurs pour la satisfaction conjugale et le soutien, et comme critères pour les insécurités d'attachement (plan de recherche corrélational). Les variables ont été mises en relation de cette façon puisque les écrits de Dutton (2001) soutiennent qu'au niveau développemental, les troubles anxieux prendraient place après la formation de l'attachement.

Les résultats des analyses pour les effets acteurs et partenaires sont présentés aux Figures 1 à 3. Pour les effets acteurs, l'anxiété d'abandon, mais pas l'évitement de l'intimité, est reliée positivement à la tendance à s'inquiéter et aux symptômes somatiques (voir Figure 1) chez les hommes et les femmes. Puis, plus les femmes présentent de symptômes somatiques d'anxiété, moins elles rapportent de soutien conjugal (émis et reçu; voir Figure 2) et plus leur satisfaction conjugale est faible (voir Figure 3). Quant aux hommes, leurs symptômes somatiques ne sont pas liés au soutien conjugal (émis et reçu), ni à leur satisfaction conjugale. Enfin, la tendance à s'inquiéter n'est pas associée au soutien ni à la satisfaction conjugale, tant pour les hommes que pour les femmes.

De façon exploratoire, quatre effets partenaires se dégagent des analyses.

D'abord, les hommes rapportent moins de soutien (1) émis et (2) reçu lorsque leur conjointe présente davantage de symptômes somatiques d'anxiété (voir Figure 2). Ces liens ne sont pas significatifs chez les femmes, les analyses indiquant que la différence de sexe est significative pour les effets partenaires touchant le soutien émis ($p = 0,002$) et reçu ($p = 0,005$). Ainsi, les liens dyadiques entre les symptômes somatiques et le soutien conjugal émis/reçu diffèrent entre les hommes et les femmes. Les deux autres effets partenaires indiquent que les hommes présentent une plus faible satisfaction conjugale lorsque leur conjointe rapporte de plus hauts degrés (3) de symptômes somatiques et (4) d'inquiétudes (voir Figure 3). Les symptômes somatiques de l'homme ne sont pas liés à la satisfaction conjugale de sa conjointe, ce qui est appuyé par une différence homme-femme dans cet effet partenaire ($p = 0,009$). Toutefois, bien que les inquiétudes de l'homme ne soient pas liées significativement à la satisfaction conjugale de la femme, la différence hommes – femmes n'est pas significative pour cet effet partenaire ($p = 0,28$). Aucun effet partenaire n'a été obtenu pour les insécurités d'attachement.

Discussion

Le but de la présente étude était d'observer les liens dyadiques entre d'une part, les symptômes du TAG et, d'autre part, trois indices du fonctionnement conjugal soient la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal. D'après les résultats obtenus, les symptômes somatiques du TAG de la femme seulement seraient liés négativement à sa satisfaction conjugale, ce qui va dans le sens des travaux de McLeod (1994) qui suggèrent que les femmes qui présentent un diagnostic de TAG

rapportent une plus faible satisfaction conjugale. Les résultats de la présente étude permettent toutefois de préciser que la satisfaction conjugale de la femme qui présente des symptômes du TAG serait seulement liée à la composante somatique de ce trouble et non à la tendance à s'inquiéter. Il est possible que les symptômes somatiques soient une manifestation de l'anxiété qui mine directement la qualité de vie de la femme qui en souffre (p.ex., être plus fatiguée, tendue), tandis que la présence d'inquiétudes serait davantage considérée par celle-ci comme faisant partie de sa personnalité, ce qui susciterait moins d'insatisfaction chez elle. Une femme se sentant mal physiquement pourrait être plus facilement irritée par son partenaire au quotidien, prendre moins plaisir à ses interactions avec lui et percevoir sa relation plus négativement. Enfin, les symptômes somatiques seraient plus susceptibles d'être des irritants pour le couple lorsque les femmes cohabitent avec leur conjoint, ce qui pourrait expliquer la disparité entre les résultats obtenus dans cette étude et ceux de l'échantillon étudiant de Bélanger, Sénécal et al. (2008).

De façon originale, les résultats des analyses exploratoires de cette étude ont montré que les hommes présentent une plus faible satisfaction conjugale lorsque leur conjointe rapporte de plus hauts degrés de symptômes somatiques et d'inquiétudes, ce qu'aucune étude n'a montré avant. Ainsi, il est possible que les plaintes répétitives ou les limites engendrées par les symptômes physiques ainsi que les inquiétudes excessives de la femme soient potentiellement sources de stress, d'irritation ou d'impuissance pour le partenaire qui en est témoin et dont la vie doit être réorganisée en fonction de ces symptômes (p.ex., ne pas faire une activité à cause de la fatigue de sa partenaire ou de

ses inquiétudes). En effet, le TAG serait associé à des difficultés dans le fonctionnement professionnel et social (Mendlowicz & Stein, 2000). D'ailleurs, la satisfaction des hommes reposerait davantage sur les activités faites avec leur partenaire, alors que la satisfaction de la femme serait plutôt affectée par la qualité du soutien émotionnel reçu et par l'intimité (Katz, Beach, Smith, & Myers, 1997). De plus, les hommes seraient généralement moins bien habiletés pour offrir de l'écoute et du soutien émotionnel et pourraient donc se sentir impuissants et impatients face à l'anxiété de leur conjointe, alors qu'il est souvent plus facile et valorisé pour les femmes de soutenir leur partenaire (Kunkel & Burleson, 1999).

Les résultats quant à l'attachement amoureux (effet acteur) ont révélé que l'anxiété d'abandon serait liée à une plus grande tendance à s'inquiéter et davantage de symptômes somatiques du TAG, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Bélanger, Sénécal et al. (2008) et avec les travaux de Dutton (2001) qui suggèrent que la présence de certains symptômes du TAG pourrait reposer sur l'anxiété d'abandon. Selon Dutton, les stressors perçus dans la relation pourraient maintenir ou exacerber les symptômes du TAG. La relation de couple vécue par une personne qui présente de l'anxiété d'abandon serait particulièrement stressante en raison de l'hypervigilance à la disponibilité du partenaire et de la crainte constante du rejet (Mikulincer & Shaver, 2007). En fait, l'anxiété d'abandon se caractérise notamment par la présence d'inquiétudes chroniques par rapport aux relations et de doute de soi. L'anxiété d'abandon serait également souvent accompagnée d'une difficulté à réguler les émotions, ce qui peut se manifester par des symptômes

somatiques (Waller & Scheidt, 2006), ainsi qu'une difficulté à gérer les conflits (Pietromonaco, Greenwood, & Barrett, 2004). Enfin, des difficultés relationnelles pourraient renforcer ou maintenir les inquiétudes et ainsi contribuer au développement ou au maintien du TAG, d'autant plus que les relations seraient un des principaux thèmes d'inquiétudes chez les individus avec un TAG (Holmes & Newman, 2006; Ladouceur, Freeston, Fournier, Dugas, & Doucet, 2002)

La perception des femmes du soutien qu'elles offrent à leur conjoint et qu'elles disent recevoir serait plus faible lorsque celles-ci présentent davantage de symptômes somatiques du TAG. Ces résultats appuient les écrits de Bélanger, Leduc et al. (2008), qui proposent que la présence de symptômes du TAG serait associée à un moins bon fonctionnement de la relation de couple, en termes de perception du soutien. En regard du soutien émis, la femme aux prises avec des symptômes somatiques pourrait se sentir moins disponible à offrir du soutien à son conjoint qu'à l'habitude. Puisque la femme serait généralement plus encline que l'homme à apporter du soutien (Trobst, Collins, & Embree, 1994), elle pourrait également être davantage portée à percevoir la variation dans le soutien offert. Lorsque l'homme présenterait des symptômes somatiques d'anxiété, il est possible que celui-ci soit moins préoccupé par le soutien qu'il reçoit (ou non) de sa partenaire, puisqu'il recherche moins le soutien émotionnel que la femme (Ashton & Fuehrer, 1993). Quant au soutien reçu, il est possible que la femme soit trop centrée sur elle-même et préoccupée par ses symptômes d'anxiété pour percevoir le soutien que son partenaire lui apporte. Il est aussi possible que ses besoins de soutien soient trop grands, l'aide apportée par son conjoint n'étant jamais jugée suffisante. En ce

sens, le conjoint pourrait également se sentir impatient ou impuissant face à une telle demande de soutien et réellement diminuer ses efforts pour répondre au soutien recherché par sa partenaire (Bélanger, Leduc et al., 2008).

De façon exploratoire, les résultats montrent en effet que les hommes rapportent offrir moins de soutien lorsque leur conjointe présente davantage de symptômes somatiques d'anxiété. Tel que mentionné précédemment, l'homme pourrait avoir l'impression d'apporter peu de soutien à sa conjointe, car celle-ci lui signalerait constamment qu'elle en requiert davantage ou encore il pourrait devenir insatisfait après avoir apporté du soutien pendant un certain temps et diminuer réellement le soutien offert à sa partenaire (Bélanger, Leduc et al., 2008). Les résultats révèlent aussi que les hommes disent recevoir moins de soutien de leur conjointe lorsqu'elle rapporte des symptômes somatiques d'anxiété. À cet effet, Zaider et al. (2010) ont montré que la perception de l'homme du soutien qu'il reçoit de sa partenaire anxieuse était plus faible en fonction de l'anxiété de celle-ci, sans toutefois avoir tenu compte de l'anxiété de l'homme ou de la nature des symptômes anxieux. Ces auteurs suggèrent que l'homme percevrait sa conjointe comme étant moins disponible lorsqu'elle est aux prises avec un niveau d'anxiété plus élevé. Il est donc possible de postuler qu'une femme très anxieuse serait plus centrée sur elle-même et moins tournée vers les besoins de son partenaire, donc moins encline à lui apporter du soutien, ce qui contraste avec la tendance naturelle de la femme d'offrir beaucoup de soutien.

En somme, il est possible de constater que les symptômes du TAG de la femme, en particulier ses symptômes somatiques d'anxiété, semblent jouer un rôle plus

prépondérant au sein de la relation du couple (chez elle et chez son partenaire) que les symptômes anxieux de l'homme. Certaines hypothèses peuvent être avancées pour tenter d'expliquer ce constat. Notamment, il est possible que la femme se retrouve davantage envahie et handicapée par les manifestations cognitives (inquiétudes) et physiologiques (p. ex., fatigue, irritabilité, tension) de son anxiété que l'homme et qu'elle ressent et exprime davantage son anxiété que l'homme, ce qui engendrerait un impact plus grand sur le couple lorsque c'est la femme qui serait anxieuse. De plus, l'homme a possiblement davantage tendance à compartimenter son vécu (p.ex., garder la relation de couple exempte du stress du travail) et à tenter de minimiser ou gérer ses difficultés par lui-même. À cet effet, plusieurs auteurs soutiennent que la femme aurait effectivement tendance à employer des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et la recherche de soutien, tandis que l'homme emploierait des stratégies moins relationnelles tels la résolution de problème et l'évitement (Matud, 2004; Porter et al., 2000). Cela pourrait expliquer que l'anxiété de la femme soit vécue négativement par les deux conjoints.

Forces, limites et pistes de recherche future

L'utilisation des analyses dyadiques basées sur le modèle APIM qui considèrent la dyade conjugale et le sexe constitue une force de l'étude. En effet, peu d'études ont été réalisées sur le TAG en contexte conjugal en considérant les deux partenaires et leur apport respectif sur la dynamique conjugale (effets acteurs et partenaires). Les effets significatifs de l'anxiété d'un conjoint sur les perceptions de la relation de l'autre partenaire appuient d'ailleurs la pertinence de poursuivre la recherche sur les variables étudiées en considérant les deux membres du couple. De plus, cette étude a utilisé un

échantillon dyadique de taille relativement grande (160 couples) et présentant une bonne hétérogénéité en termes d'âge, de durée de relation, de revenu et d'occupation, ce qui le rend davantage susceptible d'être représentatif de la population générale.

Cette étude comporte toutefois quelques limites. En effet, les données peuvent être biaisées par la désirabilité sociale des participants puisqu'elles ont été récoltées à l'aide de questionnaires auto-rapportés. De plus, le fait d'utiliser un devis de recherche transversal et corrélational ne permet pas d'identifier des liens de causalité. Il est possible que des difficultés de couple augmentent l'anxiété, tout comme les symptômes anxieux peuvent miner la relation. Enfin, les couples de l'échantillon utilisé pour cette étude se disent particulièrement satisfaits de leur relation et peu anxieux, alors qu'un haut taux de détresse conjugale est rapporté par les couples de la société (Sabourin & Lefebvre, 2008). Il est possible que les couples acceptant de participer à une étude soient différents de ceux qui ne participent pas (ils pourraient par exemple présenter moins de difficultés que la moyenne). Cela soulève donc la possibilité d'une généralisation des résultats limitée.

À la lumière des résultats de cette étude, il serait intéressant de conduire des analyses statistiques acheminatoires afin de permettre l'identification d'effets d'interaction ou de médiation. Considérant que cette étude a révélé peu de liens directs entre la tendance à s'inquiéter et les variables conjugales, il pourrait notamment être pertinent d'évaluer la possibilité que l'inquiétude soit indirectement reliée aux variables conjugales par le biais des symptômes somatiques. Les différences de sexe par rapport aux liens entre l'anxiété et le fonctionnement du couple gagneraient également à être

étudiées davantage puisqu'il semble important d'en tenir compte. Réaliser des entrevues auprès des deux conjoints (devis qualitatif) pourrait d'ailleurs être intéressant pour explorer les subtilités des manifestations conjugales de l'anxiété chez les hommes et les femmes pour en dégager des pistes explicatives. Autrement, faire une étude longitudinale ou utiliser des journaux quotidiens pourrait permettre de préciser la direction des liens (causalité). L'utilisation de journaux quotidiens pourrait effectivement permettre de documenter la séquence des observations et établir, par exemple, si l'anxiété semble contribuer à l'insatisfaction conjugale ou si c'est plutôt l'inverse qui se produit. Enfin, il serait pertinent de reproduire les résultats de cette étude auprès d'une population clinique afin de faire ressortir davantage la force des liens entre les symptômes du TAG et le fonctionnement conjugal. Il serait d'ailleurs important d'étudier un échantillon d'individus ayant reçu un diagnostic de TAG afin de s'assurer que les symptômes évalués découlent bel et bien du TAG plutôt qu'être attribuables à un autre trouble psychologique ou à une période de stress temporaire. En effet, seul un faible pourcentage des individus constituant l'échantillon de la présente étude rencontrait les critères diagnostiques du TAG.

Implications cliniques

Cette étude aura permis de documenter la présence de liens entre les symptômes du trouble d'anxiété généralisée et le fonctionnement conjugal en termes de satisfaction, de soutien et d'attachement sous un angle dyadique. Notamment, mettre en lumière les liens entre l'anxiété d'abandon et les symptômes du TAG sensibilisera les cliniciens à la pertinence d'adresser les insécurités d'attachement dans le traitement d'un couple dont

un conjoint présente des symptômes de ce trouble. Selon Priest (2013), la thérapie de couple centrée sur les émotions (Emotionally Focused Therapy, EFT; Greenberg & Johnson, 1988), qui prend racine dans la théorie de l'attachement, pourrait aider les couples à comprendre et changer les cycles interactionnels qui maintiennent et exacerbent l'anxiété. Cette étude aura également mis en lumière le rôle des symptômes anxieux de la femme sur la satisfaction et le soutien conjugal perçu par les deux membres du couple, ce qui devrait être pris en compte en thérapie de couple. Par exemple, un clinicien qui reçoit des plaintes par rapport au soutien reçu par l'un des conjoints pourrait explorer en quoi les symptômes d'anxiété, de la femme en particulier, contribuent à ce que les conjoints se sentent peu soutenus dans leur relation ou soient moins enclins à offrir du soutien.

Références

- Acitelli, L. K., & Duck, S. (1987). Intimacy as the proverbial elephant. Dans D. Perlman, & S. Duck (Éds), *Intimate relationships* (pp. 297-308). Beverly Hills, CA: Sage.
- Ashton, W. A., & Fuehrer, A. (1993). Effects of gender and gender role identification of participant and type of social support resource on support seeking. *Sex Roles, 28*, 461-476.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e éd. Washington, DC: APA.
- Bélangier, C., Leduc, A. G., Fredman, S., El-Baalbaki, G., & Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux : Évaluation et intervention. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 507-539). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bélangier, E., Senécal, J., Dupuy, E., Matassa, C., Gosselin, P., & Brassard, A. (2008, Mars). *Symptômes et facteurs cognitifs de l'anxiété généralisée en lien avec le fonctionnement conjugal chez les jeunes adultes en couple*. Communication présentée au Congrès de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie (SQRP), Trois-Rivières, Québec.
- Bloom, B. L., Asher, S. J., & White, S. W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin, 85*, 867-894.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research Therapy, 21*, 9-16.

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. New York: Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969).
- Bradbury, T. N., & Lavner, J. A. (2012). Why do even satisfied newlyweds eventually go on to divorce? *Journal of Family Psychology, 26*, 1-10.
- Brassard, A., Houde, F., & Lussier, Y. (2010). Élaboration et validation du Questionnaire de soutien conjugal (QSC). *Revue canadienne des sciences du comportement, 43*, 69-77.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L., & Borkovec, T. D. (2009). Generalized Anxiety Disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy, 40*, 23-38.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). New York: Academic Press.
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor-partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development, 29*, 101-109.
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. Dans K. Hahlweg, & M. J. Goldstein (Éds), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp. 250-265). New York: Family Process.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., &

- Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 11*, 31-36.
- Dutton, S. (2001). *Marital relationship functioning in a clinical sample of generalized anxiety disorder clients* (Thèse de doctorat inédite). University of Maryland.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Blais, F., & Ladouceur, R. (1996). Physical symptoms associated with worry in a nonclinical population. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 365-377.
- Gasparini, M., Battaglia, M., Diaferia, G., & Bellodi, L. (1990). Personality features related to Generalized Anxiety Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 363-368.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale, 27*, 475-484.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine, 35*, 1747-1759.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.

- Holmes, M., & Newman, M. G. (2006). Generalized Anxiety Disorder. Dans M. Hersen, & J. C. Thomas (Éds), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (pp. 101-120). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Katz, J., Beach, S. R. H., Smith, D. A., & Myers, L. B. (1997). Personality and the marital context: The case for interactive conceptualizations of needs for spousal support. Dans G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Éds), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 257-278). New York: Plenum.
- Kenny, D. A. (1996). Models of nonindependence in dyadic research. *Journal of Social and Personal Relationships, 13*, 279-294.
- Kunkel, A. W., & Burleson, B. R. (1999). Assessing explanations for sex differences in emotional support: A test of the different cultures and skill specialization accounts. *Human Communication Research, 25*, 307-340.
- Lafontaine, M-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Revue canadienne des sciences du comportement, 35*, 56-60.
- Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Rovine M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 19*, 314-323.
- Matassa, C., Dupuy, E., Bélanger, E., Sénécal, J., Brassard, A., & Gosselin, P. (2008, Mars). *Attachement amoureux et anxiété généralisée chez les jeunes adultes*. Communication présentée au Congrès de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie (SQRP), Trois-Rivières, Québec.

- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37*, 1401-1415.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 767-776.
- Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*, 669-682.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D., & Barrett, L. F. (2004). Conflict in adult close relationships: An attachment perspective. Dans W. S. Rholes & J. A. Simpson (Éds), *Adult attachment: New directions and emerging issues* (pp. 267-299). New York: Guilford Press.
- Porter, L. S., Marco, C. A., Schwartz, J. E., Neale, J. M., Shiffman, S., & Stone, A. A. (2000). Gender differences in coping: A comparison of trait and momentary assessments. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 480-498.
- Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with Generalized Anxiety Disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 12*, 22-37.
- Proulx, C., Helms, M., & Buehler, H. M. (2007). Marital quality and personal well-

- being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593.
- Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the lifespan. Dans M. B. Sperling (Éd.), *Attachment in adulthood: Clinical and developmental perspectives* (pp. 31-71). New York: Guilford Press.
- Sabourin, S., & Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 15-97). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17, 15-27.
- Snyder, D. K., Heyman, R. E., & Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment*, 17, 288-307.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28.
- Statistique Canada (2012). Les causes de divorce traitées par les tribunaux civils en 2010-2011. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11634-fra.pdf>
- Trost, K. K., Collins, R. L., & Embree, J. M. (1994). The role of emotion in social support provision: Gender, empathy and expressions of distress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 45-62.

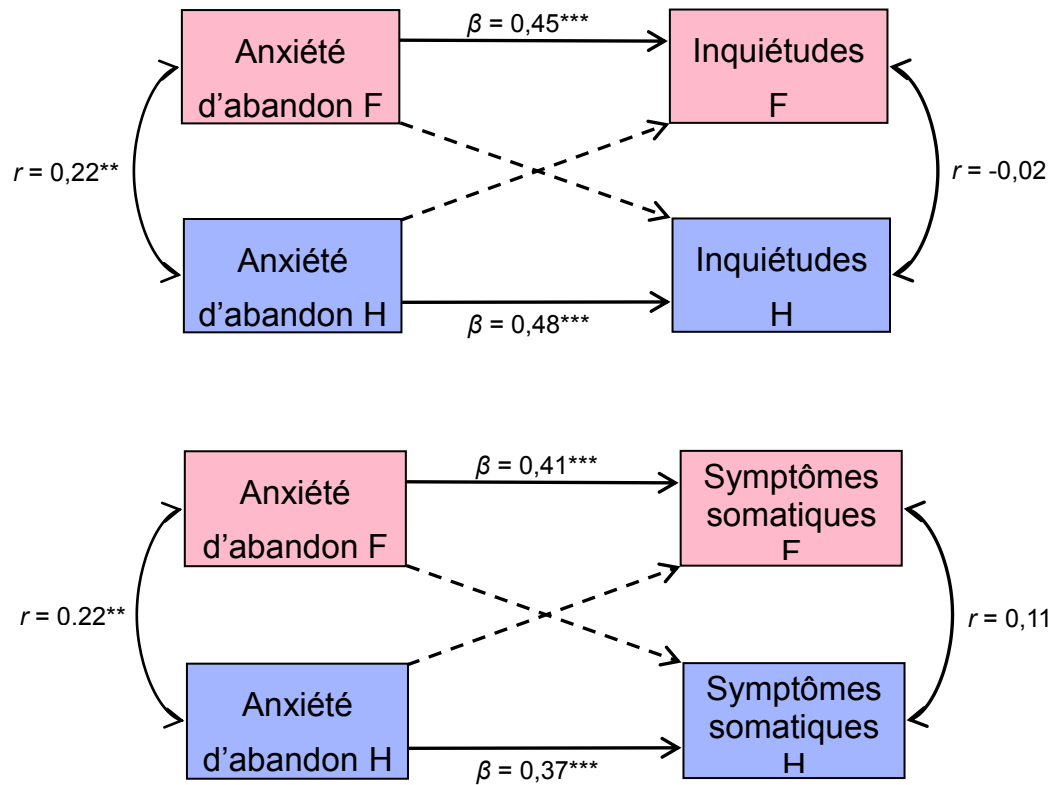
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry, 18*, 13-24.
- Whiffen, V. E. (2005). The role of partner characteristics in attachment insecurity and depressive symptoms. *Personal Relationships, 12*, 407-423.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 803-808.
- Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E. (2007). Generalized Anxiety Disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorder, 21*, 955-965.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G., & Iida, M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 163-173.

Tableau 1

Corrélations, moyennes, écarts-types, indices d'asymétries et d'aplatissement pour les mesures d'anxiété et de fonctionnement conjugal des hommes et des femmes

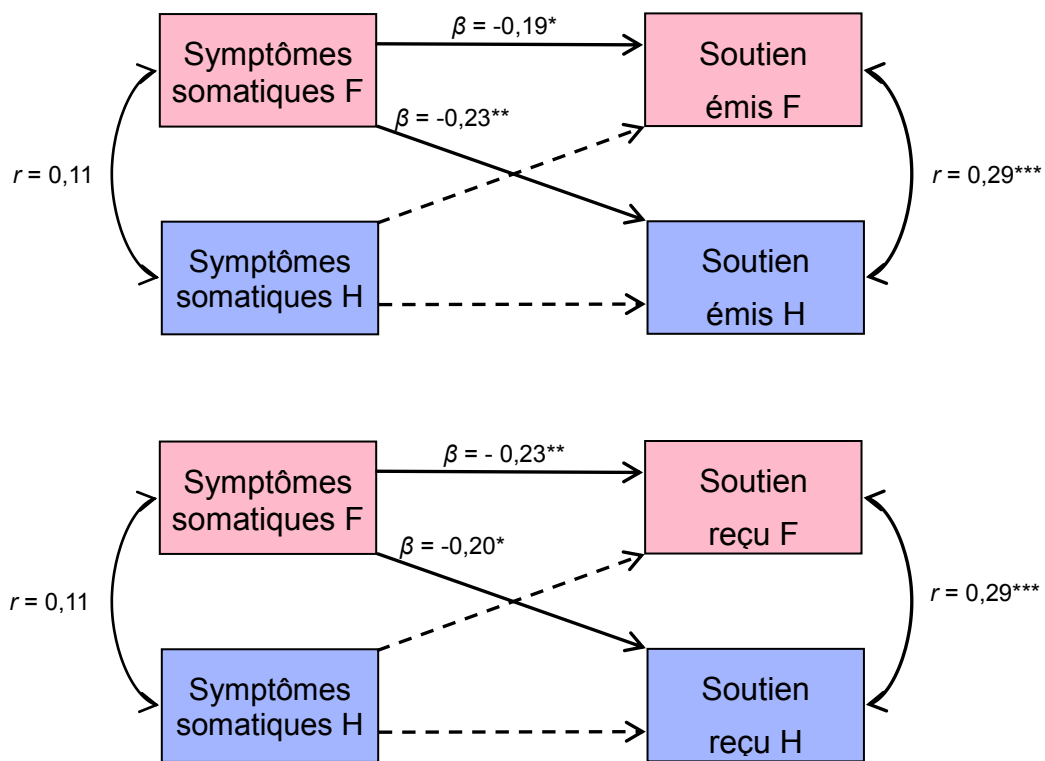
Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Inquiétudes H														
2. Inquiétudes F	-0,020													
3. Symptômes somatiques H	0,674**	-0,008												
4. Symptômes somatiques F	-0,039	0,613**	0,110											
5. Évitement intimité H	0,040	0,180*	0,030	0,131										
6. Évitement intimité F	0,040	0,094	-0,074	0,175*	0,359**									
7. Anxiété abandon H	0,486**	0,064	0,370**	0,120	0,290**	0,259**								
8. Anxiété abandon F	0,031	0,444**	0,016	0,420**	0,314**	0,212**	0,222**							
9. Soutien émis H	-0,073	-0,192*	-0,148	-0,226**	-0,507**	-0,323**	-0,188*	-0,225**						
10. Soutien émis F	0,120	-0,117	0,115	-0,194*	-0,305**	-0,379**	-0,010	-0,186*	0,304**					
11. Soutien reçu H	0,025	-0,130	-0,021	-0,198*	-0,561**	-0,298**	-0,246**	-0,280**	0,668**	0,410**				
12. Soutien reçu F	0,041	-0,086	0,100	-0,215**	-0,332**	-0,637**	-0,162*	-0,239**	0,325**	0,576**	0,322**			
13. Satisfaction H	-0,044	-0,211**	-0,066	-0,251**	-0,674**	-0,403**	-0,382**	-0,354**	0,540**	0,338**	0,596**	0,358**		
14. Satisfaction F	-0,099	-0,111	0,030	-0,191*	-0,358**	-0,721**	-0,317**	-0,150	0,359**	0,449**	0,397**	0,605**	0,542**	
<i>M</i>	36,74	42,32	15,73	20,36	2,19	2,00	2,95	3,17	4,18	4,31	4,18	4,20	15,86	16,01
<i>ÉT</i>	10,69	11,10	11,03	11,30	0,92	0,86	1,03	1,02	0,59	0,51	0,66	0,68	3,16	2,92
Asymétrie	0,731	0,513	0,402	0,184	0,774	1,133	0,270	0,163	-0,348	-0,703	-0,974	-0,991	-0,627	-0,927
Aplatissement	0,536	-0,098	-0,590	-0,740	-0,119	0,886	-0,382	-0,402	-0,655	0,236	1,169	0,399	0,340	1,066

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.



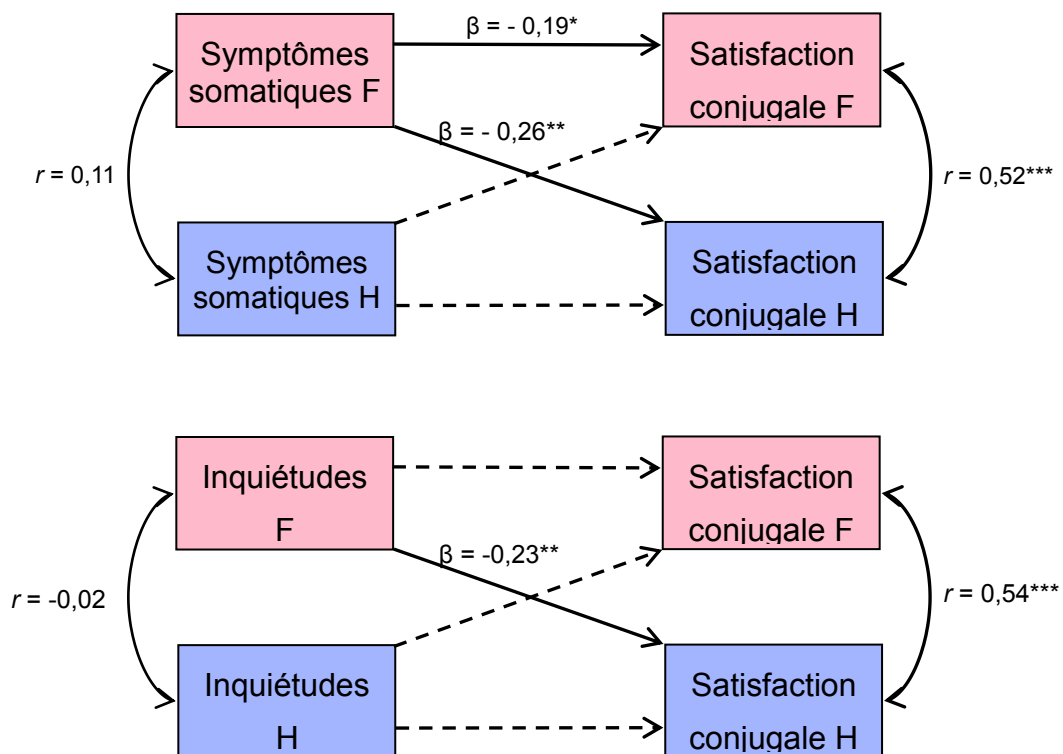
Note. F = Femmes; H = Hommes
 ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Figure 1. L'anxiété d'abandon des partenaires comme prédicteurs de l'inquiétude et des symptômes somatiques des partenaires.



Note. F = Femmes; H = Hommes
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Figure 2. Les symptômes somatiques des partenaires comme prédicteurs de la perception du soutien émis et reçu par les partenaires.



Note. F = Femmes; H = Hommes
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Figure 3. Les symptômes somatiques et inquiétudes des partenaires comme prédicteurs de la satisfaction conjugale des partenaires.

Introduction au deuxième article

Le premier article a permis de mettre en lumière de façon exploratoire les liens entre la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux, le soutien et les symptômes du TAG. L'étude présentée dans cet article a notamment permis de soulever la relation dyadique et les différences hommes-femmes qui modulent les liens existant entre les symptômes du TAG et le fonctionnement conjugal. Toutefois, il est difficile de généraliser les résultats obtenus à la population souffrant du TAG puisque les résultats de cette première étude sont obtenus auprès d'adultes de la population générale.

D'une part, la faible intensité des symptômes de TAG retrouvés dans un échantillon issu de la population générale ne permettrait pas de rendre compte pleinement des liens entre ce trouble et le fonctionnement conjugal. Par exemple, la présence d'une plus grande tendance à s'inquiéter aurait le potentiel de colorer davantage la dynamique relationnelle, notamment en incitant la personne anxieuse à se placer dans une position de dépendance face à son partenaire qui lui fournit de la réassurance ou en suscitant un besoin de contrôle de la part de la personne anxieuse. Aussi, il est possible qu'un niveau plus élevé d'irritabilité ait davantage de risques d'affecter les interactions quotidiennes entre les partenaires amoureux.

De plus, les inquiétudes des gens souffrant du TAG se distinguent de celles de la

population générale par leur caractère excessif et incontrôlable. Il est possible que la nature des inquiétudes mesurées modifie les liens avec les variables conjugales. Par exemple, il est possible qu'une personne souffrant du TAG soit constamment envahie par des inquiétudes qu'elle n'arrive pas à chasser cognitivement, ce qui pourrait être à la base d'une moins bonne disponibilité cognitive ou émotionnelle envers son partenaire. Un lien plus fort serait alors possiblement observé entre l'insatisfaction conjugale et l'inquiétude chez les personnes souffrant du TAG que chez des gens qui présentent des inquiétudes qui sont contrôlables et non excessives.

Aussi, l'importante détresse et l'interférence significative sur le fonctionnement quotidien qui sont associées à la présence d'un TAG pourraient être à la base de certains liens existants entre ce trouble et le fonctionnement conjugal. Par exemple, une personne souffrant du TAG pourrait éprouver des difficultés à fonctionner dans son milieu de travail ou dans d'autres sphères de sa vie, ce qui pourrait engendrer des tensions supplémentaires dans la relation de couple.

D'autre part, les gens souffrant du TAG sont reconnus pour présenter des caractéristiques particulières qui les distinguent de la population générale, notamment une plus grande intolérance à l'incertitude (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998) et des difficultés dans la régulation des affects (Kerns, Mennin, Farach, & Nocera, 2014) et la résolution de problèmes (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002). Ces caractéristiques pourraient rendre plus difficiles les interactions conjugales.

Enfin, il ne faut pas exclure la possibilité que les liens soulevés dans la première étude soient en partie explicables par un lien direct entre les symptômes d'anxiété (tendance à s'inquiéter, symptômes somatiques) et les difficultés conjugales, sans nécessairement que ces symptômes découlent du TAG. En effet, pour pouvoir conclure de l'existence de réels liens entre le Trouble d'anxiété généralisée et le fonctionnement conjugal, les inquiétudes rapportées devraient porter sur plusieurs sphères de vie et non seulement sur la relation de couple.

Le deuxième article vise donc à combler ces lacunes en comparant le fonctionnement conjugal, en termes de satisfaction conjugale et d'attachement amoureux, d'un échantillon clinique de gens aux prises avec un TAG avec celui d'un échantillon contrôle provenant de la population générale. Cette étude permettra alors d'appuyer la présence de liens entre le TAG et le fonctionnement conjugal.

Deuxième article

Trouble d'anxiété généralisée, satisfaction conjugale et attachement amoureux

Titre courant : TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET FONCTIONNEMENT
CONJUGAL

Trouble d'anxiété généralisée, satisfaction conjugale et attachement amoureux
Generalized Anxiety Disorder, Couple Satisfaction and Adult Attachment

Ariane Dalphond ¹⁻²⁻³

Patrick Gosselin ¹⁻³

Audrey Brassard ¹⁻²

1-Université de Sherbrooke

2-Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions
sexuelles (CRIPCAS)

3- Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – Centre intégré
universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke (CIUSSS DE L'ESTRIE- CHUS)

Résumé

Introduction

Les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée (TAG), dont l'inquiétude excessive et les symptômes somatiques, seraient liés d'une manière bidirectionnelle à l'insatisfaction conjugale et à l'attachement amoureux.

Objectifs

Cette recherche vise à comparer la satisfaction conjugale et l'attachement amoureux d'un échantillon d'adultes en couple présentant un TAG primaire à un échantillon contrôle équivalent en termes d'âge et de sexe.

Méthode

L'évaluation diagnostique de 72 individus en couple (36 TAG et 36 non TAG) a permis de constituer les deux groupes. Tous les participants ont ensuite rempli une batterie de questionnaires auto-rapportés.

Résultats

Les analyses de variance factorielle révèlent que les individus présentant un TAG, hommes ou femmes, sont moins satisfaits dans leur relation de couple et présentent davantage d'insécurité d'attachement (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) que les individus sans trouble.

Conclusion

Cette étude appuie les liens entre le TAG et le fonctionnement conjugal et soulève notamment la pertinence de considérer l'existence de ceux-ci dans le traitement du TAG.

Mots-clés : satisfaction conjugale, attachement amoureux, trouble d'anxiété généralisée, inquiétudes, couple.

Abstract

Introduction

Generalized Anxiety Disorder (GAD) symptoms, characterized by excessive worries and somatic symptoms, is likely associated in a bidirectional manner with couple dissatisfaction and adult attachment.

Objective(s)

This research compares couple's satisfaction and attachment for individuals with a primary GAD with a control sample comprised of individuals matched for gender and age.

Method

The diagnostic assessment of 72 individuals in a romantic relationship (36 GAD and 36 non GAD) has allowed creating two groups. All the participants completed self-reported questionnaires.

Results

Results from the factorial analysis of variance revealed that individuals presenting with GAD, male or female, were less satisfied with their relationship and presented more attachment insecurity (anxiety and avoidance) than individuals without GAD.

Conclusion

This study supports the association between GAD and couple functioning and suggests the importance of considering this association in GAD treatment plan.

Keywords : satisfaction, attachment, Generalized Anxiety Disorder, worry, couple.

Trouble d'anxiété généralisée, satisfaction conjugale et attachement amoureux

Avec une prévalence à vie se situant autour de 4 %, le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) se situe parmi les troubles anxieux les plus fréquents chez l'adulte (Grant et al., 2005; Yoon & Zinbarg, 2007). Il se définit par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives et incontrôlables, ainsi que par la présence d'au moins trois symptômes somatiques tels l'agitation ou la sensation d'être survolté, la fatigabilité, les difficultés de concentration ou de mémoire, l'irritabilité, les tensions musculaires et la perturbation du sommeil (DSM-5- APA, 2013). L'inquiétude est définie par un enchaînement de pensées difficile à contrôler et dont l'issue est négative et incertaine (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Les inquiétudes et l'anxiété doivent concerner un certain nombre d'événements ou d'activités, être présentes durant une période d'au moins six mois et altérer le fonctionnement social ou provoquer une souffrance significative (APA, 2013).

Une revue des études épidémiologiques et cliniques fait état de liens bidirectionnels entre le TAG et des difficultés de fonctionnement aux plans conjugal et relationnel (Mendlowicz & Stein, 2000). Les individus aux prises avec le trouble sont par exemple plus souvent divorcés ou non mariés comparativement à ceux ne présentant pas ce trouble. Le National Comorbidity Survey Replication (Whisman, 2007) précise par ailleurs que la détresse conjugale contribue à une augmentation du risque de souffrir d'un trouble anxieux, notamment le TAG. De plus, Overbeek et al. (2006) ont montré, à l'aide d'un devis longitudinal, que la qualité de la relation conjugale avant un divorce est un fort prédicteur du développement d'un trouble anxieux dans les deux années qui

suivent la séparation.

Une récente étude effectuée auprès de la population générale a montré que les symptômes somatiques et cognitifs du TAG sont liés à l'insatisfaction conjugale et aux insécurités d'attachement (Dalphond, Brassard, & Gosselin, 2015). Ces résultats ne permettent toutefois pas de conclure à un lien entre le diagnostic de TAG et ces variables conjugales puisque l'étude n'a pas été réalisée auprès d'un échantillon d'individus présentant ce trouble. Il est effectivement possible que le fonctionnement conjugal des partenaires qui présentent des symptômes du TAG d'intensité légère ou modérée diffère de la réalité du couple lorsque l'un des partenaires présente un diagnostic de TAG. Notamment, une population clinique de gens souffrant du TAG pourrait présenter une plus grande détresse conjugale et davantage d'insécurités d'attachement que la population générale. Cette étude vise donc à élargir la compréhension des liens entre le TAG et le fonctionnement conjugal, en comparant la satisfaction conjugale et l'attachement amoureux d'un échantillon clinique d'individus aux prises avec ce trouble avec celui d'un échantillon contrôle provenant de la population générale.

Le TAG et la satisfaction conjugale

À ce jour, seules quelques études ont porté sur les liens entre le TAG et la satisfaction conjugale, qui se définit comme le degré selon lequel un individu est satisfait de la relation de couple (Spanier, 1976). Selon McLeod (1994), les femmes souffrant d'un TAG percevraient leur mariage comme étant moins satisfaisant que les femmes ne présentant pas ce trouble (pouvant présenter un trouble autre ou aucun trouble). Cette étude a toutefois relevé qu'il n'y avait pas de différence significative entre

les hommes souffrant d'un TAG et ceux ne présentant pas ce trouble au plan de la satisfaction perçue. La généralisation des résultats est toutefois limitée par la sélection de l'échantillon. En effet, seuls des couples mariés ont été recrutés et le diagnostic du TAG était basé sur les anciens critères du DSM-III-R, mettant davantage l'accent sur les symptômes somatiques de l'anxiété dans la définition du trouble.

L'étude de Dalphond et al. (2015) a examiné les liens entre les symptômes somatiques du TAG, la tendance à s'inquiéter et la satisfaction conjugale chez 160 couples de la population générale. Il a été souligné que les femmes rapportent une satisfaction conjugale plus faible lorsqu'elles présentent davantage de symptômes somatiques et que les hommes présentent une satisfaction conjugale plus faible lorsque leur conjointe rapporte davantage de symptômes somatiques et une plus grande tendance à s'inquiéter. Bien que cette étude ait amené des résultats prometteurs, les couples recrutés dans cette étude se disent majoritairement satisfaits de leur relation et peu anxieux, alors qu'un haut taux de détresse conjugale est habituellement rapporté par les couples de la population générale (Sabourin & Lefebvre, 2008), ce qui limiterait possiblement la généralisation des résultats. De plus, il est possible que les résultats obtenus avec cet échantillon soit en partie explicables par la présence d'un lien direct entre les symptômes d'anxiété et les difficultés conjugales, sans nécessairement que l'on puisse conclure d'un lien avec le TAG.

L'attachement amoureux et le TAG

Peu d'études ont à ce jour tenté de comprendre d'autres facteurs ou mécanismes pouvant expliquer la relation entre le TAG et le fonctionnement conjugal. Quelques

études se sont intéressées au lien entre l'attachement, infantile ou adulte, et les symptômes du TAG. Selon la théorie de Bowlby (1982), les interactions de l'enfant avec sa figure d'attachement (la personne qui en prend soin) permettraient le développement de représentations cognitives de soi et des autres. La nature et la qualité des liens affectifs primaires guideraient les attentes, les perceptions et les comportements intimes et sociaux tout au long de la vie (Bowlby, 1982). Ainsi, des soins constants et sensibles dans l'enfance favoriseraient le développement d'une sécurité d'attachement qui se traduit par une vision positive de soi et des autres. Selon Brennan, Clark et Shaver (1998), l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité constituent deux dimensions qui permettent d'évaluer l'attachement de l'adulte envers son partenaire amoureux. L'anxiété d'abandon serait caractérisée par la peur de la séparation, de l'abandon et du rejet, tandis que l'évitement de l'intimité représente un inconfort envers la proximité, l'interdépendance et l'intimité psychologique. De faibles niveaux d'anxiété et d'évitement reflètent une sécurité d'attachement, alors que de hauts niveaux traduisent une insécurité d'attachement. L'anxiété d'abandon se manifesterait par une hypersensibilité et vigilance à la non disponibilité du partenaire et se traduirait par une recherche constante de réassurance (Mikulincer & Shaver, 2007). Étant préoccupées par la peur d'être rejetées, les personnes vivant de l'anxiété d'abandon auraient de la difficulté à être disponibles aux pensées et aux émotions de leur partenaire (Mikulincer & Shaver, 2007). L'évitement de l'intimité serait associé à des stratégies visant à minimiser le sentiment de vulnérabilité et le besoin d'être réconforté (Mikulincer & Shaver, 2007).

Selon Dutton (2001), le développement d'un TAG pourrait reposer sur une insécurité d'attachement. En ce sens, cet auteur soulève que certains processus cognitifs associés au TAG seraient similaires à ceux associés à une insécurité d'attachement. Notamment, l'auteur rappelle que les enfants présentant un attachement insécurisant percevraient de plus grandes menaces dans leur environnement que les enfants présentant un attachement sécurisant et que ceci affecterait leurs modes relationnels une fois adultes. De plus, les représentations et attentes négatives envers les autres sont typiquement associées à l'évitement de l'intimité (Mikulincer & Shaver, 2007), ce qui rappelle la tendance à entrevoir les relations avec méfiance qui peut être retrouvée chez les individus présentant un TAG (Gasperini, Battaglia, Diaferia, & Bellodi, 1990). L'hypervigilance est quant à elle associée à l'anxiété d'abandon (Mikulincer & Shaver, 2007) ainsi que typiquement retrouvée chez les personnes souffrant du TAG (Gasperini et al., 1990).

Une étude conduite chez des clients présentant un TAG comme diagnostic principal et dont la sévérité était minimalement modérée (4 ou plus sur l'échelle de sévérité de l'entrevue structurée ADIS-R) appuie d'ailleurs la présence d'une association entre l'insécurité d'attachement envers les parents et le TAG (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas, & Borkovec, 2009). Les auteurs ont observé davantage de démonstrations d'insécurité d'attachement chez les adultes présentant un TAG que chez les adultes non anxieux. Toutefois, l'attachement aux parents a été évalué de façon rétrospective, plutôt que l'attachement au partenaire actuel. De plus, le style d'attachement au partenaire actuel n'est pas nécessairement identique au style

d'attachement envers les parents. Enfin, l'attachement a été évalué sans tenir compte du type de manifestations de l'insécurité d'attachement, soit l'anxiété d'abandon ou l'évitement de l'intimité.

Une étude exploratoire a aussi été conduite sur les liens entre les symptômes du TAG et l'attachement amoureux auprès d'un échantillon de 697 étudiants universitaires (Matassa et al., 2008). Les résultats montrent que plus les individus présentent des symptômes somatiques du TAG et une tendance à s'inquiéter, plus ils présentent un degré élevé d'anxiété d'abandon. L'échantillon constitué d'étudiants issus de la population générale limite toutefois la généralisation des résultats à la population souffrant du TAG. De plus, l'échantillon n'était pas constitué de couples, mais plutôt d'individus vivant ou ayant vécu une relation de couple. À notre connaissance, une seule étude dyadique a examiné les liens entre les symptômes somatiques du TAG, la tendance à s'inquiéter et l'attachement amoureux chez des couples de la population générale (Dalphond et al., 2015). Cette étude a montré que l'anxiété d'abandon, mais pas l'évitement de l'intimité, était positivement liée à la tendance à s'inquiéter et aux symptômes somatiques chez les hommes et les femmes. Il est toutefois possible que l'absence de lien avec l'évitement de l'intimité soit expliquée par le fait que l'échantillon était issu de la population générale et qu'il présentait en conséquence un caractère non clinique des inquiétudes et des symptômes somatiques.

Limites des études

Une limite souvent relevée réside dans le fait que les échantillons de certaines études sont exclusivement composés d'étudiants et ainsi génèrent des résultats pouvant

découler de caractéristiques propres à l'échantillon (Laurenceau, Barrett, & Rovine, 2005). De plus, étudier une population clinique qui présenterait une sévérité plus importante des symptômes du TAG pourrait permettre de clarifier le rôle spécifique de l'anxiété à un niveau clinique dans la relation de couple. Enfin, plusieurs auteurs soulignent que le sexe devrait être considéré lors de l'analyse des résultats, notamment en considérant les différences hommes-femmes observées pour la satisfaction conjugale (p. ex., Dalphond et al., 2015; Proulx, Helms, & Buehler, 2007).

Objectifs

L'objectif de la présente étude est de mieux décrire le fonctionnement conjugal des adultes aux prises avec le TAG. De façon plus spécifique, elle vise à comparer la satisfaction conjugale et l'attachement amoureux d'individus présentant un diagnostic primaire de TAG à ceux d'individus ne présentant pas de diagnostic de trouble anxieux (notamment le TAG) ou d'un trouble associé. Il est attendu que les individus présentant un TAG seront moins satisfaits de leur relation, et présenteront davantage d'insécurité d'attachement (anxiété, évitement), que les individus ne présentant pas de trouble psychiatrique.

Méthode

Participants et procédures

D'une part, 36 adultes en couple souffrant du TAG ont été recrutés parmi les patients d'une clinique de service externe canadienne. Ceux-ci devaient présenter un diagnostic primaire de TAG et si un autre trouble comorbide était présent, celui-ci devait être d'une sévérité inférieure à celle du TAG (écart d'au moins 1 point lors de

l'évaluation diagnostique structurée; voir section Instruments). D'autre part, 36 adultes en couple issus de la population générale ont aussi été recrutés pour constituer un groupe contrôle. Pour être inclus, ceux-ci ne devaient pas présenter de diagnostic de trouble anxieux (notamment le TAG), ni de trouble psychiatrique associé, lors de l'évaluation diagnostique structurée (à l'exception des phobies spécifiques de sévérité légère). Ces participants ont également été recrutés de façon à pouvoir les appairer aux participants du groupe TAG en fonction du sexe et de l'âge, afin de contrôler pour ces variables. Les participants des deux groupes devaient aussi être en cohabitation avec leur conjoint(e) depuis au moins 6 mois, être âgés d'au moins 18 ans et pouvoir s'exprimer en français. Les personnes présentant un trouble psychotique ou un trouble d'abus ou de dépendance à une substance ont été exclues.

Le groupe TAG est constitué de 28 femmes et 8 hommes et l'âge des participants varie entre 20 et 64 ans ($M = 36,08$; $ÉT = 11,36$). La durée moyenne de leur relation de couple actuelle est de 10,99 ans ($ÉT = 10,28$). Plus de la moitié (61,1 %) des participants de ce groupe rapportent être parents et 50 % rapportent avoir actuellement des enfants à charge ($M = 1,26$ enfant à charge; $ÉT = 1,48$). La majorité des participants ont complété des études universitaires (50 %) et les tranches de revenu les plus fréquemment rapportées sont de 60 000\$ à 89 999\$ (36,1 %) et de 30 000 à 59 999\$ (30,6 %). Enfin, travailler à temps plein constitue l'occupation principale la plus fréquente (51,4 %).

Le groupe contrôle est constitué de 28 femmes et 8 hommes et l'âge des participants varient entre 20 et 62 ans ($M = 35,94$; $ÉT = 11,76$). La durée moyenne de leur relation de couple est de 11,32 ans ($ÉT = 11,26$). La moitié (50 %) des participants

de ce groupe rapportent être parents et 36,1 % rapportent avoir actuellement des enfants à charge ($M = 1,11$ enfant à charge; $ÉT = 1,08$). La majorité d'entre eux ont complété des études universitaires (55,6 %) et les revenus sont répartis également dans les différentes tranches (25 % moins de 29 999 \$, 25 % de 30 000 à 59 999 \$, 25 % de 60 000 à 89 999 \$ et 25 % 90 000 \$ et plus). Travailler à temps plein constitue l'occupation principale la plus fréquente (55,6 %).

Dans le groupe TAG, les participants présentent un diagnostic principal de TAG dont la sévérité oscille entre 5 et 7 sur une échelle de 0 à 8 ($M = 5,83$, $ÉT = 0,74$). La majorité d'entre eux (32 sur 36) présentent également un ou plusieurs diagnostics secondaires dont la sévérité varie entre 4 et 6 ($M = 4,38$, $ÉT = 0,57$). Les deux tiers des participants présentent un trouble panique avec (58,3 %) ou sans (8,3 %) agoraphobie comme diagnostic secondaire, 25 % présentent une phobie sociale, 13,9 % un trouble obsessionnel-compulsif, 8,3 % une phobie spécifique, 8,3 % un trouble dépressif majeur, 5,6 % un trouble dysthymique, 2,8 % un trouble de stress post-traumatique et 2,8 % de l'hypocondrie.

Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'institution des chercheurs. Les participants ont été recrutés à l'aide de publicités dans les médias ainsi que par la méthode boule de neige. Un formulaire de consentement les informait des buts de l'étude, des avantages et des risques pouvant découler de leur participation, ainsi que du droit de retrait et des informations relatives à la confidentialité. Une entrevue diagnostique a été effectuée avec chaque participant afin d'identifier le profil diagnostic des individus présentant un TAG et de ceux du groupe contrôle. Les entrevues ont été

réalisées par des étudiants doctoraux supervisés et enregistrées afin d'établir un accord inter-juge sur 25 % d'entre elles. Suite à l'entrevue, chaque participant a rempli une batterie de questionnaires en version papier ou en ligne sur le site sécurisé *SurveyMonkey.com* (durée : 30 à 45 minutes).

Instruments

L'entrevue diagnostique Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994) permet d'établir l'absence ou la présence d'un diagnostic de trouble anxieux (notamment le TAG) ou d'un trouble associé. Cet instrument consiste en une série de questions basées sur les critères diagnostiques des différents troubles du DSM-IV (APA, 1994). La fidélité diagnostique des troubles anxieux évalués à partir des critères de l'ADIS-IV est considérée bonne (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001). L'accord inter-juge pour le groupe contrôle de cette étude est de 100 %. Pour le groupe TAG, l'accord est de 95 %. Lors d'un désaccord, une rencontre a été faite entre trois personnes pour en discuter et prendre une décision finale.

Un bref questionnaire sociodémographique a été administré afin de recueillir des informations sur les participants (p. ex., âge, scolarité, revenu, présence d'enfants). Puis, les quatre questionnaires suivants ont également été complétés.

Satisfaction conjugale. La version francophone abrégée du *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976; DAS-4 : Sabourin, Valois, & Lussier, 2005), l'échelle d'ajustement dyadique brève, évalue la satisfaction conjugale. Cet instrument est composé de quatre items se répondant sur une échelle Likert de 6 ou 7 points (selon l'item). Un score élevé reflète une plus grande satisfaction envers la relation. Le DAS-4 possède une cohérence

interne adéquate ($\alpha = 0,84$) et prédirait mieux la stabilité du couple que la version originale en 32 items (Sabourin et al., 2005). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate ($\alpha = 0,73$).

Attachement amoureux. La version française du questionnaire *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998, traduit par Lafontaine & Lussier, 2003) évalue les deux insécurités d'attachement amoureux (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité). Les 36 items de cet instrument se répondent sur une échelle Likert en sept points et se regroupent en deux sous-échelles : l'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,88$) et l'évitement de l'intimité ($\alpha = 0,88$). Un score élevé sur chacune des dimensions reflète une plus grande insécurité d'attachement. L'ECR présente une bonne validité factorielle (Lafontaine & Lussier, 2003). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate pour l'évitement de l'intimité ($\alpha = 0,94$) et pour l'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,92$).

Tendance à s'inquiéter. La version française du *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borbovec, 1990, traduit par Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freston, 2001) évalue la tendance à s'inquiéter à l'aide de 16 items qui se répondent sur une échelle Likert en cinq points. Un score élevé reflète une tendance à s'inquiéter élevée. Le PSWQ démontre une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et une bonne validité convergente avec le *Questionnaire des domaines d'inquiétudes* (Gosselin et al., 2001). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate ($\alpha = 0,96$).

Symptômes somatiques du TAG. Le *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (QIA; Dugas et al., 2001) évalue les symptômes somatiques du TAG à l'aide de six

items se répondant sur une échelle en neuf points. Un score élevé reflète davantage de symptômes anxieux et une plus grande sévérité de chacun. Cet instrument montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,78$; Freeston et al., 1996) et sa validité convergente a été établie avec la version française du PSWQ (Gosselin et al., 2001). Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate ($\alpha = 0,94$).

Résultats

Analyses préliminaires

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives des variables d'anxiété et de fonctionnement conjugal pour les échantillons clinique et non-clinique. Les moyennes et écarts-types sont également présentés en fonction du sexe et du groupe au Tableau 2. La majorité des variables présentent des indices d'asymétrie et d'aplatissement inférieurs à 1,00, ce qui suggère une distribution se rapprochant de la normalité. Seuls les indices d'asymétrie et d'aplatissement pour la satisfaction conjugale du groupe TAG dépassent légèrement le critère retenu. La transformation des scores de ces variables n'affectait toutefois pas les résultats subséquents. Ainsi, les résultats sont présentés avec les variables non transformées seulement. Quant aux corrélations de Pearson, le Tableau 1 montre la présence de liens significatifs entre les symptômes somatiques et les variables conjugales (tailles d'effet de moyennes à fortes). Des corrélations moyennes à fortes sont observées entre la tendance à s'inquiéter et les variables conjugales chez le groupe contrôle. Les symptômes somatiques et la tendance à s'inquiéter sont également corrélés (tailles d'effet moyennes pour le groupe TAG et fortes pour le groupe contrôle). Enfin, des liens significatifs sont observés entre les variables conjugales chez le groupe

contrôle (tailles d'effet moyennes à fortes).

Des analyses préliminaires (tests t , chi-carrés) ont été conduites pour vérifier l'équivalence des groupes. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes quant à l'âge ($t = 0,51, p = 0,788$), le fait d'être parent ($\chi^2 (1, N = 72) = 0,90, p = 0,343$), le nombre d'enfants à charge ($t = 0,37, p = 0,101$), le revenu annuel ($\chi^2 (3, N = 72) = 2,32, p = 0,509$) ou le niveau de scolarité atteint ($\chi^2 (2, N = 69) = 0,83, p = 0,662$). Des analyses corrélationnelles ont été réalisées entre les variables socio-démographiques (âge, nombre d'enfants à charge, revenu annuel, scolarité) et les variables à l'étude afin d'identifier la présence de variables confondantes. L'absence de lien significatif justifie de ne pas contrôler ces variables dans les analyses principales.

Analyses principales

Trois ANOVAs factorielles 2 X 2 ont été réalisés pour vérifier la présence de différence entre les groupes (TAG vs non TAG), en tenant compte du sexe comme autre facteur inter-groupe, sur le degré de satisfaction conjugale, d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité. Les postulats de l'ANOVA (indépendance des groupes, homogénéité de la variance, normalité des distributions) ont préalablement été vérifiés.

Les résultats de la première analyse conduite sur la satisfaction conjugale indiquent un effet principal significatif du groupe de taille élevée ($F(1, 67) = 164,60, p < 0,001; \eta^2 = 0,71$). Ainsi, les participants ayant un TAG rapportent un niveau plus faible de satisfaction conjugale ($M = 9,26; \acute{E}T = 0,44$) que les participants sans TAG ($M = 17,25; \acute{E}T = 0,44$). L'effet principal du sexe ($F(1, 67) = 0,05, p = 0,830$) et l'effet d'interaction Groupe X Sexe ($F(1, 67) = 0,05, p = 0,830$) s'avèrent tous deux non

significatifs.

Les résultats de la seconde analyse conduite sur l'anxiété d'abandon montrent un effet principal significatif du groupe, de taille élevée ($F(1, 67) = 24,10, p < 0,001; \eta^2 = 0,27$). Les moyennes indiquent que les personnes ayant un TAG rapportent davantage d'anxiété d'abandon ($M = 4,09; \acute{E}T = 0,21$) que les participants sans TAG ($M = 2,64; \acute{E}T = 0,21$). Bien que l'effet principal du sexe soit non significatif ($F(1, 67) = 0,62, p = 0,435$), les résultats révèlent un effet d'interaction Groupe X Sexe significatif de taille moyenne ($F(1, 67) = 8,46, p = 0,005; \eta^2 = 0,11$). Les analyses supplémentaires d'effets simples révèlent que les femmes qui présentent un TAG rapportent davantage d'anxiété d'abandon ($F(1, 67) = 4,79, p = 0,039, \eta^2 = 0,06$) que celles qui ne présentent pas de diagnostic, avec une taille d'effet moyenne. Pour les hommes, la même différence est obtenue ($F(1, 67) = 19,73, p < 0,001, \eta^2 = 0,23$), mais l'écart observé est de taille élevée (voir Tableau 2).

Les résultats de la troisième ANOVA factorielle conduite sur l'évitement de l'intimité montrent aussi un effet principal du groupe significatif, de taille élevée ($F(1, 67) = 27,52, p < 0,001; \eta^2 = 0,29$). Ainsi, les participants ayant un TAG rapportent davantage d'évitement de l'intimité ($M = 3,10; \acute{E}T = 0,18$) que ceux sans TAG ($M = 1,78; \acute{E}T = 0,18$). Les résultats indiquent également un effet principal significatif du sexe de taille moyenne ($F(1, 67) = 7,86, p = 0,007; \eta^2 = 0,11$) qui révèle que les hommes rapportent davantage d'évitement de l'intimité ($M = 2,79; \acute{E}T = 0,22$) que les femmes ($M = 2,08; \acute{E}T = 0,12$). Cependant, un effet d'interaction Groupe X Sexe significatif de taille moyenne est également observé ($F(1, 67) = 6,04, p = 0,017; \eta^2 = 0,08$). Les analyses

supplémentaires d'effets simples révèlent que les hommes qui présentent un TAG rapportent davantage d'évitement de l'intimité que ceux n'ayant pas de TAG ($F(1, 67) = 19,16, p < 0,001, \eta^2 = 0,22$) et que cet effet est plus fort que celui retrouvé chez les femmes ($F(1, 67) = 8,62, p = 0,005, \eta^2 = 0,11$) (voir Tableau 2).

Discussion

Le but de la présente étude était d'identifier les liens entre la présence d'un TAG et le fonctionnement conjugal en termes de satisfaction conjugale et d'attachement amoureux. D'après les résultats obtenus, la présence d'un diagnostic de TAG serait associée à davantage d'insatisfaction conjugale et d'insécurités d'attachement, ce qui va dans le sens des écrits scientifiques. Dans la présente étude, ces associations sont obtenues tant chez les hommes que chez les femmes, ce qui ne fait toutefois pas consensus dans les études recensées. Notamment, McLeod (1994) suggère un lien entre le TAG et l'insatisfaction conjugale, mais seulement chez les femmes. Whisman et al. (2000) ont également montré une association positive entre le TAG et l'insatisfaction conjugale, sans toutefois évaluer les différences de sexe. Les résultats de la présente étude montrent également que la différence entre les TAG et les non TAG par rapport à l'anxiété d'abandon et à l'évitement de l'intimité pourrait être plus grande chez les hommes que les femmes. Il est ainsi possible que les insécurités d'attachement soient souvent associées au TAG chez les hommes, alors que les femmes pourraient par exemple présenter plus fréquemment de l'anxiété d'abandon sans nécessairement avoir un TAG.

De façon générale, de nombreux psychologues cliniciens avancent que l'anxiété

aurait couramment un impact négatif sur le fonctionnement de la relation conjugale (Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki, & Baucom, 2008). D'une part, l'impact observé résiderait notamment dans la dynamique relationnelle qui s'installe lorsqu'un partenaire est anxieux. En effet, les inquiétudes et la recherche de réassurance amènent souvent le partenaire anxieux en position de dépendance face à son partenaire. Le conjoint en relation avec une personne anxieuse offre habituellement du soutien pendant un certain temps, mais peut devenir insatisfait et critique, ce qui engendre une tension dans la relation (Bélanger et al., 2008). Pincus et Borkovec (1994) ont également trouvé que les gens souffrant du TAG présentent une détresse et une rigidité interpersonnelles plus grandes à travers différentes situations que les gens ne souffrant pas du trouble. Ils auraient ainsi davantage de difficulté à garder des relations saines et satisfaisantes. De plus, Eng et Heimberg (2006) ont observé que les gens ayant un TAG seraient plus intrusifs et demandant dans leur relation, ce qui pourrait aussi être à la base d'une plus grande insatisfaction conjugale. D'autre part, les inquiétudes ou les symptômes somatiques d'une personne aux prises avec un TAG pourraient également amener certaines restrictions au niveau des activités réalisées. À cet effet, plusieurs études répertorient une association entre le TAG et une altération du fonctionnement professionnel (Gosselin, Routhier, & Courcy, 2007; Mendlowicz & Stein, 2000) et social (Pincus & Borkovec, 1994; Mendlowicz & Stein, 2000). La difficulté à garder un emploi ou à réaliser certaines activités pourrait être associée à une insatisfaction conjugale. Le lien entre la pratique d'activité sportive en couple et la satisfaction conjugale chez l'homme a notamment été soulevé par Brassard et Lussier (2008). Enfin, plusieurs

auteurs soutiennent que l'insatisfaction conjugale pourrait aussi avoir un effet délétère sur les problèmes d'anxiété, ce qui expliquerait une autre partie du lien entre la satisfaction conjugale et le TAG (Bélanger et al., 2008).

Cassidy et al. (2009) ont quant à eux montré une association entre l'insécurité d'attachement envers les parents et la présence d'un TAG. Comme l'attachement demeurerait relativement stable au cours de la vie (Bowlby, 1982), les conclusions de ces auteurs seraient cohérentes avec celles de la présente étude ciblant l'attachement amoureux. De plus, Dutton (2001) souligne les similarités entre les difficultés interpersonnelles associées au TAG et le mode relationnel associé à une insécurité d'attachement. L'évitement de l'intimité qui se caractérise par des attentes négatives envers les autres (Mikulincer & Shaver, 2007) rejoint effectivement la méfiance que l'on peut retrouver chez les gens aux prises avec un TAG (Gasperini et al., 1990). Quant à l'anxiété d'abandon, l'hypervigilance qui y est associée (Mikulincer & Shaver, 2007) se retrouve également comme un point central du TAG (Gasperini et al., 1990). En effet, les individus aux prises avec un TAG s'inquiètent principalement à propos de leur relation (Holmes & Newman, 2006; Ladouceur, Freeston, Fournier, Dugas, & Doucet, 2002), ce qui rejoint le type d'inquiétudes d'une personne présentant une anxiété d'abandon. De plus, une personne ayant développé un TAG a potentiellement grandi avec des parents surprotecteurs ou qui ne répondaient pas adéquatement à ses besoins, ce qui constitue également un milieu propice à développer une insécurité d'attachement.

Forces, limites et pistes de recherche future

L'utilisation d'un échantillon issu d'une population clinique apparié à un

échantillon non clinique en fonction de l'âge et du sexe constitue une force de l'étude. En effet, peu d'études explorant le contexte conjugal ont été réalisées sur une population clinique souffrant du TAG et en contrôlant pour les différences de sexe. De plus, le diagnostic a été établi à l'aide d'une entrevue et non par questionnaire auto-rapporté.

Cette étude comporte également quelques limites. En effet, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés est sujette à la désirabilité sociale des participants, ce qui peut biaiser les résultats. Il pourrait donc être pertinent d'inclure une mesure de désirabilité sociale dans une étude future. De plus, l'utilisation d'un devis de recherche transversal et corrélational ne permet pas d'identifier des liens de causalité. Il est en effet possible que le TAG érode la satisfaction envers la relation ou que ce soit l'insatisfaction en couple qui exacerbe les symptômes anxieux. De plus, les différences de sexe ont été soulignées de façon exploratoire seulement vu le faible nombre d'hommes dans chacun des groupes ($n = 8$) et la proportion inégale avec les femmes ($n = 28$). Ce ratio peut toutefois s'expliquer par la prévalence plus élevée du TAG chez les femmes que chez les hommes (environ deux fois plus de femmes que d'hommes en souffriraient; Eaton et al., 2012; Vesga-López et al., 2008). Également, étudier seulement un des partenaires du couple ne permet pas d'évaluer l'interaction dyadique (p.ex., les liens entre la satisfaction conjugale d'un individu et la présence d'un TAG chez son partenaire). Enfin, la majorité des participants présentent également un ou plusieurs diagnostics secondaires, ce qui est souvent le cas chez la population clinique de gens souffrant du TAG (Noyes, 2001). Toutefois, si notre échantillon présentait un taux de comorbidité particulièrement élevé, ceci pourrait expliquer un niveau de fonctionnement

plus faible dans la sphère conjugale.

À la lumière des résultats de cette étude, les différences de sexe par rapport au lien entre le TAG et le fonctionnement du couple pourraient gagner à être étudiées de façon plus rigoureuse. Réaliser des entrevues auprès des deux conjoints (devis qualitatif) pourrait notamment être pertinent pour explorer les subtilités de ces différences et en dégager des pistes explicatives. Une étude longitudinale ou l'utilisation de journaux quotidiens pourrait permettre de préciser la direction des liens (causalité). L'utilisation de journaux quotidiens permettrait effectivement de documenter la séquence des liens observés et d'établir, par exemple, si l'anxiété semble contribuer à l'insatisfaction conjugale au quotidien ou si c'est plutôt l'inverse qui se produit. Enfin, il pourrait être pertinent de comparer le fonctionnement conjugal d'individus présentant différents troubles d'anxiété afin d'en dégager la spécificité du TAG.

Implications cliniques

Cette étude aura permis d'éclairer le fonctionnement conjugal, en termes de satisfaction et d'attachement, des individus aux prises avec un TAG. Notamment, cette étude aura confirmé l'importance de considérer le trouble d'anxiété dans l'évaluation et le traitement des difficultés conjugales, puisque plusieurs liens existent entre le TAG et le fonctionnement de la relation. Entre autres, les résultats montrent que la présence d'un TAG est associée à une satisfaction moindre. Diminuer les symptômes du TAG pourrait ainsi possiblement améliorer la qualité de la relation. À l'inverse, impliquer un conjoint dans le traitement d'un TAG pourrait également être pertinent. D'ailleurs, Durham, Allan et Hackett (1997) ont montré que la qualité de la relation conjugale (degré de

tension) serait un prédicteur significatif de rechute 12 mois après un traitement pour le TAG (thérapie cognitive, psychothérapie analytique ou entraînement à la gestion de l'anxiété). Aussi, plusieurs auteurs ont soulevé qu'une intervention de couple augmenterait l'efficacité d'un traitement pour un problème de santé mentale comme la dépression ou l'abus de substance, en plus d'améliorer la satisfaction conjugale (Gilliam & Cottone, 2005; Fals-Stewart et al., 2000). Il en serait possiblement ainsi pour le TAG également (Chambless, 2012). Enfin, des enjeux conjugaux tels que l'attachement seraient aussi pertinents à considérer dans l'évaluation et le traitement du TAG puisqu'ils peuvent complexifier le travail clinique. D'ailleurs, l'étude de Mondor et al. (2013) a montré que les insécurités d'attachement, en particulier l'anxiété d'abandon, seraient associées à une terminaison précoce de la thérapie de couple. Ainsi, l'attachement pourrait être une cible de traitement thérapeutique, non seulement puisqu'il est associé au TAG, mais également puisqu'il constitue un facteur associé à la poursuite d'un processus de thérapie.

Références

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e éd. Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *Manuel de l'inventaire de dépression de Beck*, 2^e éd. Toronto, Ontario, Canada: The Psychological Corporation.
- Bélanger, C., Leduc, A. G., Fredman, S., El-Baalbaki, G., & Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux : Évaluation et intervention. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 507-539). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research Therapy*, 21, 9-16.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. New York: Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969).
- Brassard, A., & Lussier, Y. (2008). Pratique d'activités physiques et de loisirs : facteurs de protection de la satisfaction conjugale. *Revue internationale de psychologie sociale*, 21, 41-65.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford

Press.

- Brown, T. A., Di Nardo, P., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio: Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L., & Borkovec, T. D. (2009). Generalized Anxiety Disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy, 40*, 23-38.
- Chambless, D. L. (2012). Adjunctive couple and family intervention for patients with anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 536-547.
- Dalphon, A., Brassard, A., & Gosselin, P. (2015). *Liens entre les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée et la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal de couples adultes*. Manuscrit soumis pour publication.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 11*, 31-36.
- Durham, R. C., Allan, T., & Hackett, C. A. (1997). On predicting improvement and relapse in Generalized Anxiety Disorder following psychotherapy. *British*

Journal of Clinical Psychology, 36, 101-119.

- Dutton, S. (2001). *Marital relationship functioning in a clinical sample of generalized anxiety disorder clients* (Thèse de doctorat inédite). University of Maryland.
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., & ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 282-288.
- Eng, W., & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of Generalized Anxiety Disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 380-387.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Feehan, M., Birchler, G. R., Tiller, S., & McFarlin, S. K. (2000). Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 249-254.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Blais, F., & Ladouceur, R. (1996). Physical symptoms associated with worry in a nonclinical population. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 365-377.
- Gasperini, M., Battaglia, M., Diaferia, G., & Bellodi, L. (1990). Personality features related to Generalized Anxiety Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 363-368.
- Gilliam, C. M., & Cottone, R. R. (2005). Couple or individual therapy for the treatment of Depression: An update of the empirical literature. *American Journal of Family*

Therapy, 33, 265-272.

Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 27, 475-484.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.

Ladouceur, R., Freeston, M. H., Fournier, S., Dugas, M. J., & Doucet, C. (2002). The social basis of worry in three samples: High-school students, university students, and older adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 427-438.

Lafontaine, M-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35, 56-60.

Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Rovine M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 19, 314-323.

Matassa, C., Dupuy, E., Bélanger, E., Sénécal, J., Brassard, A., & Gosselin, P. (2008, Mars). *Attachement amoureux et anxiété généralisée chez les jeunes adultes*. Communication présentée au Congrès de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie (SQRP), Trois-Rivières, Québec.

- McLeod, J. D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 767-776.
- Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*, 669-682.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mondor, J., Sabourin, S., Wright, J., Poitras-Wright, H., McDuff, P., & Lussier, Y. (2013). Early termination from couple therapy in a naturalistic setting: The role of therapeutic mandates and romantic attachment. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 35*, 59-73.
- Noyes, R., Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 41-55.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., De Graaf, R., Scholte, R., De Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of *DSM-III-R* disorders. *Journal of Family Psychology, 20*, 284-291.
- Pincus, A. L., & Borkovec, T. D. (1994, Juin). *Interpersonal problems in generalized anxiety disorder: Preliminary clustering of patients' interpersonal dysfunction*. Communication présentée au Congrès annuel de l'American Psychological

Society, New York.

- Proulx, C., Helms, M., & Buehler, H. M. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, *69*, 576-593.
- Sabourin, S., & Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 15-97). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, *17*, 15-27.
- 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.
- Vesga-López, O., Schneier, F. R., Wang, S., Heimberg, R. G., Liu, S., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 1606-1616.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and *DSM-IV* psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 638-643.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter?

Journal of Abnormal Psychology, 109, 803-808.

Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E. (2007). Generalized Anxiety Disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders, 21, 955-965.*

Tableau 1

Corrélations, moyennes, écarts-types, indices d'asymétries et d'aplatissement pour les mesures d'anxiété et de fonctionnement conjugal en fonction du groupe

Variabes	1	2	3	4	5
Groupe TAG					
1. Inquiétudes					
2. Symptômes somatiques	0,361*				
3. Satisfaction	0,147	-0,079			
4. Anxiété d'abandon	0,242	0,388*	-0,167		
5. Évitement de l'intimité	-0,309	-0,039	0,117	0,119	
<i>M</i>	65,92	35,61	9,22	3,92	2,74
<i>ÉT</i>	9,21	6,83	2,00	1,15	1,23
Asymétrie	-0,657	-1,352	-1,011	-0,080	0,808
Aplatissement	0,169	3,732	1,251	-0,737	0,216
Groupe contrôle					
1. Inquiétudes					
2. Symptômes somatiques	0,591**				
3. Satisfaction	-0,360*	-0,243			
4. Anxiété d'abandon	0,583**	0,654**	-0,388*		
5. Évitement de l'intimité	0,266	0,336*	-0,500**	0,416*	
<i>M</i>	33,22	12,43	17,25	2,94	1,75
<i>ÉT</i>	8,51	9,87	2,26	1,03	0,59
Asymétrie	0,587	0,539	-0,156	0,557	0,672
Aplatissement	-0,087	-0,797	-0,600	0,631	-0,191

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types pour les mesures de fonctionnement conjugal en fonction du sexe et du groupe

Variables	Hommes TAG	Hommes Contrôle	Femmes TAG	Femmes Contrôle
Satisfaction				
<i>M</i>	9,13	17,25	9,39	17,25
<i>ÉT</i>	2,53	2,31	1,97	2,29
Anxiété d'abandon				
<i>M</i>	4,40	2,10	3,78	3,19
<i>ÉT</i>	1,27	0,77	1,09	0,98
Évitement de l'intimité				
<i>M</i>	3,76	1,82	2,44	1,73
<i>ÉT</i>	1,40	0,60	1,02	0,60

Conclusion

Le premier article de cette thèse s'est attardé aux liens entre les symptômes du TAG et le fonctionnement conjugal chez des couples de la population générale, en tenant compte de la nature dyadique de ces liens. En effet, les analyses ont considéré les deux partenaires de chaque couple et les différences de sexe. Cet article a donc permis de clarifier de quelle façon les symptômes du TAG étaient associés à la satisfaction conjugale, à l'attachement amoureux et au soutien conjugal chez les deux membres du couple. Ainsi, il a été soulevé que l'anxiété d'abandon d'un partenaire est liée à sa propre tendance à s'inquiéter et à ses symptômes somatiques, et ce, chez les hommes et les femmes. Aussi, plus les femmes présentent de symptômes somatiques d'anxiété, moins elles rapportent de soutien conjugal (émis et reçu) et plus elles rapportent une satisfaction conjugale faible, ce qui n'a pas été trouvé chez les hommes. Lorsque les effets partenaires sont examinés, il ressort que plus les femmes présentent de symptômes somatiques d'anxiété, moins leur conjoint présente de soutien émis et reçu, et que plus les femmes rapportent de symptômes somatiques et d'inquiétudes, plus leur conjoint présente une satisfaction conjugale faible. Cette étude a permis de documenter la présence de liens entre les symptômes anxieux et la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et le soutien conjugal chez les couples de la population générale.

La deuxième étude qui a été conduite compare un échantillon clinique de sujets

aux prises avec un TAG à un échantillon contrôle venant de la population générale. Découlant de la lacune de l'étude 1, celle-ci vise à étudier des symptômes de TAG d'une intensité rencontrant les critères diagnostics du trouble (DSM-5- APA, 2013). En effet, étudier une population clinique permet d'observer les liens qui prennent place lorsque les symptômes de TAG sont associés à une détresse et une interférence significatives, ainsi qu'à toutes caractéristiques propres au TAG (p. ex., intolérance à l'incertitude, difficultés dans la régulation des affects) qui ne se retrouvent pas à ce niveau chez les sujets de la population générale qui présentent moins d'anxiété. Cette recherche soulève le fait que les individus présentant un TAG sont moins satisfaits dans leur relation de couple et présentent davantage d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon que les individus ne présentant pas ce trouble. Ces résultats ont donc permis de montrer que la satisfaction conjugale et l'attachement amoureux sont associés au TAG.

La présente section tente d'intégrer les résultats des deux études réalisées. Dans la première étude, il semble que les symptômes somatiques du TAG de la femme seraient associés à l'insatisfaction conjugale des deux partenaires et que les inquiétudes de celle-ci seraient associées à l'insatisfaction de son partenaire. Les résultats de la deuxième étude appuient le fait qu'un diagnostic de TAG soit effectivement associé à l'insatisfaction conjugale. Cette deuxième étude permet en effet d'exclure la possibilité que le lien entre les symptômes du TAG et l'insatisfaction conjugale soit uniquement attribuable à un lien direct entre les difficultés conjugales et un niveau élevé d'anxiété. De plus, souffrir d'un TAG s'est avéré associé au fait d'être plus insatisfait de sa relation

de couple, et ce, tant pour les hommes que les femmes. Ainsi, il est possible que l'intensité des symptômes retrouvés chez les hommes de la population générale n'ait pas été suffisante pour faire ressortir une association avec la satisfaction conjugale, alors que ce lien s'est avéré significatif chez la population clinique. Il semble que pour que la satisfaction conjugale de l'homme se trouve affectée par les symptômes anxieux, ceux-ci doivent présenter une intensité de niveau clinique qui amène une interférence avec le fonctionnement. La satisfaction conjugale des femmes serait quant à elle possiblement plus sensible aux symptômes somatiques puisqu'une association s'est avérée significative même au sein de la population générale. Aucune étude recensée ne semble toutefois être disponible pour appuyer ce constat et les hypothèses explicatives qui en découlent. Cependant, les femmes seraient habituellement plus sensibles à leurs émotions (Matud, 2004) et leurs émotions négatives pourraient affecter davantage leurs perceptions de la relation, alors que les hommes pourraient avoir tendance à minimiser l'impact de leurs émotions sur leurs relations interpersonnelles ou à simplement ne pas en tenir compte, surtout si les émotions ne concernent pas la relation. Quant aux effets partenaires, ceux-ci n'ayant pas été évalués dans l'étude 2, il n'est donc pas possible de vérifier si le TAG d'un individu est lié à la plus faible satisfaction conjugale de son partenaire, tel que proposé par les hypothèses cliniques de Bélanger et al. (2008).

Lorsque l'attachement amoureux est considéré, un lien ressort entre l'anxiété d'abandon et les symptômes du TAG (inquiétudes et symptômes somatiques) chez des individus de la population générale et ce lien a été reproduit auprès de la population

clinique de sujets souffrant du TAG. Quant à l'évitement de l'intimité, un lien significatif a été trouvé uniquement auprès de la population clinique. Il est possible que l'anxiété d'abandon prédispose à l'anxiété généralisée à travers des processus cognitifs similaires, ce qui est d'ailleurs suggéré par certains auteurs (p. ex., Dutton, 2001). En effet, la tendance à s'inquiéter pour ses relations, l'hypervigilance et la difficulté à réguler ses émotions font partie du portrait clinique du TAG et sont également retrouvées chez les individus présentant une anxiété d'abandon (Mikulincer & Shaver, 2007). Ainsi, un lien pourrait être observé entre l'anxiété d'abandon et les symptômes du TAG, que ceux-ci soient associés ou non à un diagnostic de TAG, par le biais de ces points communs. L'évitement de l'intimité implique pour sa part des stratégies de désactivation du système d'attachement (déli, minimisation) afin d'éviter d'être en contact avec la détresse, la vulnérabilité et la peur de l'abandon (Mikulincer & Shaver, 2007), rendant ainsi son association avec les symptômes anxieux moins directe. Il est donc possible que le lien entre l'évitement de l'intimité et les symptômes du TAG soit présent seulement lorsqu'il s'agit d'un TAG rencontrant les critères diagnostiques. En effet, la tendance à la méfiance retrouvée chez les individus souffrant d'un TAG (Gasperini, Battaglia, Diaferia, & Bellodi, 1990) pourrait possiblement être à la base du lien avec l'évitement de l'intimité – caractérisé par des représentations négatives des autres (Mikulincer & Shaver, 2007) – alors que les symptômes anxieux retrouvés chez la population générale n'impliqueraient pas nécessairement cette perception négative des autres ou celle-ci pourrait être présente à un niveau moins facilement observable.

Concernant le soutien conjugal, la première étude montre que la présence de symptômes somatiques du TAG chez la femme serait associée à une perception des deux conjoints d'émettre et de recevoir moins de soutien. Il n'a pas été possible d'analyser le soutien conjugal chez une population clinique de gens souffrant du TAG dans le cadre de cette thèse puisque cette variable n'a pas été évaluée dans la banque de données utilisée, mais certains auteurs suggèrent que la présence d'un trouble d'anxiété serait effectivement associée à une perception plus négative de la quantité et de la qualité du soutien échangé entre les partenaires (Bélanger et al., 2008). Une étude de Zaidler, Heimberg et Iida (2010) montre d'ailleurs que les hommes dont les conjointes présentent un trouble anxieux percevraient moins de soutien et de disponibilité de la part de leur conjointe lorsque le niveau d'anxiété de celles-ci est plus élevé. Le lien spécifique entre la présence du TAG et la perception du soutien émis et reçu demeure toutefois spéculatif.

En somme, les deux volets de cette recherche ont permis d'observer la présence de liens entre le TAG et le fonctionnement conjugal. Ils soulignent la pertinence, tant clinique que scientifique, de poursuivre l'étude de ces liens. Ces études répondent d'ailleurs à certaines lacunes identifiées dans les écrits scientifiques, mais comportent également des limites qui gagneraient à être prises en compte lors de recherches futures.

D'une part, l'utilisation d'un échantillon de couples ayant permis de conduire des analyses dyadiques basées sur le modèle APIM constitue une force de l'étude 1. Peu d'études ont effectivement évalué les interrelations entre les vulnérabilités personnelles

et les symptômes anxieux deux partenaires du couple, bien que la pertinence de le faire ait été soulevée (Acitelli & Duck, 1987). Dans l'étude 2, les données étaient disponibles pour un seul des partenaires de chaque couple. Obtenir des données dyadiques dans le contexte de cette seconde étude aurait augmenté considérablement la difficulté du recrutement, il a donc été jugé que la faisabilité d'une telle démarche n'était pas réaliste pour la présente thèse. Ainsi, ne pas tenir compte de la nature dyadique des liens observés constitue une limite de cette étude.

Par contre, une force de l'étude 2 est d'avoir utilisé un échantillon clinique d'individus qui présentent un diagnostic de TAG, ce qui augmente la représentativité des participants et la validité des résultats. Étudier les symptômes du TAG auprès de la population générale (étude 1) comporte effectivement quelques limites. Notamment, seul un faible pourcentage des individus ainsi étudiés présente réellement un TAG. Dans le cas de l'étude 1, 8,3 % des hommes et 15,5 % des femmes rencontraient les critères diagnostiques du TAG. Ainsi, il est possible que l'intensité des symptômes n'ait pas été suffisante pour faire ressortir certains liens avec le fonctionnement conjugal. Il est également possible que certains symptômes anxieux évalués soient plutôt attribuables à une période de stress temporaire ou à un autre trouble psychologique que le TAG, ce qui n'a pas été contrôlé. L'étude 1 permet donc difficilement de conclure sur la présence de liens entre le TAG et le fonctionnement conjugal.

Refaire une étude auprès d'une population clinique de gens souffrant du TAG,

mais en considérant les deux partenaires du couple constituerait une piste de recherche future intéressante qui joindrait les forces des deux études présentées dans cette thèse. Notamment, les chercheurs pourraient ainsi vérifier si la présence d'un TAG chez la femme est associée à une satisfaction moindre chez son partenaire. Inclure la perception du soutien émis et reçu dans une future étude dyadique auprès d'une population clinique permettrait également d'appuyer les liens entre les échanges de soutien des partenaires et la présence d'un TAG. D'ailleurs, il pourrait être pertinent d'ajouter d'autres variables associées au TAG afin de dresser un portrait plus complet. Par exemple, l'intolérance à l'incertitude, une composante centrale du TAG (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998), mériterait d'être évaluée lors de recherches futures.

Concernant la taille des échantillons, le nombre de participants évalués constitue une force de l'étude 1, mais plutôt une limite de l'étude 2. En effet, 160 couples de la population générale représentent un échantillon de relativement grande taille, ce qui permet une bonne puissance statistique pour vérifier les hypothèses de recherche. Par contre, un groupe de 36 individus souffrant du TAG apparié à 36 individus contrôle constitue un échantillon plutôt limité. Ainsi, il est possible que la faible taille de l'échantillon de l'étude 2 puisse avoir contribué à une faible puissance statistique qui ne permettait pas de détecter de possibles différences de sexe. Il serait donc important de conduire de nouvelles études cliniques avec un plus grand nombre d'individus afin de reproduire les présents résultats.

L'échantillon de l'étude 1 présente également une bonne hétérogénéité en termes d'âge, de durée de relation, de revenu et d'occupation, ce qui le rend davantage susceptible d'être représentatif de la population générale. Par contre, les participants semblaient particulièrement satisfaits dans leur relation, alors qu'un haut taux de détresse conjugale est habituellement observé chez les couples de la société (Sabourin & Lefebvre, 2008). L'échantillon de l'étude 2 présente aussi une bonne hétérogénéité sur les différentes variables sociodémographiques (p. ex., âge, durée de la relation, occupation). Les individus évalués présentent majoritairement un ou plusieurs diagnostics secondaires, ce qui est cohérent avec ce qui est habituellement rencontré chez la population souffrant du TAG (Noyes, 2001). Toutefois, si le taux de comorbidité était particulièrement élevé dans l'échantillon, ceci pourrait être à la base d'un niveau de fonctionnement plus faible dans la sphère conjugale. Notons aussi que les individus présentant un trouble psychotique ou un trouble d'abus ou de dépendance à une substance ont été exclus de l'échantillon. Ceci peut donc influencer la généralisation des résultats aux patients souffrant aussi de ces troubles en comorbidité.

D'autre part, une force des études réalisées dans le cadre de cette thèse est d'avoir considéré le sexe dans les analyses. En effet, des différences hommes-femmes seraient souvent observées au plan des symptômes cliniques (p. ex., McLeod, 1994; Proulx et al., 2007) ce qui soutient pertinence de considérer cette variable. Par contre, pour l'étude 2, il a seulement été possible de souligner les différences de sexe de façon exploratoire vu le faible nombre d'hommes évalués et la proportion inégale avec les

femmes. Bien qu'il soit représentatif de la prévalence du TAG de retrouver davantage d'hommes que de femmes atteints de ce trouble (Eaton et al., 2012; Vesga-López et al., 2008), ces résultats devraient être reproduits sur un plus grand échantillon.

Quant à la méthode retenue, l'utilisation de questionnaires validés présentant de bonnes qualités psychométriques en termes de validité et fidélité constitue une force des deux études. Toutefois, le recours unique à des instruments auto-rapportés dans l'étude 1 et 2 est sujet à la désirabilité sociale, ce qui peut avoir biaisé les résultats. Une prochaine étude pourrait donc inclure une mesure de désirabilité sociale, afin de contrôler cet effet. Dans l'étude 2, le diagnostic de TAG a toutefois été établi par une entrevue, ce qui augmente la fiabilité de celui-ci. Enfin, l'utilisation d'un devis de recherche transversal et corrélationnel, tel qu'il est le cas pour les deux études réalisées, permet d'observer des associations entre deux variables, mais ne permet pas d'identifier des liens de causalité.

Afin de pallier ces différentes limites, plusieurs éléments pourraient être considérés lors d'études ultérieures. Par exemple, demander aux conjoints de remplir des journaux quotidiens pourrait permettre de clarifier la séquence temporelle de ces liens (qu'est-ce qui précède quoi?) en observant la séquence des manifestations de symptômes d'anxiété et d'insatisfaction conjugale, d'insécurité d'attachement ou d'une perception de variation dans le soutien émis ou reçu. Réaliser des entrevues qualitatives auprès des deux conjoints permettrait également d'obtenir des perceptions plus riches et nuancées que ce qui a été obtenu par les questionnaires utilisés. Il serait également possible

d'observer des couples en interaction et de codifier les comportements ainsi observés. De cette manière, il serait potentiellement possible d'avoir accès à des manifestations comportementales desquelles les individus ne sont pas nécessairement conscients ou ne penseraient pas à révéler dans un journal ou un questionnaire auto-rapporté. Cette méthode pourrait également être sujette à moins de désirabilité sociale, alors que les partenaires pourraient finir par interagir en oubliant qu'ils sont observés (Banse & Rebetz, 2008).

Au niveau clinique, les résultats de cette thèse soulèvent plusieurs cas de figure qui peuvent être rencontrés chez les individus ou les couples qui consultent. Tout d'abord, il pourrait être fréquent pour le clinicien d'observer la concomitance d'un TAG et d'une insatisfaction conjugale. Chez la femme, la présence de symptômes somatiques et la tendance à s'inquiéter pourraient également être observées de pair avec une insatisfaction chez son partenaire. Ce constat souligne donc l'importance d'évaluer et de considérer la présence des symptômes du TAG dans une thérapie de couple ainsi que d'aborder le fonctionnement conjugal dans le traitement du TAG. À l'instar de ce qui a été observé pour d'autres troubles comme la dépression ou l'abus de substance (Gilliam & Cottone, 2005; Fals-Stewart et al., 2000), une intervention de couple pourrait en fait augmenter l'efficacité d'un traitement pour le TAG et permettre une amélioration de la satisfaction conjugale. De plus, certaines caractéristiques personnelles retrouvées chez les gens souffrant du TAG pourraient engendrer des difficultés conjugales ainsi qu'une chronicisation des symptômes. Par exemple, Eng et Heimberg (2006) ont observé que

les gens ayant un TAG auraient tendance à l'effacement de soi (difficulté d'affirmation de soi, suradaptation à l'autre et comportements de sacrifice de soi), mais seraient aussi plus intrusifs et demandants dans leur relation. Ces tendances pourraient alors contribuer à l'insatisfaction conjugale, ce qui pourrait être abordé en thérapie.

Les résultats de la présente thèse soulignent également la pertinence d'évaluer et de considérer les insécurités d'attachement dans le travail clinique effectué chez les individus souffrant du TAG ou chez les couples aux prises avec des symptômes anxieux. Le clinicien pourrait en effet s'attendre à observer davantage de manifestations d'insécurités d'attachement (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) chez un individu présentant un TAG. Même en l'absence d'un trouble d'intensité clinique, des menaces perçues dans le lien d'attachement (anxiété d'abandon) seraient associées à la présence de symptômes somatiques et à une plus grande tendance à s'inquiéter. Travailler sur les insécurités d'attachement pourrait ainsi être bénéfique pour le TAG et inversement. Cet objectif peut être pris en compte en thérapie individuelle, mais lorsque possible, il peut s'avérer pertinent d'inclure le partenaire d'un client présentant un TAG dans le traitement afin qu'il agisse à titre de pair aidant. Les partenaires pourraient également décider de s'investir dans une thérapie de couple afin de travailler ensemble leur dynamique. Les partenaires pourraient effectivement mettre en lumière l'interaction entre les symptômes du TAG vécus par un partenaire et ses insécurités d'attachement, afin de travailler parallèlement sur ces deux cibles.

Enfin, il pourrait aussi être fréquent d'observer une association entre une forte présence de symptômes somatiques du TAG chez la femme et des partenaires qui perçoivent émettre et recevoir peu de soutien. Il semble donc pertinent d'évaluer le soutien conjugal perçu chez les couples qui présentent des symptômes anxieux. Aborder la manière dont les membres du couple perçoivent que l'échange de soutien prend place au sein de leur relation pourrait ainsi être une cible de traitement pertinente. Encore une fois, cela pourrait être fait à travers une thérapie individuelle qui inclut le partenaire à quelques rencontres ou par une thérapie de couple.

La pertinence de considérer l'anxiété dans une thérapie de couple ainsi que de considérer le fonctionnement conjugal dans une thérapie pour l'anxiété a donc été soulevée par cette thèse. Les thérapeutes gagneraient effectivement à être conscients des liens existant entre le TAG et la relation de couple, ainsi qu'à utiliser des interventions qui en tiennent compte. À ce sujet, Baucom, Stanton et Epstein (2003) ont suggéré trois façons d'intervenir auprès d'un couple dont un partenaire présente un trouble d'anxiété : l'intervention assistée du partenaire (IAP), l'intervention maritale spécifique au trouble (IMST) et la thérapie de couple (TC). Dans l'IAP, l'objectif est de favoriser le traitement du trouble psychiatrique du client en incluant son partenaire en tant que « thérapeute substitut ». Dans l'IMST, le traitement vise la modification des patrons interactionnels conjugaux qui contribuent au développement ou au maintien du trouble. Enfin, la TC vise à modifier les patrons interactionnels négatifs qui nuisent au fonctionnement conjugal et serait quant à elle prescrit lorsque les difficultés relationnelles et les

problèmes semblent exister indépendamment du trouble. Par ailleurs, plusieurs auteurs soutiennent que le niveau de fonctionnement interpersonnel des gens souffrant du TAG contribuerait à prédire la réponse au traitement de ce trouble (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Crits-Christoph et al., 2004) et de façon plus spécifique, que la qualité de la relation conjugale est reconnue pour être un prédicteur significatif de rechute dans le traitement du TAG (Durham, Allan, & Hackett; 1997). Il semble donc d'autant plus pertinent de tenir compte du fonctionnement de la relation de couple dans le traitement d'une personne souffrant du TAG, soit en considérant ses difficultés conjugales parmi les cibles de traitement ou en impliquant directement son partenaire dans la thérapie.

Selon les résultats de l'étude 1, la perception de l'échange de soutien (émis et reçu par chacun des partenaires) est un aspect de la dynamique conjugale qui varie de pair avec la présence de symptômes du TAG. À ce sujet, Bélanger et al. (2008) soutiennent qu'une difficulté dans la relation de couple pourrait amener ou exacerber un problème d'anxiété, mais régler la difficulté conjugale ne suffirait pas toujours à éliminer les symptômes d'anxiété si la dynamique relationnelle a été modulée par eux. Une attention particulière devrait ainsi être accordée à la dynamique conjugale et à son historique dans l'évaluation de la situation. En effet, l'anxiété pourrait contribuer à l'établissement d'une dynamique asymétrique où un partenaire compte sur l'autre pour être rassuré ou pour arriver à accomplir des tâches ou activités quotidiennes. Le partenaire non anxieux peut se sentir valorisé par le rôle ainsi occupé, mais il peut

également se sentir insatisfait et même devenir impatient ou critique envers son partenaire. Un changement de dynamique peut d'ailleurs être une source de tension ou d'anxiété pour le couple. En ce sens, il est important de considérer ce que chacun des partenaires s'attend et souhaite puisqu'un changement chez un des partenaires affectera nécessairement l'autre partenaire par le biais d'une modification de la dynamique relationnelle. Par exemple, un individu insatisfait d'offrir constamment du soutien à son partenaire anxieux pourrait vouloir changer de rôle, alors que cela pourrait augmenter l'anxiété de son partenaire et l'amener à résister à ce changement. Inversement, un partenaire anxieux qui souhaite recevoir moins de réassurance et de soutien de la part de son partenaire afin de développer sa confiance personnelle et son autonomie implique nécessairement un changement de rôle de la part du partenaire non anxieux, alors que celui-ci se sent peut-être valorisé par le rôle qu'il occupait et pourrait également résister au changement. Enfin, il est pertinent de considérer que modifier une interaction problématique nécessiterait aussi d'instaurer une nouvelle interaction plus saine pour le couple, puisqu'autrement, une distance pourrait se créer entre les partenaires (Bélanger et al., 2008).

L'approche EFT (axée sur les émotions; Greenberg & Johnson, 1988) vise notamment à restructurer la dynamique relationnelle en explorant et reformulant l'expérience émotionnelle des partenaires. Selon Priest (2013), cette approche, qui se base sur la théorie de l'attachement, pourrait être particulièrement utile pour les couples qui recherchent un traitement pour le TAG et la détresse conjugale. En effet, les

personnes souffrant du TAG présenteraient souvent un attachement insécurisant (Eng & Heimberg, 2006) et pourraient ainsi bénéficier d'une telle approche qui tient compte des besoins d'attachement. En ce sens, l'approche EFT soutient l'existence d'émotions primaires (p. ex., sentiment d'abandon) qui sous-tendraient les émotions dites secondaires (p. ex., colère) et qu'il serait bénéfique d'identifier et de nommer celles-ci. Par exemple, un individu qui se connecte à sa peur d'être abandonné et qui l'exprime à son partenaire pourra probablement obtenir la réassurance dont il a besoin, alors qu'exprimer une émotion secondaire telle la colère aurait possiblement amené un conflit. Une thérapie de couple basée sur l'approche EFT pourrait également être un moyen efficace de changer les patrons de communication négatifs (Priest, 2013). Notamment, une problématique anxieuse peut être associée à un patron de communication demande-retrait où la personne anxieuse fait beaucoup de demandes et où son partenaire se retire de plus en plus, suscitant alors une augmentation des demandes et amenant une polarisation des conjoints vers l'escalade des conflits. Ce patron de communication pourrait en fait créer, maintenir ou exacerber des symptômes du TAG. La thérapie pourrait alors permettre de changer cette boucle de demande-retrait en identifiant les réels besoins et émotions qui sont en jeu et ainsi réduire la détresse conjugale. En effet, redéfinir les problèmes en termes de besoins d'attachement faciliterait la recherche de solutions adéquates et permettrait de diminuer les tensions dans le couple.

Enfin, plusieurs travaux montrent que le TAG serait lié à une difficulté à être dans le moment présent (Borkovec, 2002), compte tenu de la présence de nombreuses

appréhensions et inquiétudes à propos du futur et en raison de la tendance à vouloir planifier afin de réduire l'incertitude. Avoir de la difficulté à être dans le moment présent pourrait nuire à la qualité des moments passés avec son partenaire amoureux et ainsi contribuer à une certaine insatisfaction conjugale. L'approche de pleine conscience (*Mindfulness*), qui vise notamment à augmenter la capacité à être dans le moment présent, serait alors une avenue intéressante afin d'améliorer à la fois le bien-être de la personne traitée et la qualité de la relation conjugale. À cet effet, une récente étude a porté sur l'efficacité d'une thérapie de couple comportementale intégrant des notions de l'approche de pleine conscience pour traiter le TAG (Benson, 2015). Les résultats de cette étude suggèrent qu'une telle intervention pourrait effectivement diminuer les symptômes de TAG et augmenter la satisfaction conjugale. Des recherches futures sont toutefois nécessaires pour préciser les mécanismes qui sous-tendraient l'efficacité de cette approche.

En conclusion, l'étude 1 a soulevé les associations entre les symptômes du TAG et le fonctionnement conjugal et l'étude 2 a permis de valider la présence de liens lorsqu'il s'agit d'un diagnostic de TAG, mais une question demeure toutefois. Est-ce que ces liens sont spécifiques au TAG ou s'ils peuvent être observés dans le cas de n'importe quel trouble d'anxiété? Certains auteurs prônent l'importance de vérifier la spécificité de ces liens (Garber & Hollon, 1991). D'ailleurs, Whisman, Sheldon et Goering (2000) ont montré que différents troubles d'anxiété n'étaient pas tous aussi fortement liés à la satisfaction conjugale; le TAG étant le plus fortement associé, suivi du Trouble panique

et ensuite de la Phobie simple et de la Phobie sociale (le Trouble obsessionnel-compulsif et le Trouble de stress post-traumatique n'ont pas été évalués dans cette étude). Il semblerait donc pertinent pour une recherche future de comparer différents troubles d'anxiété afin d'observer la spécificité du lien entre le TAG et d'autres variables conjugales tels l'attachement et le soutien conjugal.

Références

- Acitelli, L. K., & Duck, S. (1987). Intimacy as the proverbial elephant. Dans D. Perlman, & S. Duck (Éds), *Intimate relationships* (pp. 297-308). Beverly Hills, CA: Sage.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e éd. Washington, DC: APA.
- Beach, S. R. H., Fincham, F. D., Katz, J., & Bradbury, T. N. (1996). Social support in marriage: A cognitive perspective. Dans G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Éds), *Handbook of social support and the family* (pp. 43-65). New York: Plenum Press.
- Banse, R., & Rebetz, C. (2008). Relation de couple : Modèles théoriques et approches diagnostiques. Dans M. Van Der Linden & G. Ceschi (Éds), *Traité de psychopathologie cognitive : Bases théoriques (Tome I)*; pp. 153-173). Marseille : Solal.
- Baucom, D. H., Stanton, S., & Epstein, N. B. (2003). Anxiety disorders. Dans D. K. Synder & M. A. Whisman (Éds), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship distress* (pp. 57-87). New York: Guilford Press.
- Bélanger, C., Leduc, A. G., Fredman, S., El-Baalbaki, G., & Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux : Évaluation et intervention. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 507-539). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Benson, L. A. (2015). Integrative behavioral couple therapy for generalized anxiety disorder. *Dissertation Abstracts International*, 76.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component

analysis of cognitive-behavioral therapy for Generalized Anxiety Disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.

Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research Therapy, 21*, 9-16.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. New York: Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969).

Bradbury, T. N., & Lavner, J. A. (2012). Why do even satisfied newlyweds eventually go on to divorce? *Journal of Family Psychology, 26*, 1-10.

Brassard, A., Houde, F., & Lussier, Y. (2010). Élaboration et validation du Questionnaire de soutien conjugal (QSC). *Canadian Journal of Behavioural Science, 43*, 69-77.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. Dans K. Hahlweg, & M. J. Goldstein (Éds), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp. 250-265). New York: Family Process.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1053-1073.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Losardo, D., Narducci, J., & Schamberger, M. (2004). Who benefits from brief psychodynamic therapy for Generalized Anxiety Disorder? *Canadian Journal of Psychoanalysis, 12*, 301-324.

Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized Anxiety Disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.

Durham, R. C., Allan, T., & Hackett, C. A. (1997). On predicting improvement and relapse in Generalized Anxiety Disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 101-119.

- Dutton, S. (2001). *Marital relationship functioning in a clinical sample of Generalized Anxiety Disorder clients* (Thèse de doctorat inédite). University of Maryland.
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., & ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 282-288.
- Eng, W., & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of Generalized Anxiety Disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 380-387.
- Garber, J., & Hollon, S. D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? *Psychological Bulletin, 110*, 129-136.
- Gasperini, M., Battaglia, M., Diaferia, G., & Bellodi, L. (1990). Personality features related to Generalized Anxiety Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 363-368.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétudes et résolution de problèmes sociaux : Le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 12*, 49-58.
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 68*, 701-717.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine, 35*, 1747-1759.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin, 118*, 3-34.
- Kerns, C. E., Mennin, D. S., Farach, F. J., & Nocera, C. C. (2014). Utilizing an ability-based measure to detect emotion regulation deficits in Generalized Anxiety

- Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 115-123.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders. III. Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092-1096.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 767-776.
- Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., De Graaf, R., Scholte, R., De Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology*, 20, 284-291.
- Pincus, A. L., & Borkovec, T. D. (1994, Juin). *Interpersonal problems in generalized anxiety disorder: Preliminary clustering of patients' interpersonal dysfunction*. Communication présentée au Congrès annuel de l'American Psychological Society, New York.
- Priest, J. B. (2013) Emotionally Focused Therapy as treatment for couples with Generalized Anxiety Disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 12, 22-37.
- Proulx, C., Helms, M., & Buehler, H. M. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593.
- Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the lifespan.

Dans M. B. Sperling (Éd.), *Attachment in adulthood: Clinical and developmental perspectives* (pp. 31-71). New York: Guilford Press.

- Sabatelli, R. M. (1988). Measurement issues in marital research: A review and critique of contemporary survey instruments. *Journal of Marriage and the Family*, *50*, 891-915.
- Sabourin, S., & Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 15-97). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Snyder, D. K., Heyman, R. E., & Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment*, *17*, 288-307.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, *38*, 15-28.
- Statistique Canada (2012). Les causes de divorce traitées par les tribunaux civils en 2010-2011. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11634-fra.pdf>
- Statistique Canada (2007). *Enquête sociale générale, cycle 20. Vivre les transitions familiales: résultats de l'enquête sociale générale 2006*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-625-x/89-625-x2007002-fra.pdf>
- Statistique Canada (2008). *Enquête sociale générale: survol des nouvelles données*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-631-x/89-631-x2008001-fra.pdf>
- Vesga-López, O., Schneier, F. R., Wang, S., Heimberg, R. G., Liu, S., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 1606-1616.
- Whiffen, V. E. (2005). The role of partner characteristics in attachment insecurity and depressive symptoms. *Personal Relationships*, *12*, 407-423.
- Whiffen, V. E., Kallos-Lilly, A. V., & MacDonald, B. J. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive Therapy and Research*, *25*, 577-590.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 638-

643.

- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 803-808.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology, 20*, 369-377.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86-135). New York: Oxford University Press.
- Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E. (2007). Generalized Anxiety Disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 955-965.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G., & Iida, M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 163-173.

Appendice A

Formulaire de consentement étude 1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche intitulé « Vulnérabilités, processus adaptatifs, intimité et satisfaction conjugale chez les couples de la population générale ».

Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter. Pour participer, vous devrez signer le consentement à la page suivante. Une deuxième copie de ce formulaire vous est également fournie afin que vous puissiez le conserver pour référence ultérieure.

Responsables du projet

Cynthia Demers, étudiante en psychologie à l'Université de Sherbrooke, ainsi que Patrick Gosselin et Audrey Brassard, directeurs de thèse, sont responsables de ce projet. Il est réalisé dans le cadre du doctorat en psychologie. Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, veuillez contacter Cynthia Demers, au xxx-xxx-xxxx, ou par courriel : . Vous pouvez également joindre Audrey Brassard au xxx-xxx-xxxx, poste xxxxx.

Objectif, buts du projet, raison et nature de ma participation

Le but de ce projet est de poursuivre l'étude des variables explicatives de l'intimité et de la satisfaction conjugale, dont certaines vulnérabilités individuelles ainsi que différents processus adaptatifs. Il est entendu que ma participation à ce projet sera requise pour environ 45 à 60 minutes. J'aurai à répondre de façon individuelle (sans consulter mon ou ma partenaire) à neuf questionnaires portant sur les divers concepts à l'étude (informations socio-démographiques, satisfaction conjugale, intimité conjugale, intolérance à l'incertitude, attachement amoureux, soutien conjugal, communication conjugale, inquiétudes et symptômes anxieux).

Avantages, inconvénients et risques pouvant découler de ma participation

Ma participation à ce projet me permettra d'améliorer la connaissance de mon couple par le biais de réflexions que les questionnaires susciteront. Un document d'informations sur la satisfaction conjugale pourra m'être remis si je le désire. Ma participation contribuera également à l'avancement des connaissances entourant les facteurs de la vie conjugale. Ma participation à ce projet ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif, si ce n'est le fait de donner de mon temps. Il se peut toutefois que le fait de compléter les questionnaires m'amène à ressentir de la fatigue ou soulève un malaise découlant de prises de conscience de situations difficiles ou de questionnements sur ma relation de couple. Dans ce dernier cas, je pourrai communiquer avec Cynthia Demers afin qu'elle

me fournisse le nom d'un professionnel pouvant m'offrir du soutien.

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que ma participation au projet décrit précédemment est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision, ni à subir de préjudices de quelques natures que ce soit.

Confidentialité des données, résultats de la recherche et publication

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Cela inclut le fait qu'aucune information que je fournirai dans les questionnaires ne sera transmise à mon/ma partenaire. Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation. Si je le désire, je pourrai être informé(e) des principales conclusions de l'étude en contactant la chercheuse responsable. Seuls les chercheurs de la présente étude et des projets associés auront accès aux informations amassées. L'information recueillie pourra être utilisée aux fins de communication scientifique et professionnelle. Tout en préservant la confidentialité, il est aussi possible que les données recueillies soient utilisées afin de réaliser de futures études. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les responsables de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche :

Oui Non

Si oui, s.v.p. fournir votre # de téléphone ou courriel : _____

Consentement libre et éclairé du participant

Je, _____, déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant(e): _____

Fait à _____, le _____ 2010.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Cynthia Demers, chercheuse principale de l'étude, déclare que les chercheurs

collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheuse principale de l'étude : _____

* Veuillez noter que ce formulaire de consentement sera détaché et conservé séparément des questionnaires complétés. *

Ce projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Pour tout problème ou question éthique, contactez Dominique Lorrain au (819) 821-8000, #62644 ou au Cer_lsh@Usherbrooke.ca.

Appendice B

Questionnaire socio-démographique étude 1

Fiche de renseignements personnels

du participant : _____

1- De quel sexe êtes-vous?

- Féminin
- Masculin

2- Quel est votre âge? _____

3- Est-ce que le français est votre langue maternelle?

- Oui
- Non Précisez : _____

4- Êtes-vous né(e) au Québec?

- Oui
- Non Précisez (province, pays): _____

5- Votre mère est-elle née au Québec?

- Oui
- Non Précisez (province, pays): _____

6- Votre père est-il né au Québec?

- Oui
- Non Précisez (province, pays): _____

7- Quel est votre dernier degré de scolarité complété?

- Primaire
- Secondaire
- Formation professionnelle
- Collégial
- 1^{er} cycle universitaire
- 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire
- Autre Précisez : _____

8- Quel est votre principale occupation?

- Travail temps plein
- Travail temps partiel
- Étude à temps plein
- Retraité(e)
- Chômage
- Congé de maternité
- Autre Précisez : _____

9- Quel est votre revenu personnel annuel brut?

- Moins de 10 000\$
- 10 000\$ à 24 999\$
- 25 000\$ à 39 999\$
- 40 000\$ à 54 999\$
- 55 000\$ à 69 999\$
- 70 000\$ à 84 999\$
- 85 000\$ et plus

Fiche de renseignements personnels (suite)

- 1- Quel est votre statut conjugal?
 - En cohabitation
 - Conjoint(e) de fait
 - Marié(e)
 - Autre Précisez : _____

- 2- Quelle est la durée de la relation avec votre partenaire actuel? ____ année(s) ____ mois

- 3- Depuis combien de temps cohabitez-vous avec votre partenaire actuel? ____ année(s) ____ mois

- 4- Avez-vous des enfants à charge?
 - OuiCombien d'enfant(s) à charge avez-vous? _____
 - Non

- 5- Consultez-vous présentement en thérapie en raison de difficultés conjugales?
 - Oui
 - Non

- 6- Consultez-vous présentement en thérapie en raison de difficultés en lien avec l'anxiété?
 - Oui
 - Non

Appendice C

Formulaire de consentement étude 2

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche portant sur l'anxiété et les relations de couple. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Analyse des liens entre l'attachement amoureux, la satisfaction conjugale et l'anxiété.

Personnes responsables du projet

Ariane Dalphond, étudiante en psychologie à l'Université de Sherbrooke, ainsi que Patrick Gosselin et Audrey Brassard, directeurs de thèse, sont responsables de ce projet. Il est réalisé dans le cadre du doctorat en psychologie. Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, veuillez contacter Ariane Dalphond par courriel : Ariane.Dalphond@USherbrooke.ca. Vous pouvez également joindre Patrick Gosselin au xxx-xxx-xxxx, poste xxxxx ou Audrey Brassard au xxx-xxx-xxxx, poste xxxxx.

Objectifs du projet

Le but de ce projet est de poursuivre l'étude des liens entre la satisfaction conjugale, l'attachement amoureux et les symptômes anxieux.

Raison et nature de la participation

Si vous présentez des symptômes d'anxiété, votre collaboration à cette étude exige tout d'abord de répondre à une entrevue clinique d'environ 2h qui aura lieu à l'Université de Sherbrooke. Cette entrevue aura lieu selon vos disponibilités et sera enregistrée sur bande audio. Vous aurez ensuite à répondre à six questionnaires portant sur les divers concepts à l'étude (informations socio-démographiques, satisfaction conjugale, attachement amoureux, anxiété et dépression). Ces questionnaires devraient prendre 30 à 45 minutes à remplir. Il vous sera possible de remplir les questionnaires sur place ou à la maison, selon votre convenance. Le cas échéant, une enveloppe pré-affranchie contenant les questionnaires vous sera remise. Vous aurez à la retourner par la poste dans les plus brefs

délais.

Si vous ne présentez pas de symptômes anxieux, votre participation nécessitera un entretien téléphonique de 30 à 45 minutes pour confirmer l'absence de problème lié à l'anxiété ou d'autres difficultés psychologiques associées. Vous aurez ensuite à répondre à six questionnaires portant sur les divers concepts à l'étude (informations socio-démographiques, satisfaction conjugale, attachement amoureux, anxiété et dépression). Ces questionnaires devraient prendre 30 à 45 minutes à remplir. Vous pourrez les remplir via le site internet sécurisé [surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com).

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage d'une évaluation de vos symptômes d'anxiété et vous permettra d'améliorer la connaissance de votre couple par le biais de réflexions que les questionnaires susciteront. Selon vos besoins, vous pourrez aussi être orientés vers une ressource adaptée. Votre participation contribuera également à l'avancement des connaissances entourant l'anxiété et la vie conjugale.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif, si ce n'est le temps et le déplacement, si nécessaire, qui y seront consacrés. Votre participation ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est possible que lors de l'entrevue vous éprouviez un certain niveau d'anxiété, d'attaques de panique ou d'inquiétudes comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(e)s d'une étude de ce type affirment que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté lors de la rencontre. Soyez assuré que l'évaluateur saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes. Quant au fait de compléter les questionnaires, cela peut vous amener à ressentir de la fatigue ou soulever un malaise découlant de prises de conscience de situations difficiles ou de questionnements sur votre relation de couple. Dans ce dernier cas, vous pourrez communiquer avec Ariane Dalphond afin qu'elle vous fournisse le nom d'un professionnel pouvant vous offrir du soutien. Vous pourriez également contacter directement l'Autre Rive, un organisme venant en aide aux personnes ayant un problème d'anxiété, au (xxx) xxx-xxxx.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et

que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio (le cas échéant) ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Compensations financières

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, âge, enregistrements audio, résultats de l'évaluation et des questionnaires.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. L'accès au code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par le chercheur responsable du projet de recherche.

La chercheuse principale de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Il est aussi possible que ces données servent à d'autres projets de recherche. Le cas échéant, les mêmes normes de confidentialité seront respectées.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Si vous le désirez, vous pourrez être informés des résultats de la recherche et des publications qui en découleront en contactant la chercheuse responsable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans après la fin de la collecte des données. Après cette période, les données seront

détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Études ultérieures

Advenant que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui Non

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : xxx xxx-xxxx poste xxxxxx, ou par courriel à :

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ (nom en lettres moulées),
chercheuse principale de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon
équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche.
Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également
à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre
consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Fait à _____, le _____ 201__

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (nom en lettres moulées),
certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent
formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui
avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à
sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect
des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 201__.

Appendice D

Questionnaire socio-démographique étude 2

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

1. Âge: _____

2. Sexe: (1) F (2) M

3. Habitez-vous avec quelqu'un?

- (0) Non () Oui ⇨ (1) Conjoint(e)
(2) Conjoint(e) et famille (enfants et parents)
(3) Famille (enfants, parents)
(4) Colocataire(s)
(5) Chambre ou Pension
(6) Autre

4. Avez-vous des enfants?

(0) Non (1) Oui

5. Revenu annuel (ménage): (1) moins de 29 999\$ (2) 30 000 à 59 999\$
(3) 60 000 à 89 999\$ (4) 90 000\$ et plus

Nombre de personnes dans le ménage : _____

Nombre de personne à charge : _____

6. Scolarité complétée: (1) Primaire (2) Secondaire
(3) Collégial (ou équivalent) (4) Universitaire

7. Statut de travail: (1) Temps plein (35 hre ou +) nombre d'heures / semaine: _____

(2) Temps partiel (- de 35 hre)

(3) Retraite

(4) Chômage

(5) Aide sociale

(6) Invalidité

(7) Sans emploi / travaille dans la maison

(8) Arrêt temporaire ⇨ Statut antérieur: _____

(9) Autre