

En-tête: DÉPRESSION POST-PARTUM ET DÉTRESSE CONJUGALE

Université du Québec en Outaouais
Département de psychoéducation et de psychologie

Dépression post-partum et détresse conjugale : une évaluation de l'efficacité clinique de la
thérapie de couple axée sur l'émotion

par

Marie-Pierre Fontaine-Paquet

Essai doctoral présenté
en vue de l'obtention
du doctorat en psychologie clinique (D. Psy.)

Août 2015

© Marie-Pierre Fontaine-Paquet, Gatineau, Québec, Canada 2015

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Remerciements	vii
Résumé	viii
Introduction	1
Dépression post-partum	2
Impact sur la mère	3
Impact sur la famille	5
La transition parentale et le couple	6
Dépression post-partum et détresse conjugale	8
Dépression post-partum et attachement	10
Dépression post-partum et soutien offert par les partenaires	17
Traitements psychologiques pour la dépression post-partum	20
Efficacité de la thérapie de couple pour le traitement de la dépression	23
La thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ)	25
Stade I : La désescalade/désintensification	26
Stade II : Les changements dans les prises de position interactionnelles	27
Stade III : La consolidation des changements et l'intégration à la vie de tous les jours	27
La présente étude	30
Objectif	30
Hypothèses	30
Devis de recherche	31
Méthode	32
Participants	32
Couple 1	36
Couple 2	36
Couple 3	37
Couple 4	38
Procédure	38
Niveau de base	39
Traitement	40
Thérapeutes	41
Instruments de mesure	41
Questionnaire socio-démographique	41
Mesure continue des progrès thérapeutiques : Auto-enregistrements	41
Questionnaires remplis à l'entrevue initiale et à chaque quatre séances pendant le traitement	42
<i>Symptômes de dépression post-partum</i>	42

<i>Ajustement dyadique</i>	44
<i>Soutien offert par les partenaires</i>	45
<i>Attachement</i>	46
<i>Alliance thérapeutique</i>	47
Note sur la traduction des mesures en français	47
Analyse des résultats	48
Inspection visuelle	48
Analyse de la signification statistique	49
Analyse de la signification clinique	52
Résultats	53
Données manquantes	53
Auto-enregistrements	53
Mesures remplies avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement	55
Inspection visuelle et analyses de séries chronologiques	55
Symptômes de dépression post-partum	56
<i>Dépression post-partum 1</i>	56
<i>Dépression post-partum 2</i>	57
Ajustement dyadique	57
<i>Ajustement dyadique 1</i>	58
<i>Ajustement dyadique 2</i>	59
<i>Ajustement dyadique 3</i>	60
Soutien offert par les partenaires	61
Analyse de la signification clinique des résultats	63
Mesure de l'alliance thérapeutique	68
Discussion	68
Hypothèses	69
Symptômes de dépression post-partum	69
Ajustement dyadique	73
Soutien offert par les partenaires	73
Symptômes dépressifs des pères et sécurité de l'attachement au sein du couple	74
Commentaires généraux	76
Principaux apports de l'étude	80
Limites de l'étude	81
Données manquantes	81
Menaces à la validité	83
Fidélité du traitement	85
Leçons apprises en court de route et recommandations pour les chercheurs et cliniciens	85
Conclusion	86

Références	88
Annexes	138
Annexe A : Formulaire de consentement	138
Annexe B : Questionnaire socio-démographique	142
Annexe C : Auto-enregistrements quotidiens : Version pour les mères	145
Annexe D : Auto-enregistrements quotidiens : Version pour les pères	146
Annexe E : Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux....	147
Annexe F : Échelle postnatale d'Edinburgh.....	148
Annexe G : Échelle d'ajustement dyadique.....	150
Annexe H : Questionnaire du soutien offert par les partenaires.....	153
Annexe I : Questionnaire des structures relationnelles.....	155
Annexe J : Échelle révisée de l'alliance thérapeutique du couple.....	159

Liste des tableaux

Tableau 1	<i>Pourcentage de données manquantes des auto-enregistrements quotidiens avant et après application de la méthode d'effacement des données manquantes</i>	115
Tableau 2	<i>Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) Symptômes de dépression post-partum Variable 1</i>	116
Tableau 3	<i>Sommaire des résultats aux analyses de séries cronologiques (ARMA) Symptômes de dépression post-partum Variable 2</i>	117
Tableau 4	<i>Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) Ajustement dyadique Variable 1</i>	118
Tableau 5	<i>Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) Ajustement dyadique Variable 2</i>	119
Tableau 6	<i>Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) Ajustement dyadique Variable 3</i>	120
Tableau 7	<i>Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) Soutien offert par les partenaires (Caregiving) Variable 1</i>	121
Tableau 8	<i>Résultats aux mesures des symptômes de dépression post-partum (BDI-FS et EPDS) et de l'ajustement dyadique (DAS)</i>	122
Tableau 9	<i>Résultats à la mesure du soutien offert par les partenaires (CQ)</i>	123
Tableau 10	<i>Résultats à la mesure de l'attachement envers le partenaire (ECR-RS)</i>	124
Tableau 11	<i>Indice de changement stable (RCI) à partir des cotes sur les mesures validées.....</i>	125
Tableau 12	<i>Sommaire de la signification statistique des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) et à l'Indice de changement stable (RCI).....</i>	126
Tableau 13	<i>Résultats à la mesure de l'alliance thérapeutique (CTAS-r)</i>	127

Liste des figures

Figure 1	Symptômes de dépression post-partum (DPP) Variable 1 sur une base quotidienne pour les mères	128
Figure 2	Symptômes de dépression post-partum (DPP) Variable 2 sur une base quotidienne pour les mères	129
Figure 3	Ajustement dyadique Variable 1 sur une base quotidienne pour les mères.....	130
Figure 4	Ajustement dyadique Variable 1 sur une base quotidienne pour les pères	131
Figure 5	Ajustement dyadique Variable 2 sur une base quotidienne pour les mères	132
Figure 6	Ajustement dyadique Variable 2 sur une base quotidienne pour les pères.....	133
Figure 7	Ajustement dyadique Variable 3 sur une base quotidienne pour les mères.....	134
Figure 8	Ajustement dyadique Variable 3 sur une base quotidienne pour les pères.....	135
Figure 9	Soutien offert par les partenaires (Caregiving) Variable 1 sur une base quotidienne pour les mères	136
Figure 10	Soutien offert par les partenaires (Caregiving) Variable 1 sur une base quotidienne pour les pères	137

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon superviseur, Paul Greenman, pour tout son soutien dans la réalisation de ce projet. Merci de m'avoir donné la liberté de voler de mes propres ailes tout en étant toujours disponible quand j'en avais besoin.

Merci aussi à Stéphane Bouchard qui m'a généreusement offert plusieurs heures de son temps pour me guider dans les analyses de séries chronologiques. Il a su rendre ces analyses complexes plus facilement accessibles et faire en sorte que je puisse les utiliser pour enrichir mon projet.

J'aimerais remercier Marie-Pier LeClerc pour sa contribution à ce projet en tant que thérapeute dans l'étude, pour tout son travail et ses idées, et surtout pour son amitié et sa collégialité. J'aimerais aussi remercier mon assistante de recherche Karolina Sztajerowska pour sa flexibilité, sa générosité avec son temps et toute son attention aux détails.

Merci à mes anciens collègues au Programme de santé mentale périnatale à l'Hôpital d'Ottawa qui ont inspiré mon intérêt pour la recherche sur la santé mentale périnatale, surtout sur des interventions efficaces qui peuvent améliorer le bien-être de toute la famille dans une période si cruciale du développement des enfants. Je les remercie également pour leur aide dans le recrutement pour ce projet.

J'aimerais remercier tous les couples qui ont choisi de participer; sans eux, le projet n'aurait pas eu lieu. Je suis très reconnaissante de leur volonté à investir leur temps à un moment si occupé de leur vie, pour nous aider à avancer les connaissances dans ce domaine qui nécessite tellement plus de recherche.

Un sincère merci à mes collègues et amis, François Sallafranque St-Louis et Rana Karam, pour tout leur soutien, affection et encouragement les dernières années.

Je tiens aussi à reconnaître le soutien et l'amour de mes parents, Daniel et Louise Paquet, tout au long de ma vie. Sans cela, je ne serais pas où je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir transmis le désir d'apprendre et l'importance de l'éducation.

Finalement, je tiens à remercier mon amoureux et meilleur ami, Bruno Daoust, avec qui je partage mon quotidien, qui a été à mes côtés tout au long de ce projet et m'a soutenue de tellement de façons, incluant passer de longues heures à m'aider à créer mes figures. Merci de croire en moi et de m'encourager à poursuivre mes ambitions.

Résumé

Étant donné la relation bidirectionnelle entre la dépression post-partum et la détresse conjugale (Najman et al., 2014), il est surprenant qu'une seule étude jusqu'à présent porte sur une intervention de couple visant à traiter la combinaison des problèmes (Carter, Grigoriadis, & Ross, 2010). La présente étude contribue à remplir cette lacune en évaluant l'efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ), qui n'a pas encore été validée pour le traitement de la dépression post-partum mais qui a eu des résultats prometteurs pour le traitement de la dépression majeure chez des femmes dans des couples en détresse (Denton, Wittenborn, & Golden, 2012; Dessaulles, Johnson, & Denton, 2003). Un protocole à cas unique avec des niveaux de base multiples en fonction des couples a été utilisé. Quatre patientes diagnostiquées avec la dépression post-partum ont été recrutées avec leurs partenaires (cependant un des couples a dû être exclu des analyses). Des analyses d'inspection visuelle, de séries chronologiques (ARMA; Box & Jenkins, 1970) et de l'Indice de changement stable (RCI; Jacobson & Truax, 1991) ont révélé que les symptômes de dépression post-partum semblent s'être améliorés chez deux (des trois) femmes. L'ajustement dyadique et le soutien offert par les partenaires semblent s'être améliorés chez tous les couples suite au traitement. Les résultats offrent des preuves préliminaires à l'appui de l'efficacité de la TCÉ dans le traitement de la dépression post-partum chez des femmes dans des couples en détresse.

Mots clés : Dépression post-partum, détresse conjugale, attachement, soutien offert par les partenaires (ou *caregiving*), thérapie de couple, devis à niveaux de base multiples.

Dépression post-partum et détresse conjugale : une évaluation de l'efficacité clinique de la thérapie de couple axée sur l'émotion

La naissance d'un enfant est un moment qui amène des changements majeurs pour la mère, le couple et la famille. Pour les femmes, il n'y a presque aucun autre événement de la vie qui rivaliserait les modifications neuroendocriniennes et psychosociales associées à la grossesse et à l'accouchement (Llewellyn, Stowe, & Nemeroff, 1997). Les femmes enceintes, ou ayant récemment accouché, sont à risque pour divers troubles psychologiques, en particulier les troubles de l'humeur (Stocky & Lynch, 2000). La dépression post-partum serait une des complications les plus courantes de la grossesse (Gavin et al., 2005; O'Hara & Swain, 1996) et les partenaires¹ seraient également à risque plus élevé de dépression dans l'année suivant la naissance d'un enfant (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010).

L'adaptation parentale amène des défis importants pour les couples. Les nouveaux parents doivent gérer les stress de la grossesse et de l'accouchement, accueillir dans leur famille un nourrisson fortement dépendant et répondre à ses nombreux besoins (Belsky, Ward, & Rovine, 1986); cela requiert des adaptations significatives à des nouveaux rôles et responsabilités pour chacun des partenaires (O'Hara & Stuart, 2010). Pour un bon nombre de couples, la naissance d'un enfant serait liée à une baisse de la satisfaction conjugale (Cowan & Cowan, 1988; Lawrence, Cobb, Rothman, Rothman, & Bradbury, 2008). L'adaptation parentale à la naissance d'un enfant pourrait donc être un événement stressant qui nécessite des ajustements continus tant au niveau individuel qu'au niveau du couple et de la famille (Dulude, Bélanger, & Wright, 1999). La capacité à chacun de s'ajuster à l'arrivée d'un nouveau bébé a des répercussions sur le bien-être de toute la famille (Dulude et al., 1999).

¹ Nous utilisons le terme « partenaire » comme synonyme de « conjoint » ou « conjointe ».

La mise à l'épreuve de traitements psychologiques efficaces pour la dépression post-partum est particulièrement importante à cause de son impact négatif sur toute la famille. La grande majorité des traitements validés pour la dépression post-partum jusqu'à présent sont des traitements individuels auprès de la mère seulement (Letourneau et al., 2012). Étant donné les liens bien établis dans la littérature entre la dépression post-partum, la détresse conjugale, l'attachement et le soutien offert par les partenaires, des interventions de couple sont particulièrement prometteuses pour le traitement de la dépression post-partum, surtout chez des femmes dans des couples en détresse (Carter, Grigoriadis, Ravitz, & Ross, 2010). Cependant, il y a un manque de recherches évaluant l'impact d'interventions de couple sur la dépression post-partum (Letourneau et al., 2012). La présente étude contribue à remplir cette lacune en évaluant l'efficacité d'une thérapie de couple structurée, la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ; Johnson, 2004) pour le traitement de la dépression post-partum.

Dans le texte qui suit, nous allons présenter ce qui est connu sur la dépression post-partum et son impact sur la mère et sur toute la famille. Nous discuterons des liens entre la dépression post-partum, la détresse conjugale, l'attachement et le soutien offert par les partenaires. Ensuite, nous allons faire une revue des traitements psychologiques pour la dépression post-partum et leur efficacité, avec les interventions axées sur les relations interpersonnelles et l'attachement, y compris la thérapie de couple, mises en évidence. Finalement, nous allons expliquer le choix de la TCÉ pour le traitement de la dépression post-partum chez des couples en détresse.

Dépression post-partum

Les résultats de la plupart des études sur le sujet suggèrent que la dépression post-partum affecte 10 à 15 % des femmes qui accouchent (Gavin et al., 2005; O'Hara & Swain, 1996) et, selon certains chercheurs, le taux de prévalence pourrait être encore plus élevé (Norhayati, Nik

Hazlina, Asrenee, & Wan Emilin, 2015). Il y a des controverses dans la littérature à savoir si la dépression post-partum fait partie du même syndrome que la dépression majeure ou si elle est une entité distincte (Jones & Cantwell, 2010; Wisner, Moses-Kolko, & Sit, 2010). Certains chercheurs ont trouvé des différences entre la dépression post-partum et la dépression majeure dans la prévalence et la sévérité des symptômes (Eberhard-Gran, Tombs, Opjordsmoen, Skrandal, & Eskild, 2003; Pitt, 1968; Whiffen & Gotlib, 1993), cependant la plupart d'entre eux concluent que la présentation clinique n'est pas distincte (Cooper, Campbell, Day, Kennerley, & Bond, 1988; Cooper et al., 2007; Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Whiffen, 1992).

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10; Organisation mondiale de la santé, 1992), la dépression post-partum ne se distingue pas sur le plan clinique d'un épisode dépressif pouvant se produire à un autre moment dans la vie d'une femme. Le diagnostic repose sur les critères d'un épisode dépressif majeur (à caractère non psychotique ou psychotique), avec comme spécificité une apparition des symptômes dans les six semaines suivant l'accouchement (CIM-10 et DSM-5). Selon le DSM-5 (2013), 50% des épisodes dépressifs majeurs « post-partum » commenceraient avant l'accouchement; ainsi, la période d'apparition des symptômes a été étendue pour inclure la grossesse dans le DSM-5. Certains suggèrent que cette fenêtre d'apparition des symptômes soit encore trop restrictive et qu'elle devrait être étendue à six mois suivant l'accouchement (p. ex., Jones & Cantwell, 2010; Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors, & Mortensen, 2006).

Impact sur la mère. La dépression post-partum, lorsqu'elle n'est pas traitée, provoque une souffrance importante pour les mères (Fitelson, Kim, Baker, & Leight, 2011). L'expérience de la dépression après la naissance d'un bébé peut être incongrue avec les notions personnelles ou

sociales de la maternité comme un événement uniquement joyeux, ce qui peut augmenter les sentiments d'isolement, de culpabilité, d'impuissance et de désespoir qui caractérisent fréquemment l'état dépressif (Fitelson et al., 2011). Les soins d'un nourrisson sont très exigeants, même pour les femmes qui ne sont pas déprimées; pour celles qui souffrent de dépression post-partum, l'expérience peut devenir accablante (Cooper et al., 1988). Les femmes avec la dépression post-partum sont plus à risque de fumer (Whitaker, Orzol, & Kahn, 2007), de consommer de l'alcool, et d'abuser des substances (Ross & Dennis, 2009). Dans des cas extrêmes, les mères peuvent être à risque de suicide et/ou d'infanticide (Miller, 2002). Même si les taux de suicide pour les femmes enceintes et post-partum sont moins élevés que dans la population générale, le suicide demeure une cause importante de mortalité chez les mères (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005; Oates, 2003).

Chez certaines femmes atteintes de dépression post-partum, les symptômes dépressifs seraient encore présents au-delà de la première année suivant l'accouchement (Goodman, 2004; Horowitz & Goodman, 2004). Vliegen, Casalin et Luyten (2014) ont trouvé qu'environ 30% à 50% des mères continuaient à avoir une dépression majeure pendant et au-delà de l'année suivant la naissance de leur enfant. Les facteurs suivants prédisaient un risque plus élevé de dépression post-partum chronique : une faible qualité de la relation de couple; des antécédents de dépression; l'abus sexuel ou des soins maternels de faible qualité à l'enfance; un niveau de stress plus élevé; et des vulnérabilités liées à la personnalité. Un autre facteur significatif dans la durée de la dépression post-partum serait le délai avant de recevoir un traitement adéquat (England, Ballard, & George, 1994). Finalement, le risque de récurrence de la dépression post-partum lors de grossesses ultérieures est important (Cooper & Murray, 1995; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987),

et les femmes ayant souffert de dépression post-partum seraient deux fois plus à risque de développer des épisodes dépressifs sur une période de cinq ans (Cooper & Murray, 1995).

Impact sur la famille. L'apparition d'un trouble de santé mentale à un moment si important de la vie familiale a des répercussions non seulement sur la mère mais sur toute la famille (Letourneau et al., 2012; Ross, Dennis, Robertson-Blackmore, & Stewart, 2005). La mère constitue souvent le principal environnement social du nourrisson au cours des premiers mois de vie, à un temps où celui-ci se développe rapidement; la dépression post-partum est donc susceptible d'avoir un impact important sur le développement du nourrisson (Beck, 1995). Selon les résultats d'une méta-analyse, la dépression post-partum aurait un effet important sur les interactions mère-enfant pendant la première année suivant l'accouchement (Beck, 1995). Les mères déprimées seraient moins sensibles à leurs nourrissons et moins portées à affirmer les comportements de ceux-ci, ce qui semble avoir un impact négatif sur leur développement cognitif (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996) et socio-émotionnel (Murray et al., 1999). Il y aurait également une association significative entre la dépression post-partum et un attachement insécurisant chez les enfants (Murray et al., 1996). La dépression post-partum a été liée à des moins bonnes habiletés cognitives chez des enfants âgés de 18 mois (Murray et al., 1996) et de quatre ans (Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, & Kumar, 1986; Sharp et al., 1995), et à des difficultés sociales chez des enfants de cinq ans (Murray et al., 1999), signifiant que la dépression post-partum aurait un impact sur le développement de l'enfant à plus long terme.

Les pères seraient également à risque plus élevé de dépression au cours de la période postnatale (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Une récente méta-analyse suggère qu'environ 10% des pères vivraient une dépression pendant la première année post-partum (Paulson & Bazemore, 2010), et ce risque serait plus élevé si leur partenaire est déprimée. En fait,

la dépression post-partum chez les mères serait le plus fort prédicteur de la dépression chez les pères pendant la période post-partum (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Si les deux parents ont des symptômes dépressifs pendant la période postnatale, l'interaction entre la dépression de la mère et du père peut mener à des effets encore plus néfastes sur le développement de l'enfant (Goodman, 2004).

La transition parentale et le couple

Pour la majorité des couples, la transition parentale est une source importante de stress (Rholes, Simpson, Campbell, & Grich, 2001). La naissance d'un enfant est une période d'ajustement qui peut avoir des effets significatifs sur plusieurs aspects de la relation de couple (Cowan & Cowan, 1988); les partenaires passent typiquement moins de temps ensemble et rapportent plus de conflits conjugaux, une diminution des activités de loisir partagées et de la camaraderie, ainsi qu'une diminution de la fréquence des relations sexuelles (Cowan & Cowan, 2000; Feeney, Hohaus, Noller, & Alexander, 2001; Gottman & Notarius, 2002). Pour un bon nombre de couples, la naissance d'un enfant serait liée à une baisse de la satisfaction conjugale, surtout après la naissance du premier enfant (Cowan & Cowan, 1988; Lawrence et al., 2008).

Toutefois, les résultats d'une étude par Schulz, Cowan et Cowan (2006) suggèrent que des interventions préventives pendant la période périnatale qui visent à renforcer les relations de couple peuvent aider les couples à mieux gérer les stress liés à la transition parentale. Schulz et ses collègues ont suivi 66 couples qui attendaient leur premier enfant. Les participants ont été suivis du dernier trimestre de la grossesse jusqu'à 66 mois post-partum. Certains des couples ont été affectés au hasard à un groupe d'intervention ($n = 28$) et ont reçu une intervention de couple en groupe de 24 semaines; d'autres couples ont été affectés au hasard à un groupe de comparaison ($n = 38$) sans intervention. Les chercheurs ont également suivi 13 couples

comparables sans enfants qui ont servi de deuxième groupe de comparaison. Tous les couples ont complété des évaluations de leur satisfaction conjugale à cinq points dans le temps. Les résultats de l'étude indiquaient que les nouveaux parents ont vécu une diminution de leur satisfaction conjugale dans la transition parentale, tandis que la satisfaction conjugale des couples sans enfants n'a pas changé. Cependant, les nouveaux parents qui avaient reçu l'intervention de couple ont vécu moins de diminution de leur satisfaction conjugale que ceux qui n'avaient pas reçu l'intervention.

La majorité de la recherche sur la transition parentale porte sur les couples hétérosexuels (Letourneau et al., 2012). Peu d'études ont exploré l'expérience de la transition parentale chez les minorités sexuelles, à l'exception de Goldberg et Smith (2008, 2011) qui suggèrent que, comme chez les couples hétérosexuels, il y aurait des changements négatifs à la santé mentale des couples gais et lesbiennes dans la transition parentale. De plus, une meilleure qualité de la relation de couple serait liée à une meilleure santé mentale pendant la transition parentale chez les couples gais et lesbiennes (Goldberg & Smith, 2011), comme chez les couples hétérosexuels (Logsdon & Usui, 2001). Toutefois, il y aurait des différences importantes dans l'expérience de la transition parentale des couples gais et lesbiennes (comparé aux couples hétérosexuels) étant donné des stress uniques liés à l'hétérosexisme dans la culture dominante de notre société occidentale (Goldberg & Smith, 2011; Herek, Gillis, & Cogan, 2009).

Avec un plus grand nombre de personnes gais et lesbiennes qui deviennent parents (Gates, Badgett, Macomber, & Chambers, 2007), il y a un grand besoin de mieux comprendre leurs expériences de la transition parentale. Cependant, compte tenu du peu d'études qui portent sur les expériences de la transition parentale et de la dépression post-partum chez des personnes avec une diversité d'orientation sexuelle et de genre, et encore moins d'études qui portent sur des

interventions auprès de ces populations, les sections qui suivent portent sur des études auprès de couples hétérosexuels.

Dépression post-partum et détresse conjugale

Les résultats de plusieurs études indiquent des associations entre la dépression post-partum et la détresse conjugale (Kumar & Robson, 1984; McGill, Burrows, Holland, Langer, & Sweet, 1995; O'Hara, 1986; Watson, Elliott, Rugg, & Brough, 1984; Whiffen, 1988; Whisman, Davila, & Goodman, 2011; Zelkowitz & Millet, 1996). Malgré l'utilisation de divers échantillons, mesures et périodes d'évaluation, la qualité de la relation de couple ressort systématiquement comme un facteur de risque important pour la dépression post-partum (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Pope, 2000). Wilkinson et Mulcahy (2010) ont trouvé que 29,8% des mères avec la dépression post-partum rencontraient l'indicateur de la détresse conjugale de l'Échelle d'ajustement dyadique (*Dyadic Adjustment Scale*, DAS; Spanier, 1976) de 97 ou moins, comparé à seulement 5,5% des mères dans le groupe de comparaison qui n'étaient pas déprimées. Ce taux de 29,8% pour les mères déprimées était aussi considérablement plus grand que celui des couples mariés dans la population générale, qui varierait de 16 à 20% (Eddy, Heyman, & Weiss, 1991).

L'association entre la détresse conjugale et la dépression en général (pas spécifique à la période périnatale) est bien documentée dans la littérature (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990; Whisman, 2001). Whisman (2001) a trouvé dans une méta-analyse de 26 études impliquant plus de 3,700 femmes et 2,700 hommes que l'insatisfaction conjugale expliquait environ 18% de la variance dans les symptômes dépressifs des femmes et 14% dans ceux des hommes, suggérant que l'association entre les symptômes dépressifs et l'insatisfaction conjugale aurait une taille de l'effet de moyenne à grande d'après Cohen (1988). L'association entre les symptômes dépressifs

et l'insatisfaction conjugale serait significativement plus grande chez les femmes que chez les hommes (Whisman, 2001).

En plus d'être un facteur de risque pour la dépression post-partum, la qualité de la relation de couple a été associée à la chronicité de la dépression post-partum (Patel, Rodrigues, & DeSouza, 2002). Les résultats d'une étude auprès de 139 mères ont révélé qu'une détérioration de la relation de couple pendant la grossesse était un facteur de risque significatif pour des problèmes de santé mentale chroniques chez les mères (Viinamaki, Niskanen, Pesonen, & Saarikoski, 1997). La qualité de la relation de couple serait également associée à la sévérité des symptômes. Une étude a porté sur la détresse psychologique de 109 femmes ayant récemment accouché et a trouvé que la sévérité de la détresse de la femme était systématiquement associée à la qualité de sa relation avec son partenaire (Fisher, Feekery, & Rowe-Murray, 2002).

La détresse conjugale est un facteur de risque pour la dépression post-partum, mais elle est aussi un résultat possible de la dépression post-partum. En fait, différents auteurs ont noté la relation négative bidirectionnelle entre la dépression et la qualité des relations interpersonnelles (Najman et al., 2014; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2007). Notamment, les résultats d'une étude longitudinale auprès de mères recrutées au début de leur grossesse et suivi sur une période de 21 ans, avec des mesures répétées des symptômes dépressifs et de la qualité de leur relation conjugale, a démontré que la détresse conjugale était aussi susceptible de prédire la dépression subséquente que la dépression de prédire la détresse conjugale (Najman et al., 2014). De plus, les problèmes de couple associés à la dépression post-partum ne semblent pas se résoudre de façon spontanée. En fait, une étude démontre que les couples qui avaient des problèmes de santé mentale et des problèmes conjugaux dans le post-partum continuaient à avoir des problèmes conjugaux quatre ans et demi plus tard (Nettelbladt, Uddenberg, & Englesson, 1985).

Une relation de couple satisfaisante n'a pas seulement des effets bénéfiques sur les parents; elle est également associée de manière positive à des relations parent – nourrisson de meilleure qualité, des attitudes parentales plus positives, un plus grand investissement parental, une plus grande sensibilité envers le nourrisson, et un plus grand sentiment de compétence dans les soins du nourrisson (Letourneau et al., 2012). En revanche, les difficultés de couple ont un impact négatif sur les interactions parent – enfant et peuvent agir comme médiateur entre la dépression post-partum et les effets négatifs chez les enfants (Hanington, Heron, Stein, & Ramchandani, 2012; Stein et al., 1991).

La relation de couple devient particulièrement importante pendant la période périnatale; souvent les parents ont moins de contact pendant cette période avec leurs autres réseaux sociaux établis à travers le travail et les autres activités (Perren, Von Wyl, Burgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005). De plus, lors de la naissance d'un enfant, plusieurs nouveaux agents stressants sont introduits dans la vie du couple, avec une augmentation des besoins, des demandes et des attentes des partenaires un envers l'autre. Les partenaires doivent créer des liens d'attachement avec leur bébé et subvenir à ses nombreux besoins, tout en continuant à nourrir la relation d'attachement dans le couple. La question de la sécurité de l'attachement est donc susceptible de devenir particulièrement importante à ce moment (Alexander, Feeney, Hohaus, & Noller, 2001; Whiffen & Johnson, 1998). C'est pourquoi certains auteurs ont proposé que la théorie de l'attachement peut être utile pour conceptualiser l'adaptation psychosociale du couple suivant la naissance d'un enfant (Alexander et al., 2001; Whiffen & Johnson, 1998).

Dépression post-partum et attachement

À l'origine, la théorie de l'attachement a été proposée pour comprendre l'importance du lien affectif fort qui s'établit entre le nourrisson et sa principale figure d'attachement,

typiquement la mère (Bowlby, 1969/1982). Dès la naissance, le nourrisson serait pourvu d'un système d'attachement qui organise ses expressions émotives et comportementales pour rechercher la proximité de sa figure d'attachement. Ce système d'attachement chez le nourrisson serait complété par un système de soins (ou *caregiving*) chez la figure d'attachement qui organise ses réponses aux besoins de l'enfant (Bowlby, 1969/1982; Solomon & George, 1996). En particulier, le système d'attachement serait le plus activé dans des moments d'adversité, d'incertitude, de peur ou de maladie. La figure d'attachement servirait alors à fournir de la protection et à réduire le sentiment de menace (Bowlby, 1969/1982).

Selon Bowlby (1969/1982), ces systèmes se développent au cours de la vie, permettant aux individus de rechercher de la protection et d'en donner à ceux avec qui ils partagent des liens d'attachement. D'autres chercheurs ont étendu la théorie de l'attachement au-delà de ses origines dans la description de la relation mère – nourrisson, pour décrire les relations amoureuses adultes (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987). Chez les adultes, on suppose que la principale figure d'attachement est le(la) partenaire. Les situations de stress activent, dans les relations de couple (comme dans la dyade mère – nourrisson), des processus d'attachement tels que la recherche de la proximité et de soins offerts par les partenaires (Mikulincer & Florian, 1998).

Les théoriciens de l'attachement proposent que les individus développent des façons habituelles d'être en relation et des modèles de soi et des autres (ou *working models*) qui peuvent être positifs ou négatifs selon leurs expériences dans des relations d'attachement passées et présentes (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007). Si les individus se sentent aimés, protégés et en sécurité dans leurs relations, ils tendent à développer un attachement sécurisant, une vision positive de soi comme méritant de l'amour et de l'attention, et une vision positive des autres comme fiables et dignes de confiance. En

revanche, lorsque les figures d'attachement (p. ex., le partenaire) des individus ne leur sont pas accessibles en temps de besoin et ne répondent pas à leurs besoins socioaffectifs, ceux-ci tendent à développer un attachement insécurisant, ainsi qu'une vision négative de soi comme ne méritant pas de l'amour et de l'attention, et/ou une vision négative des autres comme peu fiables et rejetants. Selon Bartholomew et Horowitz (1991), quatre styles d'attachement peuvent être dérivés du croisement de ces modèles de soi et des autres, qui correspondent aux styles d'attachement : sécurisant (visions positives de soi et des autres), évitant (vision positive de soi et négative des autres), préoccupé (vision négative de soi et positive des autres), et craintif (visions négatives de soi et des autres).

D'autres auteurs, plutôt que de concevoir l'attachement de façon catégorielle comme Bartholomew et Horowitz (1991), conçoivent l'attachement selon deux dimensions, soit l'évitement de l'intimité et l'anxiété face à l'abandon (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Selon certains chercheurs (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2002), les individus élevés en évitement de l'intimité seraient davantage préoccupés par l'indépendance et seraient inconfortables avec l'intimité; lorsqu'ils se sentent menacés, ils auraient tendance à désactiver leur système d'attachement (p. ex., retrait et détachement de leur partenaire). D'autre part, les individus élevés en anxiété face à l'abandon seraient davantage préoccupés par les relations et par le rejet, et auraient tendance à hyperactiver leur système d'attachement lorsqu'ils se sentent menacés (p. ex., poursuite de leur partenaire par des expressions de colère et de critiques). La sécurité de l'attachement est définie comme un niveau faible d'évitement de l'intimité et de l'anxiété face à l'abandon, tandis que l'insécurité de l'attachement est définie comme des niveaux élevés d'une ou des deux dimensions (Brennan et al., 1998). Lorsque les deux dimensions sont combinées, ils correspondent aux styles d'attachement identifiés par Bartholomew et Horowitz :

sécurisant (niveaux faibles d'évitement et d'anxiété), évitant (niveau élevé d'évitement et niveau faible d'anxiété), préoccupé (niveau faible d'évitement et niveau élevé d'anxiété), et craintif (niveaux élevés d'évitement et d'anxiété; Brennan et al., 1998).

Les individus avec un niveau plus élevé de sécurité de l'attachement auraient plus de capacité que ceux avec des niveaux plus faibles de sécurité à réguler leurs émotions (Fonagy, 2001), auraient davantage tendance à se tourner vers leurs proches pour du soutien dans des situations de stress, et seraient davantage capables d'articuler leurs besoins de façon à augmenter les chances que ceux-ci soient comblés par l'autre (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2002). Ces individus seraient également plus capables de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements des autres (Fonagy, 2001), et de fournir du soutien approprié, sensible et empathique à leurs proches (Bouthilier, Julien, Dubé, Bélanger, & Hamelin, 2002; Collins & Ford, 2010; Kuncé & Shaver, 1994; Millings & Walsh, 2009).

Par contre, les individus avec un niveau élevé d'anxiété face à l'abandon (c.-à-d., préoccupés et craintifs) auraient tendance à devenir envahis par leur détresse, et auraient de la difficulté à réguler leurs émotions (Fonagy, 2001) et à articuler leurs besoins de soutien de sorte à favoriser les réponses recherchées de leurs proches (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2002). Ces individus auraient également plus de difficulté à offrir du soutien sensible aux besoins de leurs proches (Collins & Ford, 2010; Kuncé & Shaver, 1994; Millings & Walsh, 2009). Par exemple, Collins et Ford (2010) ont trouvé que ces individus avaient tendance à fournir un niveau élevé de soutien peu importe le niveau de détresse exprimé et affiché par leur partenaire. Quant à eux, les individus avec un niveau élevé d'évitement de l'intimité (c.-à-d., évitants et craintifs) auraient des stratégies de régulation de leurs émotions qui les amèneraient à se retirer affectivement de la relation (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2002).

De plus, ces individus, dans un effort d'éviter leurs émotions et celles des autres, auraient tendance à être plus rejetants et négligents dans le soutien qu'ils procurent (Collins & Ford, 2010; Kunce & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007). Il n'est donc pas surprenant qu'il y ait une association entre l'attachement insécurisant et des niveaux plus élevés de détresse conjugale (Mikulincer & Shaver, 2007), et que les couples dont les deux partenaires ont un attachement insécurisant rapportent les niveaux les plus faibles de soutien envers leur partenaire (Davila & Kashy, 2009).

Selon Shaver et Hazan (1993), un attachement sécurisant fonctionnerait comme une ressource interne qui aurait un effet protecteur sur la santé mentale. En revanche, un attachement insécurisant (c.-à-d., préoccupé, évitant ou craintif) représenterait un facteur de risque potentiel pour la santé mentale (Shaver & Hazan, 1993), particulièrement pour la dépression. En fait, un bon nombre d'études empiriques démontrent une forte association entre un attachement insécurisant et des niveaux plus élevés de dépression (Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1994; Murphy & Bates, 1997; Whiffen, Kallos-Lilly, & MacDonald, 2001). Dans des échantillons cliniques de femmes, on trouve que la dépression est associée au style d'attachement craintif, indiquant que les femmes cliniquement déprimées ont tendance à vouloir être proches de leurs partenaires mais à avoir peur d'être rejetées par eux (Carnelley et al., 1994; Whiffen et al., 2001). Cette association entre un attachement craintif et des symptômes dépressifs a également été trouvée chez les hommes, confirmant que la dépression est associée à des modèles négatifs de soi comme étant pas aimable et des figures d'attachement comme étant rejetantes (Whiffen et al., 2001). Les personnes ayant un attachement insécurisant auraient tendance à interpréter les événements stressants ou ambigus de leur vie de façon à confirmer leurs modèles négatifs de soi et des autres (Ingram, Miranda, & Segal, 1998), qui sont liés à la dépression (Beck, 1967).

Les études sur la dépression post-partum démontrent également une association entre un attachement insécurisant et la dépression post-partum (Feeney, Alexander, Noller, & Hohaus, 2003; Ikeda, Hayashi, & Kamibeppu, 2014). Dans une étude prospective, les chercheurs ont suivi 92 couples mariés du second trimestre de la première grossesse jusqu'à ce que leur nourrisson ait six semaines, pour étudier les relations entre le style d'attachement, les ressources et les stratégies d'adaptation, et les tensions parentales (Alexander et al., 2001). La sécurité de l'attachement des partenaires avait des effets directs et indirects sur la capacité des partenaires à s'adapter à la transition parentale. En particulier, l'attachement semblait prédire les ressources et stratégies d'adaptation, ainsi que les tensions parentales perçues. Dans le même ordre d'idées, Feeney et al. (2003) ont trouvé dans leur étude longitudinale de couples pendant la transition parentale que des femmes avec un attachement insécurisant étaient plus vulnérables à la dépression post-partum, surtout si leurs partenaires s'en occupaient moins bien, et que la dépression post-partum était associée à des augmentations de la détresse dans le couple et de l'insécurité de l'attachement des deux partenaires. McMahon, Barnett, Kowalenko et Tennant (2005), dans une étude prospective avec 100 femmes, ont trouvé qu'un attachement insécurisant et des facteurs relationnels semblaient être liés au maintien des symptômes dépressifs jusqu'à 12 mois post-partum.

Dans une autre étude avec des mères déprimées (et un groupe de comparaison de mères qui n'étaient pas déprimées), les chercheurs ont trouvé que les mères déprimées avaient significativement plus de chances d'avoir un attachement insécurisant (Wilkinson & Mulcahy, 2010). Le style d'attachement le plus commun chez les femmes déprimées était le style d'attachement craintif, comme dans Whiffen et al., (2001), mais la dépression était également associée au style d'attachement préoccupé. Les mères déprimées rapportaient des niveaux

significativement plus faibles d'ajustement dyadique, de soutien social et d'attachement avec leur nourrisson (Wilkinson & Mulcahy, 2010).

Le style d'attachement des partenaires semble également avoir un effet sur la chronicité et le cours de la dépression chez les femmes. Les résultats de l'étude de Whiffen et al. (2001) suggèrent que les femmes déprimées de façon chronique tendent à être mariées à des hommes qui ont un attachement moins sécurisant que celles qui ont des épisodes dépressifs délimités dans le temps. De plus, les femmes avec des partenaires qui ont un attachement plus évitant seraient plus sévèrement déprimées six mois plus tard (Whiffen et al., 2001). Whiffen et al. (2001) ont fait l'hypothèse que les comportements interpersonnels des partenaires, liés à leur attachement évitant, peuvent confirmer les modèles négatifs des femmes avec un attachement craintif (ou préoccupé) et contribuer au maintien de leur dépression.

Simpson, Rholes et Campbell (2003) suggèrent que la perception des femmes du soutien de leur partenaire peut agir comme médiateur entre les styles d'attachement préoccupé et craintif (caractérisés par un niveau d'anxiété élevé), la diminution de la satisfaction conjugale et l'augmentation des symptômes dépressifs. Ces femmes entameraient la transition parentale avec des préoccupations quant à la disponibilité et le niveau de soutien de leur partenaire; elles seraient donc plus à risque de percevoir moins de disponibilité et moins de soutien de leur partenaire, de sorte à confirmer leurs modèles négatifs de soi et de l'autre. Cette manière de percevoir le soutien de leur partenaire pourrait ensuite influencer comment ces femmes se comportent avec leur partenaire, les emmenant à se comporter de sorte à aliéner leur partenaire et à le décourager d'offrir du soutien.

En même temps, les résultats d'une étude par Stapleton et al. (2012) indiquent que, même si le soutien du partenaire pendant la grossesse est en partie une fonction de la qualité de sa

relation avec sa partenaire et des attentes relationnelles de celle-ci, le soutien du partenaire pendant la grossesse peut jouer un rôle important à améliorer le bien-être des mères et des nourrissons après la naissance. On constate de plus en plus la malléabilité de la sécurité de l'attachement, particulièrement au sein du couple (Burgess Moser, 2012). Même si les modèles d'attachement tendent à être relativement stables dans le temps, ils peuvent être modifiés à partir d'interactions nouvelles réparatrices avec des figures d'attachement (Bowlby, 1988; Pietromonaco, Laurenceau, & Feldman Barrett, 2002). Des changements à la sécurité de l'attachement dans des relations de couple (Crowell, Treboux, & Waters, 2002; Davila & Kashy, 2009), particulièrement pendant la transition parentale (Simpson, Rholes, Campbell, & Wilson, 2003), ont été liés à la perception des individus de la disponibilité et du soutien de leur partenaire en temps de besoin.

Dépression post-partum et soutien offert par les partenaires

La présence d'un partenaire soutenant peut alléger le stress associé à la transition parentale et protéger des femmes vulnérables de développer la dépression post-partum (Ledbetter, 2013). Dans une étude de 63 couples mariés dont les femmes étaient enceintes et à risque de dépression post-partum (à cause de leurs antécédents psychiatriques), les femmes qui n'avaient pas développé la dépression post-partum avaient des partenaires qui étaient significativement plus positifs à leur sujet que les femmes qui avaient rechuté (Marks, Wieck, Checkley, & Kumar, 1996).

Les résultats de plusieurs études suggèrent que le manque de soutien émotionnel et instrumental du partenaire soit un des facteurs de risque les plus importants pour la dépression pendant la période post-partum, pour les mères (Beck, 2001; Dennis & Ross, 2006; Milgrom et al., 2008; O'Hara, 1986; O'Hara & Swain, 1996; Pope 2000) et les pères (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka, 2006; Gao, Chan, & Mao, 2009). De façon intéressante, même la

perception du niveau de soutien pourrait avoir un impact sur le niveau de détresse vécu par les partenaires (Dennis & Ross, 2006). Malheureusement, un aspect de la relation de couple qui peut être significativement altéré pendant la période périnatale est le soutien offert par les partenaires (Don & Mickelson, 2012). Avec la naissance d'un enfant et toutes les responsabilités et le stress que cela emmène, le nombre de ressources de chacun pour offrir du soutien à son partenaire peut être significativement réduit, à un moment où les deux partenaires en ont besoin (Don & Mickelson, 2012).

Cependant, les résultats de certaines études montrent que des interventions pendant la période périnatale peuvent aider à améliorer la quantité et la qualité du soutien offert. Pilkington, Whelan et Milne (2015) ont fait un compte-rendu d'études qui ont évalué des interventions visant à prévenir la dépression post-partum (ou l'anxiété) et qui incluaient une composante liée au soutien du partenaire ou à la relation de couple. Treize interventions qui incluaient le partenaire ont été identifiées. Ils ont conclu que la majorité des interventions évaluées démontraient des effets de prévention : les résultats de neuf des 11 études qui avaient évalué l'effet de l'intervention sur le soutien offert par les partenaires ou la qualité de la relation de couple montraient des bénéfices, et neuf des 13 études montraient une réduction de la dépression post-partum ou de l'anxiété.

Une étude qualitative a examiné les facteurs identifiés par des femmes ayant récupéré de la dépression post-partum comme étant essentiels à leur rétablissement. Les facteurs identifiés étaient, entre autres, le soutien affectif et pratique du partenaire, et une meilleure communication avec celui-ci (DiMascio, Kent, Fiander, & Lawrence, 2008). Cela est en lien avec la littérature qui démontre qu'une meilleure qualité de la relation conjugale est liée à un meilleur rétablissement de la dépression (Hickie & Parker, 1992).

En somme, la naissance d'un enfant requiert des adaptations significatives de la part de chacun des partenaires dans le couple (Alexander et al., 2001). La qualité de la relation de couple, la sécurité de l'attachement et le soutien offert par les partenaires affectent comment les couples naviguent et arrivent (ou non) à gérer le stress lié à la transition parentale. La théorie de l'attachement prédit qu'un couple arrivera à mieux naviguer cette période de transition dans la mesure où chaque partenaire demeurera présent et disponible à l'autre, et pourra compter sur l'autre pour du soutien et du réconfort dans les moments difficiles (Bowlby, 1969/1982). Si les partenaires ne perçoivent pas la présence et la disponibilité de l'autre en temps de besoin, il est prédit qu'il y aura augmentation de la détresse conjugale, augmentation de l'insécurité de l'attachement au sein du couple et moins de soutien disponible à chacun des partenaires (Whiffen & Johnson, 1998).

La détresse conjugale, l'insécurité de l'attachement et le manque de soutien offert par les partenaires sont associés à un risque plus élevé de dépression chez les deux partenaires pendant la période périnatale. Ces agents stresseurs interpersonnels peuvent activer, chez les partenaires du couple, des modèles négatifs de soi comme étant pas aimables et de leur partenaire comme rejetant(e), qui sont associés à la dépression (Whiffen et al., 2001). En retour, la présence de dépression post-partum est attendue d'avoir un impact négatif sur la qualité de la relation (Najman et al., 2014; Weissman et al., 2007) et sur la sécurité de l'attachement au sein du couple (Feeney et al., 2003; Whiffen & Johnson, 1998). Ainsi, il peut y avoir une boucle de rétroaction négative entre la dépression post-partum et la détresse conjugale qui maintient les deux problèmes dans le temps (Whiffen & Johnson, 1998). Il est donc attendu que des traitements pour la dépression post-partum qui visent à renforcer le couple, à restaurer le lien d'attachement

au sein du couple et à améliorer le soutien offert par les partenaires seront particulièrement bénéfiques pour traiter la combinaison des problèmes.

Traitements psychologiques pour la dépression post-partum

Plusieurs interventions ont été évaluées auprès des femmes avec la dépression post-partum, incluant des traitements pharmacologiques (antidépresseurs) et des traitements psychologiques. Les antidépresseurs sont le traitement le plus commun de la dépression post-partum (O'Hara & McCabe, 2013), même si l'efficacité des traitements psychologiques pour la dépression post-partum a été mieux démontrée empiriquement que celle des traitements pharmacologiques (O'Hara & McCabe, 2013; Stuart, 2012). Notamment, des lignes directrices récentes de pratique de la Société américaine de psychologie suggèrent que les traitements psychologiques sans traitement pharmacologique devraient être le traitement de première ligne pour les femmes avec une dépression légère ou modérée pendant la période périnatale (Gelenberg et al., 2010). D'autant plus, les mères tendent à préférer les traitements psychologiques (Buist et al., 2005; Pearlstein et al., 2006) et elles sont souvent réticentes à prendre des antidépresseurs en raison de leurs craintes au sujet des effets secondaires potentiels des médicaments et de l'exposition de leurs nourrissons aux médicaments par le lait maternel (Dennis & Chung-Lee, 2006; Turner, Sharp, Folkes, & Chew-Graham, 2008).

Dennis et Hodnett (2007) ont trouvé dans une méta-analyse qui a inclus les résultats de neuf essais comprenant 956 femmes que les interventions psychosociales (c.-à-d., soutien par les pairs et entretien non-directif), ainsi que les interventions psychologiques (c.-à-d., thérapie cognitivo-comportementale, thérapie interpersonnelle et thérapie psychodynamique), semblaient efficaces pour réduire les symptômes de dépression post-partum (Dennis & Hodnett, 2007). Particulièrement, la thérapie cognitivo-comportementale (Sockol, 2015) et la thérapie

interpersonnelle (Miniati et al., 2014; Stuart, 2012) ont reçu le plus de soutien empirique jusqu'à présent et ont été adaptées auprès du traitement de la dépression post-partum.

Puisque les difficultés relationnelles et l'insécurité de l'attachement contribuent au maintien de la dépression post-partum, plusieurs auteurs suggèrent que les interventions devraient aborder les difficultés relationnelles ainsi que les symptômes dépressifs (McMahon et al., 2005; Whiffen & Johnson, 1998). Dans ce sens, la thérapie interpersonnelle est bien adaptée au traitement de la dépression post-partum avec son accent sur le contexte interpersonnel de la dépression (O'Hara & Stuart, 2010). La thérapie interpersonnelle est basée sur la théorie interpersonnelle (Sullivan, 1953) et la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982). Les problèmes interpersonnels fréquemment identifiés par les femmes avec la dépression post-partum, comme les transitions de rôle (p. ex., transition au rôle de parent) et les disputes interpersonnelles (p. ex., conflits dans le couple) sont mis en évidence dans la thérapie interpersonnelle pour la dépression post-partum (O'Hara & Stuart, 2010).

Même si la grande majorité des traitements validés pour la dépression post-partum jusqu'à présent sont des traitements individuels auprès de la mère seulement (Letourneau et al., 2012), les résultats de trois études démontrent que l'implication du partenaire dans les traitements pour la dépression post-partum peut jouer un rôle important dans le rétablissement de la dépression post-partum (Brandon et al., 2012; Carter, Grigoriadis, & Ross, 2010; Misri, Kostaras, Fox, & Kostaras, 2000).

D'abord, Misri et al., (2000) ont évalué l'impact d'une intervention impliquant le soutien du partenaire auprès de 29 femmes avec la dépression post-partum. Les participantes ont été affectées au hasard à soit un groupe témoin ou un groupe d'intervention. Les participantes randomisées au groupe témoin assistaient à sept séances de psychoéducation sans leur partenaire,

tandis que les participantes dans le groupe d'intervention étaient accompagnées par leur partenaire à quatre des séances de psychoéducation. Les analyses ont indiqué une différence significative entre le groupe témoin et le groupe d'intervention : les femmes qui avaient été accompagnées par leur partenaire rapportaient moins de symptômes dépressifs et des perceptions plus positives de leur relation de couple.

Ensuite, Brandon et al. (2012) ont fait une étude pilote de l'efficacité de huit séances de thérapie interpersonnelle assistée par le partenaire (ou *Partner-Assisted Interpersonal Psychotherapy*; PA-IPT) auprès de 10 couples. La PA-IPT a été conçue pour les femmes avec la dépression périnatale qui ne rapportent pas de détresse conjugale. Elle est basée sur la thérapie interpersonnelle, et elle emprunte aussi certaines techniques de la TCE, une approche structurée de thérapie conjugale basée sur la théorie de l'attachement (Johnson, 2004). Le partenaire est identifié comme une figure d'attachement qui peut aider au rétablissement de la dépression post-partum de sa partenaire en augmentant son soutien et sa compréhension. Brandon et al. ont trouvé que la PA-IPT est une intervention prometteuse; leurs résultats ont indiqué que neuf des 10 femmes avaient répondu au traitement et montraient une amélioration cliniquement significative de leurs symptômes dépressifs.

À nos connaissances, la seule étude qui a exploré l'efficacité d'une thérapie de couple pour le traitement de la dépression post-partum dans des couples en détresse est celle par Carter, Grigoriadis et Ross (2010), qui ont présenté une étude de cas d'une application d'un format conjoint de la thérapie interpersonnelle (IPT-CM). La IPT-CM a été développée pour le traitement de patients déprimés dans des relations en détresse (Foley, Rounsaville, Weissman, Sholomskas, & Chevron, 1989), mais Carter, Grigoriadis et Ross l'ont ensuite adaptée au traitement de la dépression post-partum. Carter, Grigoriadis et Ross ont rapporté des résultats

positifs de leur étude de cas auprès d'un couple qui a reçu 12 semaines de IPT-CM; selon eux, il y avait une amélioration cliniquement significative des symptômes de dépression post-partum de la femme ainsi que des améliorations de l'ajustement dyadique des deux partenaires suite au traitement.

Malgré le manque actuel d'études sur l'efficacité de la thérapie de couple pour le traitement de la dépression post-partum, un plus grand nombre d'études portent sur l'efficacité de la thérapie de couple pour le traitement de la dépression majeure en général (pas spécifique à la période périnatale).

Efficacité de la thérapie de couple pour le traitement de la dépression

Il y a un bon nombre d'études, de différentes perspectives théoriques, sur la thérapie de couple pour le traitement de la dépression majeure. Barbato et D'Avanzo (2008) ont fait une méta-analyse de huit essais cliniques randomisés qui incluaient 567 participants avec un diagnostic de dépression. Des thérapies de couple ont été comparées à un groupe témoin sans traitement (deux essais), le traitement pharmacologique (deux essais), ou des thérapies individuelles validées pour le traitement de la dépression, soit la thérapie cognitivo-comportementale (cinq essais) ou la thérapie interpersonnelle (un essai). Les résultats ont indiqué que les thérapies de couple étaient aussi efficaces à réduire les symptômes de dépression que les thérapies individuelles. Cependant, les thérapies de couple étaient significativement plus efficaces à réduire la détresse conjugale par rapport aux thérapies individuelles.

Les thérapies de couple semblaient donc avantageuses pour le traitement de la dépression chez les couples en détresse, car elles permettaient de traiter la combinaison des problèmes. De plus, compte tenu de l'association forte entre la dépression et la détresse conjugale, il est possible qu'une réduction de la détresse conjugale puisse mener à un meilleur pronostic à long terme et

diminuer le risque de rechute. Certaines études ont souligné que le risque de rechute de la dépression est plus grand quand la détresse conjugale n'est pas résolue (Hooley & Teasdale, 1989; Rounsaville, Prusoff, & Weissman, 1980).

Dans les essais évalués par Barbato et D'Avanzo (2008), la majorité des partenaires déprimés dans les couples étaient des femmes, fournissant davantage de preuves pour l'efficacité de la thérapie de couple pour des femmes déprimées dans des relations en détresse que pour le traitement de la dépression chez les hommes (Wittenborn, Culpepper, & Liu, 2012). En même temps, cela peut rendre ces résultats plus généralisables au traitement de la dépression post-partum.

De façon intéressante, les résultats d'une des études suggèrent que les améliorations dans l'ajustement dyadique pourraient être un médiateur dans le rétablissement de la dépression (Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmalings, & Salusky, 1991). Jacobson et al. (1991) ont comparé l'efficacité de trois interventions (1- la thérapie de couple comportementale, 2- la thérapie individuelle cognitivo-comportementale et 3- une combinaison des deux) auprès de femmes déprimées dans des couples en détresse. Ils ont trouvé que l'amélioration de l'ajustement dyadique était corrélée positivement avec l'amélioration des symptômes dépressifs seulement chez les femmes qui avaient reçu l'intervention qui mettait l'accent exclusivement sur l'amélioration de la qualité de la relation de couple.

Whisman, Johnson, BE et Li (2012), dans leur compte rendu de la recherche existante sur l'efficacité de la thérapie de couple pour la dépression, rapportent que des résultats positifs ont été trouvés pour plusieurs approches de thérapie de couple, notamment la IPT-CM, des thérapies de couple cognitivo-comportementales, une thérapie de couple systémique et la TCÉ. La TCÉ semble particulièrement prometteuse comme avenue à explorer pour le traitement de la

dépression post-partum chez des couples en détresse. Les praticiens de la TCÉ conçoivent la détresse du couple d'une perspective de l'attachement et aident les couples à former un lien d'attachement sécurisant en aidant chaque partenaire à reconnaître et à répondre aux besoins d'intimité et d'affection de l'autre (Johnson, 2004).

La thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ)

La TCÉ (Johnson, 2004) est une approche structurée de thérapie conjugale basée sur la théorie de l'attachement; elle est le produit d'une intégration des perspectives interactionnelle/systemique (p. ex., Fisch, Weakland, & Segal, 1983) et expérientielle/gestalt (p. ex., Perls, Hefferline, & Goodman, 1951; Rogers, 1951). Les praticiens de la TCÉ conçoivent que la détresse dans le couple provient de l'insécurité de l'attachement dans la relation et du manque perçu de disponibilité et de soutien affectif des partenaires. Les partenaires tendent alors à se protéger les uns des autres, avec des expressions d'émotions secondaires plutôt que d'émotions primaires et plus vulnérables liées à leurs besoins d'attachement (Johnson, 2004). Par exemple, une femme exprime de la colère en discutant de sa relation avec son partenaire, mais ce qui sous-tend sa colère sont des émotions primaires de tristesse liées à sa solitude dans la relation et à son désir de plus de proximité et de rapprochement avec son partenaire.

Les expressions d'émotions secondaires des individus varieront selon les tendances de ces individus à désactiver ou à hyperactiver leur système d'attachement lorsqu'ils se sentent menacés et que leurs besoins d'attachement ne sont pas comblés (Mikulincer & Shaver, 2007). Un partenaire qui a tendance à désactiver son système d'attachement aura tendance à éviter et à se détacher de sa partenaire (c.-à-d., partenaire en retrait), tandis qu'une partenaire qui a tendance à hyperactiver son système d'attachement pourra poursuivre son partenaire avec des expressions de colère et de critiques (c.-à-d., partenaire en poursuite). L'interaction entre les comportements

d'attachement de chacun des deux partenaires peut mener à des cycles interactifs négatifs, tels que poursuite – retrait, poursuite – poursuite, ou retrait – retrait (Johnson, 2004).

La TCÉ vise à aider chacun des partenaires à exprimer ses émotions vulnérables liées à ses besoins d'attachement non comblés, tout en encourageant chacun des partenaires à recevoir l'autre dans sa vulnérabilité et à offrir le soutien nécessaire; ainsi, la TCÉ favorise le développement d'un attachement sécurisant dans le couple (Johnson, 2004). Selon Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras et Denton (2008), « ...les émotions sont cernées, puis exprimées de manière à favoriser la prise de nouvelles positions dans la danse ou la dynamique interrelationnelle – prises de position qui redéfinissent à la fois le soi et la relation à l'autre » (p. 278). La thérapie a lieu en trois stades : la désescalade /désintensification (Stade I), les changements dans les prises de position interactionnelles (Stade II), et la consolidation des changements et l'intégration à la vie de tous les jours (Stade III). Chaque stade est divisé en étapes, pour un total de neuf étapes (Johnson, 2004).

Stade I : La désescalade/désintensification. Le Stade I consiste en la désescalade de la dynamique d'interaction problématique du couple. La désescalade a lieu en quatre étapes. Lors de la première étape, il y a création d'une alliance thérapeutique et formulation des difficultés conjugales selon la perspective de l'attachement. Lors de la seconde étape, la dynamique d'interaction responsable du problème d'attachement et de la détresse conjugale est identifiée (p. ex., poursuite – retrait). À l'étape 3, le thérapeute aide le couple à reconnaître les émotions primaires et vulnérables, liées à des besoins d'attachement non comblés, qui sous-tendent la dynamique d'interaction négative. Finalement, à l'étape 4, les problèmes conjugaux sont présentés en termes de cycle d'interaction négatif, d'émotions qui sous-tendent ce cycle et de besoins d'attachement. Le couple est amené à s'unir contre « l'ennemi commun » qu'est leur

cycle d'interaction négatif et à le voir comme la source de leur détresse conjugale (Johnson, 2004).

Stade II : Les changements dans les prises de position interactionnelles. Le Stade II consiste en la restructuration des prises de position interactionnelles des partenaires. Ce stade est composé des trois prochaines étapes de la TCÉ. À l'étape 5, le thérapeute aide les partenaires à accepter les émotions, les besoins et les aspects d'eux-mêmes désavoués et liés à l'attachement qui émergent, en plus de les exprimer ouvertement avec leur partenaire (p. ex., un homme exprime pour la première fois sa peur d'être abandonné par sa partenaire, quand avant, cette peur s'exprimait par des expressions de colère, de méfiance et de jalousie). À l'étape 6, le thérapeute encourage les nouvelles réponses émotionnelles des partenaires aux expressions de besoins affectifs et de vulnérabilité, afin de favoriser un sentiment de sécurité et d'intimité (p. ex., la partenaire de cet homme est amenée à voir son partenaire dans sa peur de l'abandon et à le recevoir dans sa vulnérabilité). Enfin, à l'étape 7, le thérapeute facilite l'expression des besoins et des désirs de chacun des partenaires, et la création de moments de rapprochement entre les partenaires. Cela peut avoir lieu par des mises en acte, par lesquelles le thérapeute facilite des interactions structurées entre les partenaires en séance où, par exemple, il demande à un individu de se tourner vers son partenaire et de discuter ouvertement de ses émotions vulnérables et de ses besoins d'attachement. Les changements cruciaux à ce stade sont le réengagement émotionnel de la part du partenaire en retrait, et le relâchement émotionnel de la part du partenaire en poursuite (Johnson, 2004).

Stade III : La consolidation des changements et l'intégration à la vie de tous les jours. Le Stade III consiste en la consolidation des changements et l'intégration à la vie de tous les jours. À l'étape 8, le thérapeute facilite l'émergence de solutions nouvelles aux problèmes du couple

identifiés au début de la thérapie (p. ex., conflits liés aux finances, partage des tâches ménagères et des responsabilités parentales, sexualité). La dernière étape, l'étape 9, est la consolidation des nouvelles positions interactionnelles, des nouveaux cycles interactifs et des nouveaux comportements d'attachement (Johnson, 2004).

La TCÉ est un traitement fondé sur 30 ans de preuves empiriques depuis la première étude sur son efficacité (Johnson & Greenberg, 1985). Une méta-analyse de quatre études de la TCÉ (Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999) a révélé un taux de rétablissement de 70 à 73% de la détresse conjugale et une taille de l'effet de 1,31. Une taille de l'effet de 1,31 est considérée très grande pour la recherche en psychothérapie; Dunn et Schwebel (1995) estiment 0,90 comme la taille de l'effet moyenne de la thérapie de couple sur des indices globaux de la qualité de la relation (p. ex., le DAS; Spanier, 1976). Certains auteurs ont démontré que les améliorations à la détresse conjugale suite au traitement par la TCÉ semblent être maintenues (et semblent, parfois, même continuer à s'améliorer) après la fin du traitement, même chez des couples à haut risque de rechute (Cloutier, Manion, Gordon Walker, & Johnson, 2002). La TCÉ a été appliquée auprès de clients de diverses cultures et d'orientations sexuelles, présentant avec un large éventail de problématiques, et dans différents stades de vie (Furrow, Johnson & Bradley, 2011).

De plus, les chercheurs sur la TCÉ ont une longue tradition d'étudier le processus thérapeutique (p. ex., Que fait le thérapeute ? Quand, comment et avec quelles réactions des clients ?), pour mieux comprendre les ingrédients actifs du changement et s'ils correspondent bien au modèle théorique (Dalglish, Johnson, Burgess Moser, Wiebe, & Tasca, 2014; Greenman & Johnson, 2013). Par exemple, on trouve que le relâchement émotionnel de la part du partenaire en poursuite au Stade II de la TCÉ est une composante essentielle pour un bilan thérapeutique

positif (Greenman & Johnson, 2013). Lors du relâchement émotionnel, il y aurait un changement important chez le partenaire en poursuite, où celui-ci reconnaîtrait ses besoins d'attachement, les exprimerait de façon à inviter les réponses recherchées de son partenaire, et deviendrait plus disponible et ouvert émotionnellement à son partenaire (Johnson, 2004).

Il y a deux études de l'efficacité de la TCÉ pour le traitement de la dépression comorbide avec la détresse dans le couple, avec des résultats positifs (Denton et al., 2012; Dessaulles et al., 2003). Dessaulles et al. (2003) ont fait la première évaluation empirique de la TCÉ pour le traitement de la dépression. Dans leur étude pilote, 18 couples en détresse dont les femmes avaient reçu un diagnostic de dépression majeure ont été affectés au hasard à soit 16 séances de TCÉ ou à la pharmacothérapie (desipramine, trimipramine ou trazadone). Les deux interventions ont été trouvées tout aussi efficaces pour réduire les symptômes de dépression. Cependant, seulement les symptômes dépressifs des femmes ayant reçu la TCÉ semblaient continuer à s'améliorer pendant la période de suivi.

Une seconde étude pilote par Denton et al. (2012) a évalué l'efficacité de la TCÉ en combinaison avec un antidépresseur (bupropion XL, escitalopram, sertraline ou venlafaxine XR), comparé à un traitement seulement avec un antidépresseur. Vingt-quatre femmes déprimées et leurs partenaires qui avaient de la détresse dans leur couple ont été affectés au hasard à un des deux traitements (antidépresseur + TCÉ ou antidépresseur seul). Tous les traitements étaient offerts sur une période de six mois. Les femmes dans les deux groupes avaient des améliorations significatives de leurs symptômes dépressifs. Cependant, les femmes qui avaient reçu la TCÉ rapportaient des améliorations plus importantes dans la qualité de leur relation. Les auteurs ont suggéré que les améliorations de la qualité de la relation de couple pourraient avoir un effet protecteur chez les femmes et diminuer leurs chances de rechute de leur dépression.

Étant donné l'association entre la dépression post-partum, la détresse conjugale et l'attachement insécurisant, la base empirique solide de l'efficacité de la TCÉ, et les résultats positifs des premières études de son efficacité à traiter la dépression comorbide avec la détresse conjugale, la TCÉ semble être prometteuse comme intervention pour traiter la dépression post-partum chez des femmes dans des couples en détresse.

La présente étude

Objectif

L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'efficacité clinique d'une intervention de couple structurée, la TCÉ, dans le traitement de la dépression post-partum chez les femmes dans des couples en détresse. En d'autres termes, nous voulions vérifier si le traitement serait lié à une réduction des symptômes de dépression post-partum, une réduction de la détresse dans le couple et une augmentation du soutien offert par les partenaires. L'impact de l'intervention sur les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique et le soutien offert par les partenaires a été évalué.

Hypothèses

- 1) Il y aura une diminution des symptômes de dépression post-partum observés dans les auto-enregistrements des mères après avoir reçu le traitement par la TCÉ.
- 2) Il y aura une augmentation de l'ajustement dyadique observé dans les auto-enregistrements des mères et des pères après avoir reçu le traitement par la TCÉ.
- 3) Il y aura une augmentation du soutien offert par les partenaires observé dans les auto-enregistrements des mères et des pères après avoir reçu le traitement par la TCÉ.
- 4) Le traitement aura un impact cliniquement significatif sur les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique, le soutien offert par les partenaires et la sécurité de

l'attachement au sein du couple, tel que calculé par l'Indice de changement stable (*Reliable Change Index*, RCI; Jacobson & Truax, 1991) à partir de questionnaires validés administrés avant et après le traitement. Le RCI signifie la plus petite différence entre les cotes sur une mesure avant et après l'intervention qui a une signification clinique (Jacobson & Truax, 1991).

Devis de recherche

Un protocole à cas unique avec des niveaux de base multiples en fonction des couples a été choisi en raison de la nature préliminaire de cette étude. Ce devis a permis de tester les effets de la TCÉ sur les symptômes de dépression post-partum, sur l'ajustement dyadique et sur le soutien offert par les partenaires. Plusieurs aspects de ce devis sont avantageux : les participants servent de leurs propres contrôles; une fois que l'intervention est introduite, elle n'a pas besoin d'être inversée ou retirée, ce qui est infaisable et non éthique dans ce type de recherche; et l'inférence d'une relation causale entre l'intervention et les résultats est possible sans avoir besoin de recourir à un échantillon de grande taille (Barlow, Nock, & Hersen, 2008; Kazdin, 1982, 2002).

Nous avons mesuré le niveau de base des symptômes de dépression post-partum, de l'ajustement dyadique et du soutien offert par les partenaires chez différents couples avant d'introduire la TCÉ, par des auto-enregistrements à chaque jour. Dans un protocole à cas unique, le niveau de base sert de condition contrôle de la même façon qu'une condition sans intervention dans un protocole de groupe (Lundervold & Belweek, 2000). Le niveau de base permet de décrire les variables dépendantes (c.-à-d., symptômes de dépression post-partum, ajustement dyadique et soutien offert par les partenaires), ainsi que de prédire à court terme ce qui arrivera à ces variables si l'intervention n'est pas effectuée (Kazdin, 1992). Les participants continuent de

remplir les auto-enregistrements une fois que le traitement est introduit. Les séries d'observations cueillies à chaque jour (ou séries chronologiques) sont ensuite analysées; l'efficacité du traitement est suggérée si les variables dépendantes sont stables au niveau de base et ensuite changent dans la direction prévue par les hypothèses lorsque le traitement est introduit (Kazdin, 1992).

De plus, des questionnaires validés ont été ajoutés à ce devis afin d'obtenir des données descriptives additionnelles quant à la progression thérapeutique des participants pour enrichir les données des séries chronologiques (Borckardt et al., 2008). Les questionnaires suivants ont été administrés aux participants avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement : l'Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux (*Beck Depression Inventory Fast Screen*, BDI-FS; Beck, Steer & Brown, 2000), l'Échelle postnatale d'Edinburgh (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS; Cox et al., 1987), le DAS (Spanier, 1976), le Questionnaire du soutien offert par les partenaires (*Caregiving Questionnaire*, CQ; Kuncze & Shaver, 1994) et le Questionnaire des structures relationnelles (*Relationship Structures Questionnaire*, ECR-RS; Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011). Les cotes à ces questionnaires ont été utilisées pour mesurer l'impact clinique de l'intervention.

La présente étude a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et de l'Hôpital Montfort.

Méthode

Participants

La population cible pour la présente étude était des couples avec un nouveau bébé qui rapportaient de la détresse dans leur couple et dont la mère avait un diagnostic de dépression post-partum. Étant donné la nature préliminaire de la présente étude, la petite taille de

l'échantillon visé et le manque de recherches sur des interventions pour la dépression post-partum chez des individus gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres, nous avons limité le recrutement à des couples hétérosexuels. Nous avons approché des médecins, des sages femmes et des psychologues qui offraient des services à cette population, dans des hôpitaux de la région d'Ottawa (Hôpital Montfort et Hôpital d'Ottawa) ainsi que dans la communauté. Nous leur avons demandé de partager des informations au sujet de l'étude avec des participantes potentielles. Nous avons également recruté des participants par l'entremise d'affiches et de dépliants décrivant l'étude, placés dans des cliniques offrant des services à cette population.

Au début de l'étude, nous avons appliqué des critères d'inclusion et d'exclusion plus restrictifs, dans le but de mieux évaluer l'efficacité de l'intervention et de diminuer la présence de variables confondantes possibles. Les critères d'inclusion étaient : (a) la cohabitation pendant au moins deux ans et pas de plans imminents de divorce ou de séparation; (b) une détresse significative dans le couple, déterminée par une cote de 78 à 97 sur le DAS de la mère (Spanier, 1976); (c) un diagnostic de dépression majeure post-partum chez la mère, fait par un professionnel de la santé qualifié et accompagné d'une cote de moyen à élevé sur le BDI-FS (Beck, Steer & Brown, 2000) et de 13 ou plus sur l'EPDS (Cox et al., 1987); et (d) la capacité de parler et de lire l'anglais ou le français. Les critères d'exclusion étaient : (a) l'existence d'un déficit cognitif sévère chez l'un des partenaires; (b) la présence actuelle d'un trouble de santé mentale sévère et persistant chez l'un des partenaires (p. ex., psychose, idées suicidaires); (c) une cote élevée chez le partenaire sur le BDI-FS (Beck et al., 2000); (d) l'abus de substance chez l'un des partenaires; (e) l'utilisation de médicaments psychotropes par l'un des partenaires; (f) la violence physique entre les partenaires; et (g) la psychothérapie concurrente (individuelle, maritale ou de groupe) chez la mère.

Cependant, au cours de l'étude, nous avons fait face à des difficultés de recrutement importantes qui ont mené à la nécessité de réviser ces critères pour les rendre moins restrictifs. Ainsi, le critère de dépression post-partum chez la mère a été changé à des symptômes dépressifs modérés à élevés sur BDI-FS et/ou une cote de 13 ou plus sur l'EPDS ou un diagnostic de dépression majeure post-partum par un professionnel de la santé qualifié. Deux participantes qui avaient reçu un diagnostic de dépression majeure post-partum par un psychiatre ont été incluses dans l'étude malgré qu'elles ont coté dans l'étendue des symptômes dépressifs légers sur le BDI-FS et avaient une cote de moins de 13 à l'EPDS à l'entrevue initiale. De plus, nous avons accepté des participantes qui avaient une cote de moins de 78 sur le DAS, à condition que le couple n'ait pas de plans imminents de divorce ou de séparation. Finalement, nous avons accepté un couple qui cohabitait depuis seulement six mois.

Notre plus grande source de recrutement était le Programme de santé mentale périnatale à l'Hôpital d'Ottawa. La clinique se spécialise dans le traitement des troubles de santé mentale pendant la période périnatale. Puisqu'un bon nombre des patientes vues à cette clinique sont suivies par un psychiatre et reçoivent un traitement médicamenteux (p. ex., un anti-dépresseur), l'exclusion de participantes prenant un psychotrope aurait grandement nui au recrutement. De plus, des thérapies individuelles et de groupe cognitivo-comportementales et interpersonnelles sont offertes dans le cadre de ce programme. Nous avons donc convenu d'accepter des participantes recevant des traitements médicamenteux et/ou psychothérapeutiques à condition que les participantes soient encore symptomatiques avec ces traitements après une durée de temps jugée adéquate pour qu'il y ait eu un effet. Il a été convenu qu'il n'y ait pas de changements à ces traitements suite à l'entrée à l'étude. La stabilité des traitements parallèles pendant le niveau de

base et après l'introduction de la TCÉ permettrait tout de même d'attribuer les améliorations observées après l'introduction de la TCÉ aux effets de la TCÉ.

Neuf couples ont donc été évalués pour participer à l'étude. De ces couples, deux couples n'ont pas été considérés admissibles à l'étude puisque, dans les deux cas, les symptômes dépressifs des mères étaient dans l'étendue des symptômes dépressifs légers et elles n'avaient pas reçu un diagnostic de dépression majeure post-partum d'un professionnel de la santé qualifié. Il était difficile de déterminer s'il y avait dépression post-partum en tant que telle ou si les symptômes dépressifs légers étaient liés plutôt à l'adaptation à un nouveau bébé. De plus, dans les deux cas, les cotes sur le DAS indiquaient qu'il n'y avait pas de détresse conjugale significative. Ces deux couples ont été référés à d'autres services dans la communauté.

Sept couples ont donc été recrutés pour l'étude. Cependant, deux de ces couples se sont retirés avant le début de la thérapie. Pour un des couples, le partenaire n'a pas rempli les auto-enregistrements. Dans l'autre cas, plusieurs agents stressants importants dans la vie du couple pendant l'établissement du niveau de base ont rendu la participation à l'étude difficile et ont nui à la capacité des partenaires de remplir les auto-enregistrements. De plus, même si ce couple n'avait pas de plans imminents de divorce et de séparation à l'entrevue initiale, cela a changé pendant l'établissement du niveau de base et le couple contemplait se séparer avant le début de la thérapie. Finalement, un couple a été retiré de l'étude après quatre séances de thérapie, quand des difficultés à se rendre disponible pour venir aux rencontres ont entraîné une interruption de plus de trois mois de la thérapie.

L'échantillon final était donc composé de quatre couples. Ce nombre de participants coïncide avec la taille de l'échantillon de d'autres études employant des protocoles à niveaux de base multiples (Gauvreau & Bouchard, 2008; Himle et al., 2006; Laforest, 2014).

Couple 1. Le couple 1 était composé d'une femme d'origines asiatique et latino et un homme caucasien, tous les deux dans le début de la trentaine. Les deux étaient anglophones. Ils ont été recrutés du Programme de santé mentale périnatale à l'Hôpital d'Ottawa. Ils étaient mariés, étaient en couple depuis plus de 10 ans et cohabitaient depuis plus de cinq ans. Les deux avaient une éducation universitaire de 1^{er} cycle et leur revenu familial se situait entre 80 000 et 100 000 \$ par année. Ils avaient deux enfants. Leur bébé était âgé de cinq mois et ne faisait pas encore ses nuits. La cote de la mère sur le BDI-FS à l'entrevue initiale représentait des symptômes dépressifs se retrouvant dans l'étendue des symptômes dépressifs légers. Sa cote sur l'EDPS était moins que la cote généralement considérée comme la norme pour détecter la dépression majeure post-partum de 13 ou plus. Cependant, puisque la mère avait reçu un diagnostic de dépression majeure post-partum dans le cadre de son suivi à l'Hôpital d'Ottawa, nous l'avons tout de même considérée admissible à l'étude. Son partenaire avait également une cote au BDI-FS dans l'étendue des symptômes dépressifs légers. Aucun des deux partenaires ne prenaient de psychotropes. Leurs cotes sur le DAS indiquaient la présence d'une détresse significative dans leur couple. Ils ont complété 18 séances de thérapie de couple TCÉ.

Couple 2. Le couple 2 était composé d'une femme et un homme caucasiens dans le début de la trentaine. La femme était francophone et l'homme était anglophone. Ils ont été recrutés d'une psychologue dans la région de Gatineau. Ils étaient mariés, et étaient en couple et cohabitaient depuis plus de 5 ans. Les deux avaient une éducation collégiale et leur revenu familial se situait entre 60 000 et 80 000\$ par année. Ils avaient trois enfants (un des enfants était issu d'une autre union du père). Leur bébé était âgé de 16 mois et faisait ses nuits. La cote de la mère sur le BDI-FS à l'entrevue initiale représentait des symptômes dépressifs se retrouvant dans l'étendue des symptômes dépressifs légers. Sa cote sur l'EPDS dépassait le seuil de 13 indiquant

qu'une dépression majeure post-partum était probable. Il n'y avait pas de symptômes dépressifs chez le partenaire. La mère suivait un traitement médicamenteux (c-à-d., Cymbalta et Alibify) et suivait une thérapie individuelle depuis plus d'un an. La cote de la mère sur le DAS indiquait de la détresse dans le couple à l'entrevue initiale, tandis que la cote du père n'indiquait pas de détresse dans le couple. Ils ont complété neuf séances de thérapie de couple TCÉ. Étant donné le niveau de détresse faible dans le couple au début de la thérapie, le couple ainsi que la thérapeute ont jugé le traitement complété après neuf séances. Le couple a choisi d'arrêter la thérapie à ce moment.

Couple 3. Le couple 3 était composé d'une femme et un homme caucasiens dans la mi-trentaine. Les deux étaient anglophones. Ils ont été recrutés d'une sage femme dans la région d'Ottawa. Ils étaient mariés, et étaient en couple et cohabitaient depuis plus de cinq ans. Les deux avaient une éducation collégiale et leur revenu familial se situait à plus de 100 000\$ par année. Ils avaient deux enfants. Leur bébé était âgé d'un mois et ne faisait pas encore ses nuits. La mère avait des difficultés d'allaitement. La cote de la mère sur le BDI-FS à l'entrevue initiale représentait des symptômes dépressifs se retrouvant dans l'étendue des symptômes dépressifs modérés. Sa cote sur l'EPDS dépassait le seuil indiquant une forte probabilité de dépression majeure post-partum. Il n'y avait pas de symptômes dépressifs significatifs chez le partenaire. Aucun des partenaires ne prenaient de médicaments. Les cotes des deux partenaires sur le DAS indiquaient une détresse sévère dans le couple. Ils ont complété 11 séances de thérapie de couple TCÉ. La thérapie a dû prendre fin puisque le thérapeute devait s'absenter pendant une durée prolongée. Puisqu'il y avait une réduction significative des symptômes dépressifs de la mère et de la détresse dans le couple, il a été jugé acceptable d'arrêter la thérapie à ce moment et qu'un transfert à un autre thérapeute n'était pas nécessaire.

Couple 4. Le couple 4 était composé d'une femme hispanique et un homme caucasien dans la mi-vingtaine. Les deux étaient anglophones. Ils ont été recrutés du Programme de santé mentale périnatale à l'Hôpital d'Ottawa. Ils étaient mariés, étaient en couple depuis moins de deux ans et cohabitaient depuis seulement six mois. Étant donné les difficultés de recrutement, ils ont tout de même été considérés admissibles à l'étude puisqu'ils semblaient engagés dans leur relation et n'avaient pas de plans imminents de divorce ou de séparation. La femme avait une éducation universitaire de 1^{er} cycle et l'homme avait une éducation de niveau secondaire. Leur revenu familial se situait entre 60 000 et 80 000\$ par année. Leur bébé était âgé de cinq mois et ne faisait pas encore ses nuits. C'était leur premier enfant. La mère avait eu un accouchement par césarienne. La cote de la mère sur le BDI-FS à l'entrevue initiale représentait des symptômes dépressifs se retrouvant dans l'étendue des symptômes dépressifs légers. Sa cote sur l'EDPS était moins que la cote généralement considérée comme la norme pour détecter la dépression majeure post-partum de 13 ou plus, mais elle avait reçu un diagnostic de dépression post-partum dans le cadre de son suivi à l'Hôpital d'Ottawa. Son partenaire avait une cote au BDI-FS dans l'étendue des symptômes dépressifs légers. La mère suivait un traitement médicamenteux (c.-à-d., Seroquel). La cote de la mère sur le DAS à l'entrevue initiale indiquait une détresse significative dans le couple mais pas celle de son partenaire. Ils ont complété seulement huit séances de thérapie. La thérapie a pris fin de façon abrupte lorsque le couple a choisi de se séparer. Ils devaient remplir les questionnaires de la séance 8 lors de la prochaine rencontre mais ils ne les ont pas complétés puisqu'ils ne sont pas revenus pour une dernière rencontre.

Procédure

Les participantes potentielles étaient invitées à contacter la chercheuse principale pour participer à l'étude. Lors du premier contact par téléphone ou par courriel avec des participantes

potentielles, la nature et les objectifs de l'étude ont été expliqués en détails et les couples intéressés ont été invités à une entrevue initiale avec la chercheuse principale qui a vérifié que chaque couple rencontrait les critères d'admissibilité à l'étude. Les couples admissibles étaient invités à signer un formulaire de consentement (voir annexe A) approuvé par les comités d'éthique et à remplir les questionnaires suivants : un questionnaire socio-démographique, le BDI-FS (Beck et al., 2000), l'EPDS (Cox et al., 1987), le DAS (Spanier, 1976), le CQ (Kunce & Shaver, 1994) et le ECR-RS (Fraley et al., 2011).

Lors de cette entrevue initiale, tous les couples ont également reçu des instructions sur comment remplir des auto-enregistrements à la maison. Il s'agissait de questionnaires brefs conçus pour les fins de la présente étude à partir d'items de questionnaires validés (c.-à-d., EPDS, DAS et CQ) mesurant les symptômes de dépression post-partum (chez la mère seulement), l'ajustement dyadique et le soutien offert par les partenaires. Les participants avaient l'option de remplir ces questionnaires en ligne à partir d'un sondage sécuritaire créé avec FluidSurveys, ce que la majorité² a choisi. Chaque couple a accepté de remplir les auto-enregistrements à la maison pendant la durée de l'étude. En plus, chaque couple a accepté de remplir des questionnaires aux séances 1, 4, 8, 12 et 16 [le BDI-FS (Beck et al., 2000), l'EPDS (Cox et al., 1987), le DAS (Spanier, 1976), le CQ (Kunce & Shaver, 1994), le ECR-RS (Fraley et al., 2011)] ainsi que l'Échelle révisée de l'alliance thérapeutique du couple (*Couple Therapeutic Alliance Scale – Revised*, CTAS-r; Pinsof, 1994) à partir de la séance 4.

Niveau de base. Chaque couple a ensuite rempli les auto-enregistrements pendant une phase prétraitement pour établir le niveau de base des symptômes de dépression post-partum, de l'ajustement dyadique et du soutien offert par les partenaires avant d'introduire l'intervention. Le

² Seulement une mère a initialement choisi de répondre aux auto-enregistrements en format papier, mais elle a éventuellement opté de les remplir en ligne à partir de FluidSurveys. Elle a donc utilisé les deux méthodes à différents moments pendant l'étude.

recrutement a eu lieu sur une période de plus d'un an et chaque couple a commencé la thérapie à différents moments dans le temps. La durée du niveau de base a varié d'un couple à l'autre, de 50 à 63 jours (couple 1 = 63 jours; couple 2 = 61 jours; couple 3 = 50 jours; et couple 4 = 56 jours). Cette variation résulte du temps pris pour obtenir un niveau de base stable, de réalités cliniques telles que le niveau de détresse des participants (p. ex., le couple 3 a eu la durée la plus courte du niveau de base étant donné que le niveau de détresse élevée de la mère a nécessité de commencer la thérapie plus rapidement), et de la disponibilité des thérapeutes pour commencer la thérapie. Nous avons tenté de maximiser la durée du niveau de base autant que possible pour obtenir plus de stabilité dans les données et pour permettre suffisamment de données pour être en mesure de faire des analyses de séries chronologiques (Tabachnik & Fidell, 2013, chapitre 18). Cependant, la durée du niveau de base n'a pas été manipulée de manière systématique. Il n'y a pas eu d'assignation aléatoire à des niveaux de base de différentes longueurs de temps.

Traitement. Le traitement consistait en une thérapie de couple TCÉ. L'application de la TCÉ offerte dans le cadre de l'étude s'est faite conformément à la description des étapes et des techniques qui se trouvent dans le manuel de Johnson (2004). La TCÉ est conçue de sorte à être implémentée sur une durée d'environ huit à vingt séances (Johnson, 2004). Dans le cadre de la présente étude, les couples ont donc chacun reçu un nombre de séances considéré acceptable par les fondateurs de la TCÉ. Toutes les séances étaient des séances de couple sauf une rencontre individuelle avec chacun des partenaires au début du processus dans le cadre de l'évaluation. Les séances étaient d'une durée de 60 minutes chacune, offertes sur une base hebdomadaire. La thérapie a eu lieu soit à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Montfort, à la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais et à l'Institut du couple et de la famille d'Ottawa (*Ottawa Couple and Family Institute*, OCFI). Les séances de thérapie étaient

offertes gratuitement aux couples participant à l'étude. Toutes les séances de thérapie ont été enregistrées audio avec le consentement du couple.

Thérapeutes. Deux thérapeutes formés en TCÉ ont mené toutes les séances de thérapie. Le premier thérapeute était Dr Paul Greenman, C. Psych., un psychologue détenant 11 ans d'expérience en TCÉ et certifié comme thérapeute, superviseur et formateur en TCÉ par le *International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy* (ICEEFT). Il a offert le traitement au Couple 1 et au Couple 3. La deuxième thérapeute était une candidate au niveau doctoral en psychologie clinique avec de l'expérience clinique en TCÉ. Elle avait également reçu une formation approfondie dans l'approche agréée par l'ICEEFT. Elle recevait une supervision continue de la part de Dr Greenman afin d'assurer un suivi adéquat et l'application standardisée et uniforme du traitement. Elle a offert le traitement au Couple 2 et au Couple 4. Les deux thérapeutes étaient bilingues.

Instruments de mesure

Questionnaire socio-démographique. Un questionnaire socio-démographique a été administré à chacun des couples participant à l'étude pour obtenir des informations telles que l'âge, l'ethnicité, le statut et la durée de la relation de couple, la durée de la cohabitation, le niveau d'éducation, le niveau socioéconomique, les médicaments, la consommation de substances (c.-à-d., alcool et drogues récréatives), le nombre d'enfants, l'histoire obstétricale, l'âge du bébé, l'allaitement et le sommeil du bébé (c.-à-d., si le bébé faisait ses nuits). Ce questionnaire se trouve à l'annexe B.

Mesure continue des progrès thérapeutiques : Auto-enregistrements. Un aspect fondamental d'un devis à niveaux de base multiples est l'évaluation continue des variables au fil du temps (Barlow et al., 2008; Kazdin, 2002). Pour ce faire, il est nécessaire de développer des

mesures brèves qui peuvent être remplies quotidiennement (Barlow et al., 2008; Kazdin, 2002). Nous avons développé deux questionnaires (un pour les mères et un pour les pères) à partir de deux items du EPDS (Cox et al., 1987), trois items du DAS (Spanier, 1976) et un item du CQ (Kunze & Shaver, 1994). Les items ont été sélectionnés et adaptés afin d'obtenir des auto-enregistrements des symptômes de dépression post-partum (de la mère seulement), de l'ajustement dyadique et du soutien offert par les partenaires. Le questionnaire d'auto-enregistrements des mères peut être consulté à l'annexe C et celui des pères à l'annexe D. Afin de permettre un nombre suffisant de données pour les analyses de séries chronologiques et pour surveiller les effets du traitement d'une manière continue (Borckardt et al., 2008), les participants ont eu comme instruction de compléter les auto-enregistrements à chaque jour tout au long de l'étude. L'enregistrement prenait moins de deux minutes à compléter.

Questionnaires remplis à l'entrevue initiale et à chaque quatre séances pendant le traitement.

Symptômes de dépression post-partum. Les symptômes de dépression post-partum ont été évalués à partir du BDI-FS (Beck et al., 2000) et du EPDS (Cox et al., 1987). Ces questionnaires peuvent être consultés aux annexes E et F. Le BDI-FS (Beck et al., 2000) est un questionnaire auto-rapporté de sept items dérivé de l'Inventaire de dépression de Beck – II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1994). La version courte pour les patients médicaux a été développée spécifiquement pour l'évaluation de la dépression chez des patients dont les symptômes comportementaux et somatiques dus à des problèmes biologiques, médicaux ou d'abus de substance peuvent confondre le diagnostic de la dépression. Le BDI-FS a donc été considéré approprié comme mesure de la dépression majeure post-partum puisqu'il était attendu que les nouvelles mères aient des symptômes comportementaux et somatiques liés à des changements

normaux pendant la période post-partum (p. ex., perte de poids, changements d'appétit, difficultés de sommeil quand bébé ne fait pas ses nuits, fatigue, etc.). Chaque item est coté de 0 à 3; l'échelle a donc une étendue théorique de 0 à 21, les cotes plus élevées indiquant plus de symptômes dépressifs.

Une étude par Beck, Guth, Steer et Ball (1997) de patients médicaux hospitalisés avec ou sans un diagnostic de dépression majeure a trouvé qu'une cote de quatre ou plus sur l'échelle identifiait la présence de dépression majeure. La moyenne de l'échelle pour les 33 patients avec un diagnostic de dépression majeure était de 7,85 (avec un écart-type de 3,75) et la moyenne des 17 patients qui n'avaient pas de diagnostic de dépression majeure était de 1,70 (avec un écart-type de 2,49). Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,86. Le manuel du BDI-FS (Beck et al., 2000) recommande l'interprétation suivante de la sévérité des symptômes dépressifs : 0 à 3 = symptômes minimaux (population non-clinique); 4 à 8 = étendue des symptômes dépressifs légers; 9 à 12 = étendue des symptômes dépressifs modérés; et 13 à 21 = étendue des symptômes dépressifs sévères.

L'EPDS (Cox et al., 1987) est un questionnaire auto-rapporté de 10 items conçu pour identifier la dépression post-partum. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique mais plutôt d'un outil de dépistage de la probabilité de la présence d'une dépression majeure post-partum. Chaque item est coté de 0 à 3. L'étendue théorique est donc de 0 à 30, les cotes plus élevées indiquant un risque plus élevé de dépression post-partum. La fidélité est considérée bonne, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,87 (Cox et al., 1987). Une cote de neuf et moins indique une probabilité faible de dépression post-partum, une cote de 10 à 12 indique qu'une dépression mineure post-partum est probable, et une cote de 13 indique qu'une dépression majeure post-partum est probable (Cox et al., 1987). Matthey (2004) a étudié l'échelle pour évaluer quel changement dans

les cotes indiquerait un changement cliniquement significatif. Il a trouvé un écart-type de 4,0 dans son échantillon de 181 femmes à six semaines post-partum, indiquant qu'un changement de quatre points sur l'échelle était nécessaire pour refléter un changement réel chez l'individu avec un intervalle de confiance de 95%.

Ajustement dyadique. L'ajustement dyadique a été évalué à partir du DAS (Spanier, 1976). Le DAS (voir annexe G) est un questionnaire auto-rapporté de 32 items (30 questions sont de type Likert et deux questions sont dichotomiques) conçu pour mesurer la qualité de l'ajustement dyadique des couples mariés ou en union libre³. L'échelle donne une cote totale de l'ajustement dyadique, ainsi que des cotes sur quatre sous-échelles. La première, sur la satisfaction (10 items), contient des questions sur les comportements interpersonnels dans le couple. La deuxième, sur le consensus (13 items), mesure à quel point les partenaires s'entendent sur différents sujets tels que la religion, les objectifs et les tâches ménagères. La troisième, sur la cohésion (5 items), contient des questions sur les activités partagées. La dernière, sur l'expression d'affection (4 items), aborde brièvement les interactions physiques. Dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé la cote totale de l'ajustement dyadique. L'échelle a une étendue théorique de 0 à 151, les cotes plus élevées indiquant moins de détresse et un meilleur ajustement dyadique. Dans l'échantillon normatif de Spanier (1976), la cote totale moyenne pour les couples mariés était de 114,8 (avec un écart-type de 17,8) et de 70,7 (avec un écart-type de 23,8) pour les couples divorcés. Une cote moins de 97 sur le DAS, qui se situe à un écart-type sous la moyenne des couples mariés dans l'échantillon de Spanier (1976), est considérée comme le seuil entre la détresse conjugale et l'absence de détresse conjugale (Spanier, 1976). Tout couple dans la présente étude avec une cote moins de 97 sur le DAS était donc considéré en détresse. La fidélité

³ Cependant, les couples en union libre n'étaient pas inclus dans l'échantillon normatif de Spanier (1976).

du DAS est considérée bonne, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,96 pour la cote totale de l'échelle (Spanier, 1976).

Soutien offert par les partenaires. Le CQ (Kunce & Shaver, 1994) a été utilisé pour évaluer le soutien offert par les partenaires. Il peut être consulté à l'annexe H. Il est composé de 32 items conçus pour évaluer différentes dimensions de soutien; les questions sont de type Likert à six points. Le questionnaire est divisé en quatre sous échelles : (a) *proximité*, qui réfère à la volonté de fournir du soutien au partenaire par la proximité physique (p. ex., « lorsque mon/ma partenaire semble vouloir ou avoir besoin d'une caresse, je suis content(e) de lui donner »); (b) *sensibilité*, qui réfère à la capacité de comprendre les signaux non-verbaux de son partenaire (p. ex., « Je suis très bon(ne) pour reconnaître les besoins et les sentiments de mon/ma partenaire, même lorsqu'ils sont différents des miens »); (c) *coopération*, qui réfère à la capacité d'aider son partenaire sans devenir contrôlant ni dominant (p. ex., « Je respecte toujours les habiletés de mon/ma partenaire à prendre ses propres décisions et à résoudre ses propres problèmes »); et (d) *soutien compulsif*, qui réfère à la tendance de devenir trop impliqué lorsque son partenaire fait face à des difficultés (p. ex., « J'ai tendance à prendre les problèmes de mon/ma partenaire sur mes épaules – et ensuite à me sentir encombré(e) par ceux-ci »). Chaque sous échelle contient huit items, dont on peut faire la moyenne pour produire un total pour chaque sous échelle qui varie entre 1 et 6.

Dans une étude de 125 couples hétérosexuels avec des enfants, la moyenne et l'écart-type pour chacune des sous échelles pour les mères étaient : proximité ($M = 5,07$; $ÉT = 1,07$), sensibilité ($M = 4,71$; $ÉT = ,93$), coopération ($M = 4,34$; $ÉT = 1,06$), et soutien compulsif ($M = 3,40$; $ÉT = 0,84$). Pour les pères, la moyenne et l'écart-type pour chacune des sous échelles étaient : proximité ($M = 5,12$; $ÉT = 0,87$), sensibilité ($M = 4,00$; $ÉT = 1,13$), coopération ($M =$

4,39; $ÉT = 0,95$), et soutien compulsif ($M = 3,27$; $ÉT = 0,72$). Les coefficients alpha de Cronbach pour chacune des sous échelles étaient : 0,86 (proximité), 0,90 (sensibilité), 0,85 (coopération) et 0,60 (soutien compulsif).

Attachement. La sécurité de l'attachement au sein du couple a été évaluée à partir du ECR-RS (Fraley et al., 2011). L'ECR-RS (voir annexe I) est un questionnaire auto-rapporté dérivé du questionnaire révisé sur les expériences dans les relations intimes (*Experiences in Close Relationships – Revised*, ECR-R; Fraley, Waller, & Brennan, 2000). Il est composé des mêmes neuf items utilisés pour évaluer la sécurité de l'attachement dans quatre différents types de relations intimes (c.-à-d., mère, père, partenaire, meilleur/e ami/e), pour un total de 36 items. Dans la présente étude, nous nous sommes intéressés à l'échelle de neuf items sur l'attachement envers le/la partenaire. Les questions sont de type Likert à sept points et mesurent les comportements d'attachement selon deux dimensions: l'évitement et l'anxiété. Une cote de quatre ou plus sur l'une des dimensions indique un attachement insécurisant au sein de la relation. Lorsque les deux dimensions sont combinées, cela mène à quatre styles d'attachement : sécurisant (évitemment < 4 et anxiété < 4), préoccupé (évitemment < 4 et anxiété \geq 4), craintif-évitant (évitemment \geq 4 et anxiété \geq 4) et rejetant-évitant (évitemment \geq 4 et anxiété < 4).

Fraley et al. (2011), dans leur étude de plus de 21 000 adultes dans des relations de couple, ont trouvé un coefficient alpha de Cronbach de 0,87 pour la dimension d'évitement et 0,91 pour la dimension d'anxiété sur l'échelle de l'attachement envers le/la partenaire. Pour cette même échelle, ils ont trouvé une moyenne de 2,44 (écart-type de 1,32) pour l'évitement chez les femmes et une moyenne de 2,56 (écart-type de 1,28) pour les hommes. Pour l'anxiété, ils ont trouvé une moyenne de 3,29 (écart-type de 1,99) pour les femmes et une moyenne de 3,05 (écart-type de 1,90) pour les hommes.

Alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique a été mesurée par le CTAS-r (Pinsof, 1994). Ce questionnaire a seulement été administré à partir de la séance 4, soit après une période de temps jugée adéquate pour avoir établi l'alliance thérapeutique (Johnson, 2004). Le CTAS-r (voir annexe J) est un questionnaire de 40 items qui mesure l'alliance thérapeutique pour la thérapie de couple. Il s'agit d'une révision du questionnaire original de Pinsof et Catherall (1986) de 29 items. Les questions sont de type Likert à sept points, pour un score maximal de 280. Le CTAS-r mesure trois composantes de l'alliance : les objectifs, les tâches et les liens d'attachement. Ces trois composantes sont mesurées pour chacun des quatre sous-systèmes d'alliance possibles dans la thérapie de couple : entre soi et thérapeute, entre partenaire et thérapeute, entre couple et thérapeute, et entre soi et partenaire. Une cote totale peut être calculée en additionnant tous les items du questionnaire (Mamodhousen, Wright, Tremblay, & Poitras-Wright, 2005; Pinsof, 1994) et il est possible de faire une moyenne des cotes des deux partenaires du couple pour avoir la cote totale du couple (Pinsof & Catherall, 1986). C'est ce que nous avons fait pour la présente étude. Des cotes plus élevées indiquent une perception plus positive de l'alliance thérapeutique. Mamodhousen et al. (2005) ont divisé la cote totale de l'alliance en sept catégories descriptives : extrêmement négative (cotes de 40 à 79), très négative (de 80 à 119), négative (de 120 à 159), neutre (de 160 à 199), positive (de 200 à 239), très positive (de 240 à 279) et excellente (280). Pinsof (1994) a rapporté un coefficient de Cronbach de 0,83.

Note sur la traduction des mesures en français. La majorité des participants de la présente étude étaient anglophones et ont donc rempli les mesures en anglais dans leur forme originale (tous sauf une participante, la mère du couple 2). Cependant, nous avons tout de même procuré la version française de chacune des mesures s'il y en avait une de disponible ou, dans le cas échéant, nous avons suivi une procédure de retraduction (Brislin, 1970; Chapman & Carter,

1979). Nous avons pu procurer une version française pour tous les questionnaires validés sauf le ECR-RS et le CTAS-r. Nous avons vérifié nos retraductions de ces deux questionnaires, c'est-à-dire qu'après la traduction initiale, un second traducteur a fait une retraduction du questionnaire obtenu en français en anglais. Cela permettait de vérifier qu'aucun élément n'avait été omis ou modifié lors de la traduction. La version française de certains items a été modifiée suite à ce procédé et ces modifications ont été incluses dans les versions finales en français du ECR-RS et du CTAS-r que nous avons utilisées.

Analyse des résultats

L'efficacité du traitement a été évaluée à partir de trois méthodes : l'inspection visuelle des représentations graphiques des tendances du traitement, l'analyse de la signification statistique par des analyses de séries chronologiques (ARMA; Box & Jenkins, 1970), ainsi que l'analyse de la signification clinique par l'Indice de changement stable (RCI; Jacobson & Truax, 1991). Les deux premières analyses, l'inspection visuelle et ARMA, ont été menées à partir des auto-enregistrements quotidiens. L'analyse du RCI a été faite à partir des mesures validées remplies avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement.

Inspection visuelle. Pour analyser les protocoles à cas unique, l'inspection visuelle de figures représentant les séries de données chronologiques est souvent utilisée (Parker & Brossart, 2003) et ses avantages sont bien reconnus (Baer, 1977; Michael, 1974; Parsonson & Baer, 1978, 1986). Cette méthode est facilement accessible et permet d'observer les tendances des observations dans le temps, comme la variabilité dans les données (Houle, 2009). Cette méthode a donc été le point de départ de nos analyses. Nous avons créé des graphiques pour chaque individu illustrant ses auto-enregistrements dans le temps des symptômes de dépression post-partum (mères seulement), de l'ajustement dyadique et du soutien offert par les partenaires. Nous

avons ensuite inspecté ces graphiques visuellement pour évaluer s'il y avait des changements avec l'introduction du traitement par la TCÉ.

Cependant, l'inspection visuelle lorsqu'elle est utilisée seule a été critiquée par plusieurs chercheurs qui soutiennent qu'elle peut être une source de biais, de subjectivité et d'incohérence dans l'évaluation des effets d'une intervention (DeProspero & Cohen, 1979; Furlong & Wampold, 1982; Kazdin, 1982). Il y a aussi une tendance à surestimer les effets du traitement, surtout dans les cas où l'auto-corrélation et la fluctuation aléatoire des données sont élevées (Matyas & Greenwood, 1990). Le concept d'auto-corrélation (ou *serial dependency*) réfère à quand les observations dans le temps ne sont pas indépendantes les unes des autres et sont corrélées entre-elles (Jones, Vaught, & Weinrott, 1977). Ce phénomène est courant lorsqu'il y a des observations répétées chez le même individu à travers le temps (Jones et al., 1977), comme dans le cas de la présente étude. Pour cette raison, il est recommandé de compléter l'inspection visuelle par des analyses de séries chronologiques (Jones et al., 1977).

Analyse de la signification statistique. L'auto-corrélation peut non seulement biaiser et rendre les effets du traitement difficiles à interpréter par l'inspection visuelle, mais elle affecte également les statistiques conventionnelles paramétriques et non-paramétriques (c.-à-d., ANOVA, test *t*, chi-carré), en violant le postulat de base de l'indépendance des données (Jones et al., 1977). Pour cette raison, Box et Jenkins (1970) ainsi que Glass, Willson et Gottman (1975) ont proposé des méthodes statistiques puissantes, rigoureuses et fidèles pour analyser des séries chronologiques afin d'évaluer la signification statistique d'une intervention (Bouchard, Gauthier, Nouwen, Ivers, & Pelletier, 1993).

Pour la présente étude, nous avons suivi les procédures élaborées par Box et Jenkins (1970) et résumées par Bouchard et al. (1993) pour les analyses de séries chronologiques (ou

ARMA, un acronyme référant à *Auto-Regressive and Moving Average*). Ces analyses ont permis d'évaluer la signification statistique des changements, après l'introduction du traitement par la TCE, dans le niveau et la pente des séries chronologiques (Jones et al., 1977) représentant les auto-enregistrements des symptômes de dépression post-partum, de l'ajustement dyadique et du soutien offert par les partenaires. ARMA est une procédure statistique qui permet d'estimer un modèle mathématique qui divise la série en deux composantes : l'auto-corrélation des données et la fluctuation aléatoire et indépendante des données (ou terme d'erreur; Bouchard et al., 1993; Box & Jenkins, 1970).

L'auto-corrélation de la série peut être décrite par un paramètre d'auto-régression (AR), un paramètre de moyenne mobile (*Moving Average*, MA), ou une combinaison des deux (Bouchard et al., 1993; Box & Jenkins, 1970). Le paramètre AR est la fonction d'une constante et de la valeur d'une observation précédente. Par exemple, AR (1) signifie qu'il s'agit de l'observation immédiatement précédente, tandis que AR (2) signifie qu'il s'agit de la seconde observation précédente, et ainsi de suite. Le paramètre MA, quant à lui, représente la durée de l'influence de chocs aléatoires (non-expliqués) dans les données. Ainsi, ARMA permet d'évaluer l'impact d'une intervention en contrôlant pour l'auto-corrélation dans les données (Bouchard et al., 1993; Box & Jenkins, 1970).

Nous avons effectué les analyses indépendamment pour chacune des séries chronologiques (c.-à-d., pour chaque variable mesurée dans les auto-enregistrements de chacun des participants). Ces analyses ont été menées à l'aide du logiciel SPSS à partir des étapes décrites par Box et Jenkins (1970) et résumées par Bouchard et al. (1993). La première étape consistait à identifier un modèle provisoire ARMA qui décrivait la série chronologique. Nous avons tout d'abord déterminé si l'auto-corrélation de la série était mieux décrite par un (ou des)

paramètre(s) AR, MA, ou une combinaison des deux. Pour ce faire, nous avons calculé une fonction d'auto-corrélation (ACF) et une fonction d'auto-corrélation partielle (PACF), et avons généré des graphiques représentant ces fonctions pour nous aider à estimer visuellement le modèle (voir chapitre 18, Tabachnik & Fidell, 2013). Des corrélations significatives ACF suggéraient un modèle MA et des corrélations significatives PACF suggéraient un modèle AR. Si les corrélations ACF et PACF étaient toutes deux significatives, cela suggérait un modèle mixte.

La seconde étape était d'estimer les valeurs des paramètres du modèle provisoire (MA, AR ou ARMA). Tous les paramètres inclus dans le modèle devaient être statistiquement significatifs. Ensuite, la troisième étape était de vérifier qu'il s'agissait d'un modèle adéquat en utilisant différents outils diagnostics qui permettaient de détecter s'il y avait encore de l'auto-corrélation significative. Si le modèle était adéquat, les résidus de la série devaient représenter seulement la fluctuation aléatoire et indépendante des données. Si l'ACF et le PACF des résidus, ainsi que la statistique Ljung-Box, étaient toutes non-significatives, cela suggérait un modèle acceptable. Dans les cas où plus d'un modèle était plausible, la statistique du BIC (*Bayesian information criterion*) normalisé était utilisée pour comparer les modèles et suggérer le modèle le plus parcimonieux (c.-à-d., la valeur du BIC la moins élevée indiquait le modèle le plus parcimonieux).

La quatrième étape était de tester l'impact de l'intervention en incluant une fonction d'intervention qui permettait d'évaluer s'il y avait un changement significatif dans les données de la série avec l'introduction du traitement. L'intervention était considérée statistiquement significative si l'inclusion d'une fonction d'intervention au temps où l'intervention a commencé contribuait significativement au modèle, indiqué par un paramètre de la fonction d'intervention statistiquement significatif. Finalement, il était nécessaire de vérifier que le modèle ARMA final

était adéquat et parcimonieux en répétant l'étape 3 et en ajustant le modèle pour tenir compte des valeurs extrêmes (Bouchard et al., 1993; Box & Jenkins, 1970).

Analyse de la signification clinique. La signification clinique des effets de l'intervention a été évaluée à partir de l'Indice de changement stable (RCI; Jacobson & Truax, 1991). Pour ce faire, nous nous sommes servis des mesures validées des symptômes dépressifs, de l'ajustement dyadique, du soutien offert par les partenaires et de la sécurité de l'attachement au sein du couple remplies par les participants avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement (c.-à-d., BDI-FS, Beck et al., 2000; EPDS, Cox et al., 1987; DAS, Spanier, 1976; CQ, Kuncze & Shaver, 1994; ECR-RS, Fraley et al., 2011). Le RCI était calculé pour chaque individu et pour chaque mesure pour évaluer si la différence entre les cotes de l'individu sur chacune des mesures avant et après l'intervention correspondait à une réelle différence dans son évolution clinique (Jacobson & Truax, 1991). Nous avons calculé le RCI à partir de la formule décrite par Jacobson et Truax (1991) qui nécessite l'écart-type de la mesure et le coefficient alpha de Cronbach⁴ (que nous avons obtenus d'échantillons normatifs de d'autres études), ainsi que les cotes pré et post intervention. La cote pré-intervention était celle obtenue à l'entrevue initiale, et la cote post-intervention était la dernière cote disponible (p. ex., pour le couple 1, qui a reçu 18 séances, nous avons utilisé les cotes des mesures remplies à la séance 16; pour le couple 2, qui a complété 9 séances, nous avons utilisé les cotes des mesures remplies à la séance 8). Selon Jacobson et Truax (1991), si le RCI obtenu est plus élevé que la valeur absolue 1,96 avec une intervalle de confiance de 95%, cela signifie un changement cliniquement significatif.

Pour les mesures qui avaient des normes établies qui permettaient d'identifier une population clinique versus non clinique (c.-à-d., BDI-FS, EPDS et DAS), nous avons également

⁴ La fiabilité test-retest n'était pas disponible pour la plupart des mesures, donc le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé comme un estimé, tel que recommandé par Jacobson, Follette, Revenstorf, Baucom, Hahlweg et Margolin (1984).

évalué, pour chaque individu qui avait eu un changement cliniquement significatif sur la mesure, s'il y avait eu mouvement de l'étendue des symptômes cliniques à l'étendue normative (non-clinique).

Résultats

Pour vérifier les hypothèses postulées, qu'après avoir reçu le traitement par la TCÉ, il y aurait une diminution des symptômes de dépression post-partum, une augmentation de l'ajustement dyadique et une augmentation du soutien offert par les partenaires observés dans les auto-enregistrements, nous avons effectué l'inspection visuelle des représentations graphiques des séries chronologiques et nous avons testé chacune des variables à l'aide du modèle ARMA pour vérifier la signification statistique des changements. Nous avons ensuite vérifié l'hypothèse que le traitement aurait un impact cliniquement significatif sur les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique, le soutien offert par les partenaires et la sécurité de l'attachement au sein du couple à partir du calcul du RCI. Cependant, avant de faire ces analyses, nous devons tenir compte des données manquantes.

Données manquantes

Auto-enregistrements. L'analyse des données manquantes des participants sur les auto-enregistrements a indiqué un pourcentage élevé de données manquantes (voir Tableau 1). Cela est un problème fréquent avec les séries chronologiques qui exigent des observations répétées chez le même individu à travers le temps (Laird, 1988), ce qui était le cas pour la présente étude qui exigeait que les auto-enregistrements soient remplis à chaque jour. Exceptionnellement, un des participants (le père du couple 4) avait un pourcentage de données manquantes de 80%. Par conséquent, l'inspection visuelle et les analyses de séries chronologiques n'ont pas été

complétées pour ce couple⁵. Les autres participants avaient un pourcentage de données manquantes qui variait entre 26 et 52%. Rankin et Marsh (1985) ont trouvé que des taux de données manquantes de plus de 20% pouvaient avoir des effets sur les analyses de séries chronologiques.

Pour gérer ces données manquantes, nous avons tout d'abord vérifié la présence de tendances dans les données manquantes. Les données manquantes étaient assez variables chez le même participant à travers le temps, chez les différents partenaires d'un même couple et d'un couple à l'autre. Nous n'avons pas pu identifier de tendance particulière dans les données manquantes. Il n'y avait pas d'indication que les données étaient manquantes en fonction des variables évaluées.

Nous avons ensuite appliqué des méthodes reconnues pour gérer les données manquantes des séries chronologiques (Velicer & Colby, 2005). La première méthode que nous avons appliquée était la méthode d'effacement des données manquantes. Nous avons utilisé cette méthode pour les données manquantes au début et à la fin des séries chronologiques, ainsi que pour des semaines à l'intérieur des séries pour lesquelles il y avait moins d'une observation enregistrée pour la semaine. Étant donné que la thérapie était offerte à la semaine, il était attendu qu'effacer des blocs d'une semaine complète n'affecterait pas de manière significative les tendances observées dans la série. Cette première méthode a mené à raccourcir la durée des séries chronologiques (c.-à-d., du niveau de base et de la phase d'intervention), et donc à réduire le nombre d'observations (voir Tableau 1). Pour gérer les données manquantes restantes, nous avons ensuite appliqué la méthode de remplacer par la moyenne des points voisins, que nous

⁵ En plus du pourcentage élevé de données manquantes pour le père du couple 4, il y avait un problème de données extrêmes dans les données de la mère qui ont rendu les graphiques difficiles à interpréter par inspection visuelle et qui ont nui à la modélisation des variables dans ARMA.

avons fait à partir de SPSS. Velicer et Colby (2005) ont trouvé que ces deux méthodes, soit l'effacement des données manquantes et remplacer par la moyenne des points voisins, produisaient des estimés raisonnables du niveau de la série. Remplacer par la moyenne des points voisins produisait des estimés raisonnable de la pente également, mais l'effacement des données manquantes pouvait mener à surestimer la pente. Nous en avons tenu compte dans les analyses.

Mesures remplies avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement. L'analyse des données manquantes des participants sur les questionnaires validés a indiqué un faible taux de données manquantes (moins de 10%). Ces questionnaires étaient remplis en présence de la chercheuse principale lors de l'entrevue initiale ou des thérapeutes lors des séances, qui vérifiaient que les questionnaires avaient été dûment remplis, ce qui a minimisé (mais pas complètement éliminé) les données manquantes. Ces données manquantes ont été gérées en remplaçant l'item du questionnaire manqué par la moyenne de la sous-échelle dont l'item faisait partie ou, le cas échéant (quand le questionnaire n'avait pas de sous-échelles), par la moyenne de l'échelle.

Inspection visuelle et analyses de séries chronologiques

Les résultats de l'inspection visuelle et des analyses de séries chronologiques sont présentés pour le couple 1, le couple 2 et le couple 3. Le couple 4 a été exclu de ces analyses en raison du pourcentage trop élevé de données manquantes chez le père (c.-à-d., 80%) et de problèmes de données extrêmes dans les séries chronologiques de la mère qui ont rendu les graphiques difficiles à interpréter par inspection visuelle et qui ont nui à la modélisation des variables dans ARMA.

Il est également à noter que le nombre total d'observations ainsi que la durée du niveau de base et de la phase d'intervention, tels que représentés dans les graphiques des séries

chronologiques utilisées pour l'inspection visuelle, correspondent aux séries chronologiques après avoir appliqué la méthode d'effacement des données manquantes. Cela explique pourquoi, pour le même couple, la durée du niveau de base est différente, car il s'agit des séries chronologiques révisées pour gérer les données manquantes de la façon la plus optimale possible.

Symptômes de dépression post-partum. Les graphiques représentant les réponses aux deux questions des auto-enregistrements quotidiens évaluant les symptômes de dépression post-partum chez les mères (variable 1: « *Aujourd'hui, je peux rire et prendre les choses du bon côté* » et variable 2 : « *Aujourd'hui, je me sens triste ou peu heureuse* ») sont présentés aux Figures 1 et 2. Le moment où le traitement par la TCÉ a été introduit est indiqué à l'aide d'une ligne verticale pointillée traversant chaque graphique.

Dépression post-partum 1. L'inspection visuelle des graphiques de la première variable mesurant les symptômes de dépression post-partum (voir Figure 1) suggère que, pour les mères 2 et 3, la capacité de rire et de prendre les choses du bon côté a augmenté suite à l'introduction du traitement par la TCÉ. Pour la mère 1, il ne semble pas y avoir eu de changement avec l'intervention. Le Tableau 2 fournit un résumé des résultats des analyses ARMA pour chacune des trois participantes à cette première variable.

Chaque tableau des résultats des analyses ARMA indique le modèle d'intervention ARMA identifié après modélisation, ainsi que le niveau de signification des paramètres du modèle, incluant le niveau de signification du paramètre d'intervention. Un paramètre d'intervention significatif suggère qu'il y a eu un changement statistiquement significatif à la variable avec l'introduction du traitement par la TCÉ. Les résultats au Tableau 2 indiquent qu'il y a eu une augmentation statistiquement significative de la capacité de rire et de prendre les choses du bon côté après avoir reçu le traitement par la TCÉ pour les mères 2 et 3, mais pour pas pour la

mère 1. Ces résultats viennent confirmer nos impressions suite à l'inspection visuelle de la Figure 1.

Dépression post-partum 2. L'inspection du graphique de la deuxième variable mesurant les symptômes de dépresssion post-partum (voir Figure 2) suggère que, pour la mère 3, la présence de tristesse a semblé diminuer suite à l'intervention. Pour la mère 2, la tristesse semblait déjà réduite de manière importante avant le début de l'intervention; il ne semblait donc pas y avoir de changement avec l'introduction du traitement. Finalement, comme à la variable 1, il ne semblait pas y avoir de changement avec l'introduction du traitement pour la mère 1.

Les résultats des analyses ARMA pour cette variable (voir Tableau 3) indiquent que, pour toutes les mères, il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif à la présence de tristesse suite au traitement par la TCÉ. La réduction de la présence de tristesse que nous avons notée à partir de l'inspection visuelle du graphique de la mère 3 n'est pas confirmée par les analyses ARMA.

En somme, les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA des deux variables mesurant les symptômes de dépression post-partum indiquent qu'il ne semble pas y avoir eu diminution des symptômes de dépression post-partum de la mère 1 après avoir reçu le traitement par la TCÉ. Pour les mères 2 et 3, les résultats sont mixtes. Les résultats suggèrent qu'il y a eu augmentation de la capacité de rire et de prendre les choses du bon côté, indiquant la possibilité de diminution de certains symptômes de dépression post-partum, mais il ne semble pas y avoir eu réduction de la tristesse.

Ajustement dyadique. Les graphiques représentant les réponses aux trois questions des auto-enregistrements quotidiens évaluant l'ajustement dyadique chez tous les participants [variable 1: « *Je peux dire que les choses vont bien entre moi et mon/ma partenaire aujourd'hui* »,

variable 2 : « *Veillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd'hui* » (des cotes plus élevées indiquant un degré de bonheur plus élevé) et variable 3 : « *Aujourd'hui, je me suis confié/e à mon/ma partenaire* »] sont présentés aux Figures 3 à 8.

Ajustement dyadique 1. L'inspection visuelle des graphiques de la première variable de l'ajustement dyadique pour les mères (voir Figure 3) suggère que, pour les mères 2 et 3, il y a eu amélioration de comment les choses allaient entre elles et leurs partenaires respectifs suite à l'introduction du traitement par la TCÉ. Pour la mère 1, il semble y avoir possiblement eu détérioration avec l'introduction du traitement. L'inspection visuelle des graphiques de cette même variable pour les pères (voir Figure 4) indique qu'il semble y avoir eu amélioration suite à avoir reçu l'intervention pour le père 1. Pour le père 2, l'amélioration semble avoir eu lieu avant de recevoir l'intervention. Il ne semble pas y avoir eu de changement pour le père 3.

Le Tableau 4 fournit un résumé des résultats des analyses ARMA pour tous les participants à cette première variable mesurant l'ajustement dyadique. Pour les mères, les résultats des analyses ARMA indiquent qu'il y a eu amélioration statistiquement significative de comment les choses allaient dans le couple pour la mère 2, mais pas pour les mères 1 et 3. La détérioration qui semblait présente dans l'inspection visuelle du graphique de la mère 1 n'était pas statistiquement significative selon les analyses ARMA; de la même façon, l'amélioration qui semblait présente pour la mère 3 n'était pas statistiquement significative. Pour les pères, les résultats des analyses ARMA indiquent qu'il y a eu amélioration statistiquement significative de cette variable pour les pères 1 et 3 suite au traitement par la TCÉ, mais pas pour le père 2. L'amélioration pour le père 3 n'avait pas été identifiée dans l'inspection visuelle mais les résultats des analyses ARMA indiquent une amélioration significative suite au traitement par la TCÉ.

Les résultats des analyses de cette première variable mesurant l'ajustement dyadique indiquent qu'il y a eu des améliorations pour chaque couple selon la perspective d'un des partenaires (mère 2, père 1 et père 3), qui ont auto-rapporté que les choses allaient mieux entre eux et leurs partenaires respectifs suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ. Cependant, ces effets n'étaient pas notés par leurs partenaires respectifs, chez qui aucun changement significatif à cette variable n'a été trouvé suite à l'intervention.

Ajustement dyadique 2. L'inspection visuelle des graphiques de la deuxième variable de l'ajustement dyadique pour les mères (voir Figure 5) suggère que le degré de bonheur dans le couple des mères 2 et 3 s'est amélioré suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ. Le graphique de la mère 1 est plus difficile à interpréter, mais il semble y avoir eu amélioration avec l'intervention. Pour les pères (voir Figure 6), les résultats sont également plus difficiles à interpréter par inspection visuelle. Il semble y avoir eu amélioration du degré de bonheur du couple pour le père 1 suite à avoir reçu l'intervention et possiblement pour le père 3 également. Pour le père 2, le degré de bonheur du couple semble s'être déjà amélioré avant d'avoir reçu l'intervention.

Les analyses ARMA pour cette variable (voir Tableau 5) confirment que, pour les mères, il y a eu amélioration statistiquement significative du degré de bonheur du couple suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ pour les mères 1 et 2, mais pas pour la mère 3. Ainsi, l'amélioration qui semblait présente dans l'inspection visuelle du graphique de la mère 3 n'était pas statistiquement significative. Pour les pères, les résultats des analyses ARMA indiquent seulement une amélioration statistiquement significative pour le père 1.

Les résultats des analyses de cette deuxième variable mesurant l'ajustement dyadique indiquent des améliorations statistiquement significatives du degré de bonheur du couple 1 après

avoir reçu le traitement par la TCÉ, rapporté par les deux partenaires. Une amélioration statistiquement significative suite à l'intervention a été confirmée pour la mère 2 également, mais pas pour son partenaire. Aucun changement statistiquement significatif de cette variable avec le traitement n'a été trouvé pour le couple 3.

Ajustement dyadique 3. L'inspection visuelle des graphiques de la troisième variable de l'ajustement dyadique pour les mères (voir Figure 7) suggère que la mère 2 se confiait plus à son partenaire suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ. Pour la mère 1, le graphique semble indiquer qu'elle se confiait moins à son partenaire suite à l'intervention. Le graphique de la mère 3 est plus difficile à interpréter, mais il semble indiquer qu'il n'y a pas eu de changement significatif à cette variable avec l'intervention. Pour les pères (voir Figure 8), il semble y avoir eu amélioration du degré auquel les pères 1 et 2 se confiaient à leurs partenaires respectives après avoir reçu l'intervention. Le graphique pour le père 3 est plus difficile à interpréter, mais il ne semble pas y avoir eu de changement suite à l'intervention.

Les analyses ARMA pour cette variable (voir Tableau 6) ont confirmé qu'il y a eu amélioration statistiquement significative du degré auquel la mère 2 se confiait à son partenaire suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ. Pour la mère 1, la détérioration qui semblait présente avec l'inspection visuelle n'était pas statistiquement significative. Les analyses ARMA ont confirmé les impressions à partir de l'inspection visuelle qu'il n'y avait pas de changement statistiquement significatif pour la mère 3. Pour les pères, les analyses ARMA suggèrent seulement une amélioration statistiquement significative pour le père 2, qui indiquait qu'il se confiait plus à sa partenaire après avoir reçu l'intervention. Les résultats n'ont trouvé aucun changement statistiquement significatif pour le père 1. Une ré-évaluation du graphique du père 1 permet de constater que les données étaient déjà en pente positive avant l'introduction du

traitement; l'introduction du traitement ne semble pas avoir changé cette tendance, donc l'amélioration ne semble pas être liée à l'introduction du traitement. Les résultats pour le père 3 ont confirmé les impressions de l'inspection visuelle qu'il n'y avait pas de changement avec l'intervention.

Les résultats des analyses pour cette troisième variable de l'ajustement dyadique indiquent qu'il y a seulement eu un effet statistiquement significatif pour le couple 2, rapporté par les deux partenaires, mais pas pour les autres couples.

En somme, les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA pour les trois variables mesurant l'ajustement dyadique indiquent qu'il semble y avoir eu des améliorations à l'ajustement dyadique pour tous les couples après avoir reçu le traitement par la TCÉ, rapportées par au moins un des partenaires sur au moins une des variables. La mère 2 semble avoir eu l'amélioration la plus marquée de l'ajustement dyadique; en fait, les résultats indiquent une amélioration significative pour elle sur toutes les variables évaluées mesurant l'ajustement dyadique. Le père 1 a eu des améliorations sur deux des trois variables de l'ajustement dyadique. La seule participante pour qui aucun changement n'a été trouvé à l'ajustement dyadique après le traitement par la TCÉ était la mère 3.

Soutien offert par les partenaires. Les graphiques représentant les réponses à la question des auto-enregistrements quotidiens évaluant le soutien offert par les partenaires (ou *caregiving*) chez tous les participants (« *Aujourd'hui lorsque mon/ma partenaire semble vouloir ou avoir besoin d'une caresse, je suis content/e de lui donner* ») sont présentés aux Figures 9 et 10.

L'inspection visuelle des graphiques du soutien offert par les partenaires pour les mères (voir Figure 9) suggère qu'il y a eu amélioration de la volonté de fournir du soutien au partenaire par la proximité physique pour les mères 2 et 3 suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ. Il ne

semble pas y avoir eu de changement suite à l'intervention pour la mère 1. L'inspection visuelle des graphiques de cette variable pour les pères (voir Figure 10) suggère qu'il y a eu amélioration pour le père 1. Cependant, cela est plus difficile à interpréter car les données étaient déjà en pente positive avant le traitement. Les graphiques des pères 2 et 3 sont également difficiles à interpréter, mais il ne semble pas y avoir eu de changement suite à l'intervention.

Le Tableau 7 fournit un résumé des résultats des analyses ARMA pour le soutien offert par les partenaires. Les résultats viennent confirmer les impressions de l'inspection visuelle pour la mère 3 et indiquent qu'il y a eu amélioration statistiquement significative de la volonté de fournir du soutien à son partenaire par la proximité physique après avoir reçu le traitement par la TCÉ. L'amélioration qui semblait présente dans l'inspection visuelle du graphique de la mère 2 n'a pas été confirmée par les analyses ARMA. Cependant, les résultats aux analyses de cette variable pour la mère 2 étaient significatifs avant de tenir compte des données extrêmes, donc il est possible que l'amélioration observée à partir de l'inspection visuelle soit significative. Les analyses ARMA ont confirmé qu'il n'y avait pas de changement significatif pour la mère 1. Pour les pères, les analyses ARMA ont confirmé une amélioration statistiquement significative pour le père 1, mais pas pour les pères 2 et 3.

Les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA pour le soutien offert par les partenaires indiquent qu'il y a eu augmentation du soutien offert par les partenaires après avoir reçu le traitement par la TCÉ seulement pour la mère 3 et le père 1. Il y a possibilité qu'il y a eu augmentation pour la mère 2 également, mais les analyses ARMA ont trouvé que ce n'était pas statistiquement significatif.

Pour conclure, les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA pour les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique et le soutien offert par les

partenaires viennent confirmer nos hypothèses pour certains des participants mais pas pour d'autres. Pour le couple 1, les résultats suggèrent que les symptômes de dépression post-partum de la mère ne se sont pas améliorés suite au traitement par la TCE. Cependant, il semble y avoir eu des améliorations à l'ajustement dyadique des deux partenaires (sur certaines des variables), ainsi qu'une amélioration du soutien offert par le père suite au traitement. Pour le couple 2, les résultats suggèrent que les symptômes de dépression post-partum de la mère se sont améliorés suite à avoir reçu l'intervention, ainsi que l'ajustement dyadique, particulièrement de la mère. Finalement, pour le couple 3, les résultats suggèrent que les symptômes de dépression post-partum de la mère se sont améliorés suite au traitement. De plus, il semble y avoir eu une amélioration de l'ajustement dyadique du père (sur une des variables), ainsi qu'une amélioration du soutien offert par la mère suite au traitement.

Analyse de la signification clinique des résultats

Les cotes aux mesures validées remplies avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement, mesurant les symptômes de dépression post-partum (c.-à-d., BDI-FS et EPDS), l'ajustement dyadique (c.-à-d., DAS) et le soutien offert par les partenaires (c.-à-d., CQ), sont présentées aux Tableaux 8 et 9 pour tous les couples. Même si les auto-enregistrements étaient la source principale d'information dans la présente étude pour suivre les changements de ces variables dans le temps avec l'introduction du traitement par la TCE, les mesures validées permettaient d'enrichir les données des séries chronologiques et d'offrir une autre source d'information pour vérifier s'il y avait des changements dans la direction prévue par les hypothèses (Borckardt et al., 2008). Les cotes sur la mesure de l'attachement au sein du couple (c.-à-d., ECR-RS), également remplie avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement, sont présentées au Tableau 10.

Étant donné que l'inspection visuelle et les analyses ARMA n'ont pas été complétées pour le couple 4, nous n'avons pas effectué l'analyse de la signification clinique pour ce couple. Puisque nous n'avons pas pu déterminer les tendances dans les auto-enregistrements et la signification statistique de ces tendances, nous avons conclu que la signification clinique serait difficile à interpréter, d'autant plus que ce couple s'est retiré de l'étude de façon soudaine lorsqu'ils se sont séparés après la séance 8. Nous avons tout de même inclus les cotes aux mesures validées remplies avant le traitement et ensuite à toutes les quatre séances pendant le traitement pour ce couple (c.-à-d., BDI-FS, EPDS, DAS, CQ et ECR-RS) aux Tableaux 8, 9 et 10. Il est possible de constater qu'il semble y avoir eu réduction des symptômes dépressifs des deux partenaires du couple 4 et augmentation de l'ajustement dyadique de la mère (mais pas de l'ajustement dyadique du père, qui ne rapportait pas de détresse significative à l'entrevue initiale). Les améliorations de l'ajustement dyadique sont surprenantes, étant donné que le couple s'est séparé. Il est difficile d'interpréter ces résultats davantage sans les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA.

L'analyse de la signification clinique est donc seulement présentée pour les couples 1, 2 et 3. Nous avons tout d'abord calculé le RCI (Jacobson & Truax, 1991) à partir des mesures des symptômes dépressifs (BDI-FS et EPDS), de l'ajustement dyadique (DAS), du soutien offert par les partenaires (CQ) et de l'attachement au sein du couple (ECR-RS). Le RCI a été calculé pour chaque individu et pour chaque mesure selon la formule de Jacobson et Truax (1991), à partir des cotes avant le traitement et à la fin du traitement. Si le RCI obtenu est plus élevé que la valeur absolue 1,96 avec une intervalle de confiance de 95%, cela signifie un changement cliniquement significatif (Jacobson & Truax, 1991). Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau 11.

Il est possible de constater que, selon les critères du RCI, les mères du couple 2 et du couple 3 ont eu une réduction cliniquement significative de leurs symptômes de dépression post-partum, tels qu'évalués par le BDI-FS et l'EPDS. Ces résultats sont en lien avec les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA, où nous avons trouvé que ces deux mères avaient une réduction statistiquement significative de leurs symptômes de dépression post-partum suite au traitement par la TCÉ. La mère du couple 1, quant à elle, n'a pas eu de changement cliniquement significatif sur l'EPDS et, selon le BDI-FS, il y a eu une augmentation cliniquement significative de ses symptômes de dépression post-partum (c.-à-d., une détérioration cliniquement significative de sa dépression). Cependant, son partenaire (père du couple 1), qui avait des symptômes dépressifs cliniquement significatifs à l'entrevue initiale, a eu une diminution cliniquement significative de ses symptômes sur le BDI-FS. Les pères des couples 2 et 3 n'avaient pas de symptômes dépressifs cliniquement significatifs à l'entrevue initiale et donc le RCI n'a pas été calculé.

Nous avons également évalué, pour chaque participant qui avait eu un changement cliniquement significatif sur le BDI-FS et/ou l'EPDS, s'il y avait eu mouvement de l'étendue des symptômes cliniques à l'étendue normative (non-clinique). Selon les normes établies dans la littérature, une cote < 4 sur le BDI-FS (Beck et al., 1997) et une cote ≤ 9 sur l'EPDS (Cox et al., 1987) correspondrait à un rétablissement des symptômes de dépression post-partum. Les cotes de la mère du couple 2 à la fin du traitement sur le BDI-FS et sur l'EPDS (voir Tableau 8) n'étaient plus dans l'étendue clinique des symptômes de dépression post-partum, indiquant qu'elle semblait rétablie de sa dépression. La cote de la mère du couple 3 à la fin du traitement sur l'EPDS n'était plus dans l'étendue clinique des symptômes de dépression post-partum, mais sa cote sur le BDI-FS indiquait des symptômes dépressifs se retrouvant dans l'étendue des

symptômes dépressifs légers à la fin du traitement. Elle était donc passée de l'étendue des symptômes dépressifs modérés à l'entrevue initiale à l'étendue des symptômes dépressifs légers à la fin du traitement. Les cotes de la mère du couple 1 sur le BDI-FS et sur l'EPDS étaient dans l'étendue clinique des symptômes de dépression post-partum à la fin du traitement. En fait, elle est passée de l'étendue des symptômes de dépression post-partum légers sur le BDI-FS à l'entrevue initiale à l'étendue modérée à la fin du traitement, en lien avec l'analyse du RCI qui indiquait une détérioration significative. Son partenaire, quant à lui, n'était plus dans l'étendue des symptômes dépressifs cliniquement significatifs à la fin du traitement et semblait donc rétabli de sa dépression.

Selon les critères du RCI, tous les participants ont eu des gains cliniquement significatifs sur le DAS, sauf le père du couple 2 pour qui le RCI n'a pas été calculé car il n'a indiqué aucune détresse significative dans son couple avant le traitement (voir Tableau 11). Tous les participants n'indiquaient plus de détresse significative dans leur couple à la fin du traitement (voir Tableau 8) selon la norme établie par Spanier (1976; cote ≥ 97), sauf le père du couple 3 qui a eu des gains cliniquement significatifs sur le DAS mais rapportait toujours de la détresse significative. Encore une fois, ces résultats sont en lien avec les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA qui indiquaient une amélioration statistiquement significative de l'ajustement dyadique chez tous les couples (détectée chez au moins un des partenaires du couple sur au moins une des variables mesurées) après avoir reçu le traitement par la TCÉ.

Sur le CQ, les résultats de l'analyse RCI indiquent que seulement le couple 2 a eu des gains cliniquement significatifs du soutien offert par les partenaires. La mère du couple 2 a fait des gains sur toutes les échelles du CQ (c.-à-d., augmentation de la proximité, de la sensibilité et de la coopération, et diminution du soutien compulsif), tandis que son partenaire a fait des gains

seulement sur les échelles de sensibilité et de coopération. Ces résultats font contraste aux résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA pour le soutien offert par les partenaires, qui indiquaient des améliorations statistiquement significatives du soutien offert par les partenaires seulement pour le père du couple 1 et la mère du couple 3. Cependant, nous avons indiqué la possibilité d'une amélioration significative pour la mère du couple 2, mais cela n'avait pas été confirmé par les analyses ARMA. Il est à noter que les auto-enregistrements ont évalué seulement un item de l'échelle de proximité, ce qui peut expliquer les différences entre les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA, et de l'analyse du RCI.

Les résultats du RCI pour les deux sous-échelles (c.-à-d., anxiété et évitement) de la mesure de l'attachement au sein du couple indiquent que la mère du couple 2 et le père du couple 1 ont eu une réduction cliniquement significative de l'évitement. Seulement la mère du couple 2 a eu une réduction cliniquement significative de l'anxiété. L'attachement n'était pas mesuré dans les auto-enregistrements quotidiens alors il n'est pas possible de comparer ces résultats aux résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA.

Un sommaire de l'ensemble des résultats aux analyses ARMA et à l'analyse du RCI pour les couples 1, 2 et 3 est présenté au Tableau 12. La signification statistique des résultats sur chacune des variables des auto-enregistrements quotidiens, ainsi que sur chacun des questionnaires validés (c.-à-d., BDI-FS, EPDS, DAS, CQ et ECR-RS), est présentée pour chaque participant. Lorsqu'un résultat est significatif, la direction du changement est indiquée avec une flèche (c.-à-d., s'il y a eu augmentation ou diminution de la variable en question), ainsi que le niveau de signification.

Mesure de l'alliance thérapeutique

Les cotes totales de l'alliance pour chaque couple sont présentées au Tableau 13 et indiquent que tous les couples avaient une alliance thérapeutique positive tout au long du traitement (étendue positive = 200 à 239 et étendue très positive = 240 à 279; Mamodhousen et al., 2005). Selon Johnson (2004), une alliance positive est un prérequis important du traitement par la TCE; il semble que, par la séance 4, l'alliance était bien établie pour tous les couples.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité clinique d'une intervention de couple structurée, la TCE, dans le traitement de la dépression post-partum. Nous voulions vérifier si, après avoir reçu le traitement par la TCE, il y aurait une diminution des symptômes de dépression post-partum, une augmentation de l'ajustement dyadique et une augmentation du soutien offert par les partenaires chez quatre couples hétérosexuels dont les femmes souffraient de dépression post-partum. Nous voulions également vérifier si le traitement aurait un impact cliniquement significatif sur ces variables. À ces fins, nous avons effectué l'inspection visuelle des données issues des auto-enregistrements quotidiens, ainsi que les analyses ARMA pour évaluer la signification statistique des changements suite au traitement. Nous avons également analysé la signification clinique à partir de mesures validées remplies avant et après le traitement en calculant le RCI.

Ces analyses ont seulement été complétées pour trois des quatre couples qui ont participé à l'étude. Le couple 4 a été exclu des analyses en raison du pourcentage trop élevé de données manquantes et de problèmes de données extrêmes dans les auto-enregistrements quotidiens, qui ont nui à l'inspection visuelle et aux analyses ARMA. Étant donné ces difficultés, nous avons également choisi de les exclure de l'analyse de la signification clinique. Il a été jugé que les

résultats de l'analyse de la signification clinique seraient difficiles à interpréter sans l'inspection visuelle et les analyses ARMA. De plus, ce couple s'est retiré de l'étude de façon soudaine lorsqu'ils se sont séparés après avoir reçu huit séances de TCÉ, même si chaque partenaire n'avait rapporté aucun plan imminent de séparation à l'entrevue initiale. Leur séparation soudaine qui a interrompu le traitement après huit séances ajoute encore plus de difficultés à interpréter ce qui s'est passé pour ce couple.

Hypothèses

Nos trois premières hypothèses portaient sur les changements observés dans les auto-enregistrements des participants sur les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique et le soutien offert par les partenaires après avoir reçu le traitement par la TCÉ. Ces hypothèses ont été partiellement confirmées par les résultats. En général, les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA allaient dans le même sens, mais les résultats des analyses ARMA étaient parfois plus conservateurs que ceux de l'inspection visuelle, ce qui était attendu étant donné la présence d'auto-corrélation qui peut augmenter les chances de surestimer les effets du traitement par l'inspection visuelle à elle seule (Matyas & Greenwood, 1990). Ensuite, la quatrième hypothèse supposait que le traitement aurait un impact cliniquement significatif sur les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique, le soutien offert par les partenaires et la sécurité de l'attachement au sein du couple, tel que calculé par le RCI à partir des mesures validées administrées avant et après le traitement. Cette hypothèse a également été partiellement confirmée par les résultats.

Symptômes de dépression post-partum. Les résultats de l'inspection visuelle, des analyses ARMA et de l'analyse du RCI ont indiqué qu'il y a eu réduction statistiquement et cliniquement significative des symptômes de dépression post-partum chez les mères du couple 2

et du couple 3 après avoir reçu le traitement par la TCÉ. De plus, à la fin du traitement, la mère du couple 2 n'avait plus de symptômes de dépression post-partum cliniquement significatifs et semblait donc rétablie de sa dépression post-partum. De son côté, la mère du couple 3 avait toujours des symptômes dépressifs légers, mais ceux-ci étaient significativement améliorés suite à avoir reçu le traitement. Ces résultats sont en lien avec le bon nombre de preuves empiriques qui démontrent l'efficacité de la thérapie de couple pour le traitement de la dépression majeure, particulièrement chez des femmes dans des couples en détresse (Barbato & D'Avanzo, 2008; Whisman et al., 2012). De plus, ces résultats s'ajoutent à ceux de Denton et al. (2012) et de Dessaulles et al. (2003) qui indiquent l'efficacité de la TCÉ (seule ou comme complément aux antidépresseurs) dans le traitement de la dépression.

Cependant, selon les résultats, il n'y a pas eu amélioration des symptômes de dépression post-partum de la mère du couple 1, et il semble même y avoir eu détérioration cliniquement significative sur une des mesures (c.-à-d., le BDI-FS). Elle avait toujours des symptômes de dépression post-partum cliniquement significatifs à la fin du traitement, dans l'étendue modérée sur le BDI-FS. Cette participante a répondu différemment au traitement par la TCÉ que les mères des couples 2 et 3, montrant que le traitement par la TCÉ ne semblait pas efficace à réduire les symptômes de dépression post-partum chez toutes les participantes. Nous offrons des explications possibles pour la différence des résultats observés chez cette mère par rapport aux mères des couples 2 et 3.

D'abord, il est important de noter que la mère du couple 1 avait été victime d'abus physique et négligée par ses figures d'attachement à l'enfance, ce qui n'était pas le cas pour les autres participants dans l'étude. Il est possible que les antécédents de trauma à l'enfance de la mère du couple 1 aient rendu ses symptômes de dépression post-partum plus difficiles à traiter.

Cette hypothèse est appuyée par les résultats de certaines études qui suggèrent que le trauma à l'enfance soit un facteur de risque pour la dépression périnatale (Robertson-Blackmore et al., 2013) et pour la chronicité des symptômes (Patel et al., 2002; Vliegen et al., 2014), et que des antécédents de trauma à l'enfance pourraient affecter la réponse des femmes au traitement de la dépression périnatale (Robertson-Blackmore & al., 2013). En fait, Robertson-Blackmore et al. (2013) suggèrent que des femmes avec des antécédents de trauma pourraient nécessiter des interventions différentes que celles sans antécédents de trauma pour le traitement de la dépression périnatale (Robertson-Blackmore et al., 2013). De plus, la littérature sur la TCÉ suggère que, dans des cas où un des partenaires a été victime d'abus, un plus grand nombre de séances est indiqué, tel que 30 à 35 séances de TCÉ (Johnson, 2002), et que le processus de la TCÉ doit également être adapté pour gérer les besoins complexes liés aux antécédents de trauma (Macintosh & Johnson, 2008). Il est donc possible que 18 séances de TCÉ étaient insuffisantes pour la mère du couple 1 et qu'elle aurait pu bénéficier d'un plus grand nombre de séances.

Un autre facteur qui différencie la mère du couple 1 des autres participants est que tous étaient caucasiens sauf elle qui était d'origines asiatique et latino. Greenman, Young et Johnson (2009) se sont intéressés à l'application multiculturelle de la TCÉ et ils suggèrent que, malgré que la théorie de l'attachement soit universelle, les normes qui régissent quelles émotions peuvent être affichées et quels besoins peuvent être exprimés semblent varier d'une culture à l'autre et peuvent avoir un impact sur le processus de la TCÉ. La mère du couple 1 a exprimé un malaise avec les mises en acte, par lesquelles le thérapeute tentait de faciliter l'expression des émotions et des besoins de chacun des partenaires et de créer des moments de rapprochement entre les partenaires (Johnson, 2004). Il est possible que son malaise avec les mises en acte soit lié à des aspects culturels rendant l'expression de ses émotions et de ses besoins plus difficile.

Les résultats de certaines études suggèrent que les personnes de cultures collectivistes (comme les cultures asiatiques et latino), comparées aux personnes de cultures individualistes, tendent à être plus réservées dans l'expression de certaines émotions (p. ex., la colère) et besoins associés par soucis de préserver l'harmonie sociale (Fernández, Carrera, Sánchez, Paez, & Candia, 2000; Hattori, 2014). Il y aurait aussi tendance à éviter les conflits (Triandis, Marin, Lisansky, & Betancourt, 1984) et la communication directe des émotions et des besoins (Hattori, 2014) pour la même raison. Il est donc possible que des aspects de la culture de la mère du couple 1 aient rendu les mises en acte de la TCÉ plus difficiles, affectant ainsi une composante importante de la TCÉ (Tilley & Palmer, 2013). Il est attendu que l'efficacité de la TCÉ soit affectée par ces difficultés, étant donné l'importance du relâchement émotionnel, facilité par les mises en acte, pour le succès de la TCÉ (Greenman & Johnson, 2013).

Il est également important de souligner que la mère du couple 1 était la seule des trois mères à avoir un partenaire qui avait des symptômes dépressifs cliniquement significatifs à l'entrevue initiale. Il est possible que la présence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs chez les deux partenaires ait pu affecter la progression du traitement.

Malheureusement, nous n'avons pas trouvé d'études qui ont porté sur la progression de la TCÉ (ou de la thérapie de couple en général) chez des couples où les deux partenaires sont déprimés versus seulement un des partenaires. Cependant, certaines études (p. ex., Dessaulles et al., 2003) ont exclu les couples où les deux partenaires rencontraient les critères diagnostiques de la dépression majeure, suggérant que les chercheurs croyaient que cela aurait un impact sur la progression du traitement. Il est attendu que lorsque les deux partenaires sont déprimés, ce sera plus difficile pour chacun de servir de point d'appui à l'autre et d'offrir le soutien et la

compréhension nécessaire au rétablissement de la dépression (Brandon et al., 2012; Don & Mickelson, 2012).

Ajustement dyadique. Selon les résultats de la présente étude, il y a eu augmentation statistiquement et cliniquement significative de l'ajustement dyadique chez tous les couples après avoir reçu le traitement par la TCÉ. À la fin du traitement, tous les participants sauf un (c.-à-d., le père du couple 3) ne rapportaient plus de détresse significative dans leur couple. La cote du père du couple 3 au DAS à l'entrevue initiale était la moins élevée comparé à tous les autres participants, indiquant la détresse la plus sévère avant le traitement. Cela peut expliquer pourquoi il rapportait toujours une détresse significative dans son couple après le traitement, même s'il avait fait des gains significatifs. Les améliorations de l'ajustement dyadique chez tous les couples suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ sont cohérentes avec les preuves empiriques solides de l'efficacité de la TCÉ à réduire la détresse conjugale (Johnson, 2004; Johnson et al., 1999; Johnson & Greenberg, 1985; Lebow, Chambers, Christensen, & Johnson, 2012; Wood, Crane, Schaalje, & Law, 2005).

Soutien offert par les partenaires. Il semble y avoir eu amélioration du soutien offert par les partenaires après avoir reçu le traitement par la TCÉ chez tous les couples. En particulier, il y a eu amélioration du soutien chez le père du couple 1 et la mère du couple 3 (à partir de l'inspection visuelle et des analyses ARMA), qui semblaient plus disposés à fournir du soutien à leur partenaire par la proximité physique suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ; il y a également eu amélioration du soutien chez les deux partenaires du couple 2 (à partir de l'analyse du RCI). À la fin du traitement, la mère du couple 2 semblait plus disposée à fournir du soutien par la proximité physique et plus sensible à reconnaître les émotions et les besoins de son partenaire. De plus, cette mère semblait davantage coopérative dans ses interactions avec son

partenaire et il semblait y avoir réduction de sa tendance à devenir trop impliquée lorsque son partenaire faisait face à des difficultés. Quant à son partenaire (le père du couple 2), il semblait également plus sensible à reconnaître les émotions et les besoins de sa partenaire suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ, et davantage coopératif dans ses interactions avec elle. Ces résultats sont cohérents avec le fait que les thérapeutes qui pratiquent la TCÉ facilitent des expériences interactives correctrices entre les partenaires en les encourageant à reconnaître les émotions vulnérables et les besoins liés à l'attachement de leur partenaire et à les recevoir avec sensibilité (Johnson, 2004).

Symptômes dépressifs des pères et sécurité de l'attachement au sein du couple.

Même si les symptômes dépressifs des pères et la sécurité de l'attachement au sein du couple n'ont pas été mesurés dans les auto-enregistrements quotidiens (et n'ont donc pas fait l'objet de l'inspection visuelle et des analyses ARMA comme les autres variables), les résultats à l'analyse du RCI de ces variables (c.-à-d., à partir du BDI-FS et du ECR-RS) sont intéressants et méritent d'être commentés. D'abord, deux des quatre couples recrutés dans l'étude étaient composés d'hommes avec des symptômes dépressifs cliniquement significatifs à l'entrevue initiale, ce qui est en lien avec la littérature qui indique que la probabilité de dépression chez les pères pendant la période post-partum est significativement plus élevée si leur partenaire a la dépression post-partum (Goodman, 2004). Nous avons été en mesure d'analyser les résultats d'un de ces pères, le père du couple 1 (l'autre père faisait partie du couple 4 qui a dû être exclu des analyses).

Les résultats pour le père du couple 1 ont indiqué qu'il semble y avoir eu réduction cliniquement significative de ses symptômes dépressifs après avoir reçu le traitement par la TCÉ. Après le traitement, ce père n'avait plus de symptômes dépressifs cliniquement significatifs et semblait donc rétabli de sa dépression. Malgré la reconnaissance du risque plus élevé de

dépression chez les pères pendant la période post-partum (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010), peu d'études ont porté sur la dépression des pères suivant la naissance d'un enfant et encore moins sur des traitements visant cette problématique (Don & Mickelson, 2012). Les améliorations des symptômes de dépression du père du couple 1 après avoir reçu le traitement par la TCÉ suggèrent que des interventions de couple comme la TCÉ peuvent avoir un impact non seulement sur les symptômes dépressifs des mères, mais aussi sur les symptômes dépressifs des pères. De plus, il est intéressant que, selon les résultats de la présente étude, les symptômes dépressifs de ce père se sont améliorés suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ, même si ceux de sa partenaire (c.-à-d., la mère du couple 1) ne se sont pas améliorés.

De plus, les résultats à l'analyse du RCI des cotes des participants à la mesure de l'attachement au sein du couple ont indiqué qu'il y a eu des gains cliniquement significatifs sur la sécurité de l'attachement entre les partenaires chez certains participants. Particulièrement, le père du couple 1 et la mère du couple 2 semblaient avoir un attachement envers leur partenaire plus sécurisant suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ. Le père du couple 1 a eu une réduction de l'évitement de l'intimité; la mère du couple 2, quant à elle, a eu une réduction de l'évitement de l'intimité et de l'anxiété face à l'abandon. De façon intéressante, ces mêmes participants ont eu des améliorations du soutien offert à leur partenaire. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de plusieurs études qui démontrent un lien entre l'attachement et le soutien offert par les partenaires (Feeney, 1996; Feeney & Hohaus, 2001; Kunce & Shaver, 1994; Millings & Walsh, 2009). En fait, un attachement plus sécurisant est associé à un meilleur soutien offert par les partenaires (Bouthilier et al., 2002; Collins & Ford, 2010; Kunce & Shaver, 1994; Millings & Walsh, 2009). Ces résultats sont également cohérents avec ceux de Burgess Moser (2012), qui a trouvé que ses participants faisaient preuve de comportements typiques d'un attachement

sécurisant dans leur relation de couple suite à avoir reçu un traitement par la TCÉ. Cela semble être le cas pour le père du couple 1 et la mère du couple 2 dans la présente étude, qui ont tous deux eu une augmentation du soutien offert à leur partenaire. Selon le modèle de la TCÉ, il est attendu que l'augmentation du soutien offert par les partenaires et des comportements liés à l'attachement aurait pour effet de favoriser un attachement plus sécurisant au sein du couple (Johnson, 2004).

Commentaires généraux

En somme, cette étude offre des preuves préliminaires à l'appui de l'efficacité de la TCÉ dans le traitement de la dépression post-partum chez des femmes dans des couples en détresse. Il y a cependant un besoin d'explorer davantage les facteurs qui peuvent affecter l'efficacité de la TCÉ sur les symptômes de dépression post-partum de certaines femmes et la possibilité que dans certains cas (p. ex., antécédents d'abus à l'enfance, culture collectiviste, et/ou présence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs chez le partenaire), un plus grand nombre de séances, ajustées aux différences culturelles importantes, pourrait être nécessaire. Les gains au niveau de l'ajustement dyadique chez tous les couples dans la présente étude suite au traitement par la TCÉ sont encourageants et sont cohérents avec les résultats de d'autres études qui indiquent que la thérapie de couple est efficace pour réduire les symptômes dépressifs et la détresse conjugale, et pourrait donc être le traitement de choix pour traiter la combinaison des problèmes (Barbato et D'Avanzo, 2008; Whisman et al., 2012).

Certains auteurs ont souligné que des améliorations à l'ajustement dyadique pourraient réduire les chances de rechute de la dépression (Jacobson et al., 1991), étant donné l'association forte entre la détresse conjugale et la dépression post-partum (Kumar & Robson, 1984; McGill et al., 1995; O'Hara, 1986; Watson et al., 1984; Whiffen, 1988; Whisman et al., 2011; Zerkowitz &

Millet, 1996). Ainsi, il est attendu que les améliorations à l'ajustement dyadique des couples dans la présente étude pourraient offrir un meilleur pronostic à long terme pour les participants (Jacobson et al., 1991).

Les résultats de la présente étude viennent s'ajouter à ceux de Carter, Grigoriadis et Ross (2010) qui, à nos connaissances, ont fait la seule autre étude qui a porté sur l'efficacité d'une thérapie de couple pour le traitement de la dépression post-partum dans des couples en détresse. Carter, Grigoriadis et Ross ont présenté une étude de cas illustrant une application réussie d'un format conjoint de la thérapie interpersonnelle (IPT-CM), qu'ils ont adapté au traitement de la dépression post-partum. Ils ont conclu qu'il y avait eu amélioration significative des symptômes de dépression post-partum de la femme, ainsi que des améliorations de l'ajustement dyadique des deux partenaires du couple étudié, après avoir reçu 12 semaines de IPT-CM.

Il y a des similarités entre les résultats de Carter, Grigoriadis et Ross (2010) et les résultats de la présente étude; nos résultats ont également indiqué des améliorations aux symptômes de dépression post-partum (chez deux des trois mères), ainsi que des améliorations à l'ajustement dyadique chez tous les couples. Toutefois, les résultats de la présente étude ajoutent à ceux de Carter, Grigoriadis et Ross avec l'inclusion d'un plus grand nombre de couples, l'évaluation des variables de façon continue au fil du temps par des auto-enregistrements quotidiens, l'établissement d'un niveau de base avant l'introduction du traitement et des analyses rigoureuses ARMA qui ont permis d'évaluer la signification statistique des changements avec l'introduction du traitement. Nous avons également évalué des variables additionnelles qui ne semblent pas avoir été évaluées par Carter, Grigoriadis et Ross, telles que les symptômes dépressifs des pères, le soutien offert par les partenaires et la sécurité de l'attachement au sein du couple.

La présente étude a mesuré les changements au soutien offert par les partenaires et à la sécurité de l'attachement au sein du couple avec le traitement par la TCÉ. Certains chercheurs ont suggéré que des changements à l'attachement pourraient nécessiter de plus longues périodes de temps, un plus grand nombre d'expériences positives relationnelles correctrices et des niveaux plus profonds d'expériences émotionnelles en relation (Makinen & Johnson, 2006). Les résultats de la présente étude, comme ceux de Burgess Moser (2012), suggèrent que des améliorations à l'attachement au sein d'un couple sont possibles après un traitement par la TCÉ de relative courte durée qui favorise des niveaux profonds d'expériences émotionnelles en relation. Notamment, dans la présente étude, il y a eu des améliorations au soutien offert chez les deux partenaires du couple 2 et des améliorations à la sécurité de l'attachement de la mère après seulement neuf séances de TCÉ.

En même temps, les résultats de la présente étude suggèrent que, pour certains couples, un plus grand nombre de séances pourraient être nécessaires pour qu'il y ait des améliorations au soutien offert par les partenaires et à la sécurité de l'attachement. La mère du couple 1 n'a pas eu d'amélioration du soutien offert à son partenaire ni à la sécurité de l'attachement envers son partenaire suite au traitement par la TCÉ. Nous avons suggéré dans le texte précédent que cette mère aurait pu bénéficier de plus de séances de TCÉ, en lien avec ses antécédents d'abus à l'enfance, des aspects de sa culture qui rendaient certaines interventions clés (c.-à-d., les mises en acte, le relâchement émotionnel) de la TCÉ plus difficiles, et la présence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs chez son partenaire.

De plus, la mère du couple 3 ne semble pas avoir eu d'amélioration à la sécurité de l'attachement envers son partenaire, même si elle a eu des améliorations au soutien qu'elle offrait à son partenaire suite au traitement par la TCÉ. Son partenaire, quant à lui, n'a eu aucune

amélioration au soutien ni à la sécurité de l'attachement. Selon le modèle EFT, il est attendu qu'il y aurait un lien entre le niveau de détresse conjugale en début de traitement et le nombre de séances nécessaires pour compléter les stades de la thérapie (Johnson, 2004). Particulièrement, le modèle prédit que la désescalade au Stade I est nécessaire avant de procéder à l'approfondissement de l'expérience émotionnelle et des besoins sous-jacents typique du Stade II (Johnson, 2004). Il est donc attendu que le couple 3, qui indiquait un niveau élevé de détresse conjugale à l'entrevue initiale, aurait nécessité un plus grand nombre de séances pour qu'il y ait désescalade et progression au Stade II. Si on comprend la création d'un attachement sécurisant entre les partenaires par le processus de la TCÉ comme nécessitant des expériences émotionnelles correctrices entre les partenaires typiques du Stade II (Johnson, 2004), nous pouvons nous attendre à ce que le couple 3 ait pu bénéficier d'un plus grand nombre de séances de TCÉ pour améliorer davantage le soutien offert par les partenaires et la sécurité de l'attachement au sein de ce couple.

Par ailleurs, le couple 2, qui a eu des gains importants au niveau du soutien chez les deux partenaires et de la sécurité de l'attachement envers le partenaire chez la mère, avait un niveau de détresse conjugale plus faible à l'entrevue initiale. La thérapeute de ce couple a indiqué que, puisque ce couple était déjà assez désescaladé au début du traitement, il y avait moins de délimitation claire entre le Stade I et le Stade II de la TCÉ pour ce couple; l'identification du cycle dans le Stade I a rapidement mené à des mises en actes typiques du Stade II en lien avec l'approfondissement de l'expérience émotionnelle et des besoins sous-jacents. Ce couple a donc rapidement procédé à travers les stades de la TCÉ et à des niveaux plus profonds d'expériences émotionnelles en relation (p. ex., à travers les mises en acte). Cela suggère que des niveaux plus profonds d'expériences émotionnelles en relation sont nécessaires pour mener à des changements à

la sécurité de l'attachement au sein d'un couple (Makinen & Johnson, 2006), et permet d'expliquer pourquoi le couple 2 semble avoir fait des gains importants malgré que le traitement par la TCÉ qu'ils ont reçu était relativement court.

Principaux apports de l'étude

Encore aujourd'hui, la majorité des interventions pour la dépression post-partum tendent à se concentrer uniquement sur la mère (Letourneau et al., 2012), même si le besoin d'interventions qui visent non seulement la mère mais toute la famille a été noté depuis au moins la fin des années 1990s (Boath, Pryce, & Cox, 1998). En particulier, il y a un manque de recherches évaluant l'impact d'interventions de couple sur la dépression post-partum (Letourneau et al., 2012), ce qui est surprenant étant donné la relation bidirectionnelle bien documentée entre la dépression parentale et la détresse conjugale (Najman et al., 2014).

La présente étude aide à remplir cette lacune. Cette étude est à notre connaissance la première étude empirique de l'application de la TCÉ pour traiter la dépression post-partum. Elle est également une des premières études à évaluer une intervention de couple pour traiter la dépression post-partum chez des couples en détresse [la seule autre étude par Carter, Grigoriadis et Ross (2010), était une étude de cas de l'application de la IPT-CM].

Cette étude offre des preuves préliminaires à l'appui de l'efficacité de la TCÉ dans le traitement de la dépression post-partum chez des femmes dans des couples en détresse. Les résultats viennent s'ajouter aux résultats d'autres études qui indiquent l'efficacité de la thérapie de couple (Barbato et D'Avanzo, 2008; Whisman et al., 2012), et spécifiquement de la TCÉ (Denton et al., 2012; Dessaulles et al., 2003) dans le traitement de la dépression et de la détresse conjugale. L'amélioration de l'ajustement dyadique de tous les couples dans la présente étude suite à avoir reçu le traitement par la TCÉ est cohérente avec les résultats d'études précédentes

(Johnson, 2004; Johnson et al., 1999; Johnson & Greenberg, 1985; Lebow et al., 2012; Wood et al., 2005) et, selon certains chercheurs, serait associée à un meilleur pronostic à long terme et à une réduction des chances de rechute des symptômes dépressifs (Jacobson et al., 1991), compte tenu de l'association forte entre la dépression et la détresse conjugale (Kumar & Robson, 1984; McGill et al., 1995; O'Hara, 1986; Watson et al., 1984; Whiffen, 1988; Whisman et al., 2011; Zelkowitz & Millet, 1996).

De plus, la mesure des symptômes dépressifs des pères nous a permis de contribuer à remplir la lacune dans la littérature sur le phénomène de la dépression des pères pendant la période post-partum (Don & Mickelson, 2012). Le fait que le père du couple 1 semble avoir eu des améliorations cliniquement significatives de ses symptômes dépressifs après avoir reçu le traitement par la TCÉ montre comment des interventions de couple comme la TCÉ peuvent avoir un impact non seulement sur les symptômes dépressifs des mères, mais aussi sur les symptômes dépressifs des pères. En fait, tel que souligné par Letourneau et al. (2012), cela est un avantage particulier des interventions de couple pour la dépression post-partum, comparé à des interventions individuelles auprès de la mère seulement, car elles peuvent avoir un impact sur chacun des partenaires ainsi que sur leur relation.

Limites de l'étude

Données manquantes

Le taux de données manquantes élevé sur les auto-enregistrements quotidiens est une limite importante de la présente étude. Les couples dans cette étude semblent avoir eu beaucoup de difficultés à remplir les auto-enregistrements sur une base quotidienne. Il est à se demander si exiger que les participants remplissent des auto-enregistrements quotidiens est réaliste pour des parents dans la période post-partum. En même temps, un aspect fondamental d'un protocole à cas

unique est l'évaluation continue des variables au fil du temps par des mesures remplies quotidiennement (Barlow et al., 2008; Kazdin, 2002).

Même si nous avons tenté de bien soutenir les couples à remplir les auto-enregistrements quotidiens et avons insisté sur l'importance de la complétion de ces mesures, dans la présente étude, les auto-enregistrements n'étaient pas incorporés au traitement et les thérapeutes ne faisaient donc pas de suivi des auto-enregistrements. Il est donc possible que la complétion des auto-enregistrements quotidiens aurait pu être améliorée en les intégrant mieux au traitement, tel que Laforest (2014) l'a fait. Borckardt et al. (2008) recommandent que les auto-enregistrements soient incorporés dans le traitement et soient cohérents avec la formulation de cas et le plan de traitement, en plus d'être cohérents avec les objectifs de recherche.

Certains auteurs ont trouvé que des taux de données manquantes de plus de 20% peuvent avoir des effets sur les résultats des analyses (Rankin & Marsh, 1985), et plusieurs de nos participants avaient un taux de données manquantes significativement plus élevé que 20% sur les auto-enregistrements quotidiens. Nous avons tenté de gérer les données manquantes de la façon la plus optimale possible, soit par une combinaison de la méthode d'effacement des données manquantes et de la méthode de remplacer par la moyenne des points voisins (Velicer & Colby, 2005). L'effacement des données manquantes en particulier a pu avoir un effet sur l'inspection visuelle et les analyses ARMA en réduisant la longueur de la série. Velicer et Colby (2005) ont trouvé que cette méthode pouvait mener à surestimer la pente; de plus, cette méthode diminuait le nombre d'observations disponibles pour les analyses et donc la puissance des analyses ARMA (Tabachnik & Fidell, 2013, chapitre 18). Il est donc possible que cela ait pu rendre plus difficile de détecter un changement statistiquement significatif sur les variables dépendantes (Jones et al., 1977).

Dans la plupart des cas, les résultats des analyses de la signification clinique par le RCI à partir des mesures validées (qui elles avaient un très faible taux de données manquantes) étaient cohérents avec les résultats de l'inspection visuelle et des analyses ARMA. Cela nous donne confiance que malgré le taux de données manquantes élevé, les séries chronologiques corrigées pour les données manquantes semblaient tout de même décrire le niveau de base et de réels changements après l'introduction du traitement. S'il y a eu un impact des données manquantes sur les résultats, il semble plus probable que l'effet a été de rendre les résultats des analyses ARMA plus conservateurs.

Menaces à la validité

Cette étude peut seulement être qualifiée comme quasi expérimentale car les couples n'ont pas été assignés de façon aléatoire à des différents niveaux de base. Il est donc possible que nous n'avons pas contrôlé pour des variables exogènes, telles que l'amélioration dans l'environnement, la guérison spontanée et les facteurs historiques (Gauvreau & Bouchard, 2008). Malgré le manque d'assignation aléatoire, les couples ont tout de même commencé la thérapie à des différents moments dans le temps et la durée du niveau de base a varié d'un couple à l'autre. Cependant, certaines réalités cliniques ont affecté la durée du niveau de base, par exemple, le niveau de symptômes de dépression post-partum et de détresse dans le couple à l'entrevue initiale. À cause de ces limites, il n'est pas possible d'affirmer que le traitement par la TCÉ a *causé* les changements observés dans les symptômes de dépression post-partum, l'ajustement dyadique et le soutien offert par les partenaires.

Une autre menace à la validité de l'étude est que nous avons accepté certains participants qui recevaient des traitements parallèles médicamenteux et/ou psychothérapeutiques. À cause de difficultés dans le recrutement, nous avons dû rendre les critères d'inclusion pour la participation

à l'étude moins restrictifs. Nous avons tenté de contrôler l'impact de ces variables, en stipulant qu'il n'y ait pas de changements à ces traitements suite à l'entrée dans l'étude, cependant cela rend tout de même les résultats de l'étude plus difficiles à interpréter. Par exemple, la mère du couple 2 était la seule des participants à suivre un traitement médicamenteux (c.-à-d., Cymbalta et Alibify) et une thérapie individuelle, en plus de la TCÉ reçue dans le cadre de la présente étude. Même s'il n'y a pas eu de changements aux traitements parallèles suite à son entrée dans l'étude, il est possible que l'addition des différents traitements ait eu des effets particulièrement bénéfiques et ait pu contribuer à certains de ses gains plus importants suite au traitement par la TCÉ comparé à d'autres participants.

Il y avait également assez de variabilité dans la présentation clinique des participants, par exemple, dans le niveau des symptômes de dépression post-partum et de détresse conjugale, la présence (ou non) de dépression chez le partenaire, et l'âge du nourrisson, qui peut confondre les résultats. Par exemple, une différence significative entre la mère du couple 2 et les mères des couples 1 et 3 est l'âge de son bébé; en fait, le bébé de la mère du couple 2 était âgé de 16 mois et faisait ses nuits, tandis que les bébés des autres mères étaient significativement plus jeunes (c.-à-d., cinq mois pour la mère 1 et un mois pour la mère 3) et ne faisaient pas encore leurs nuits. Il est possible que cela ait pu avoir un impact sur la réponse au traitement par la TCÉ.

Étant donné la grandeur de notre échantillon composé de quatre couples (et seulement de trois couples avec des données que nous avons pu analyser), la capacité à généraliser les résultats à une population élargie est limitée. Dans cette facette, les protocoles à cas unique ne peuvent pas remplacer des protocoles de groupes tels que des essais randomisés avec des échantillons plus larges et diversifiés (Borckardt et al., 2008). En même temps, la présente étude offre des résultats préliminaires prometteurs qui, nous espérons, pourront informer une prochaine étude à plus

grande envergure.

Fidélité du traitement

Même si le modèle thérapeutique a été appliqué selon le manuel (Johnson, 2004) et que tout le traitement offert dans le cadre de l'étude a été supervisé par un expert en TCÉ pour assurer l'application standardisée et uniforme du traitement tel que fait dans d'autres études (p. ex., Bradley & Furrow, 2004), la fidélité au manuel n'a pas été vérifiée systématiquement par des vérificateurs indépendants. Cela fera l'objet d'une deuxième phase de l'étude qui portera sur une analyse qualitative des séances audio pour mieux comprendre le processus de la TCÉ, qui sera menée par Dr Greenman.

Leçons apprises en cours de route et recommandations pour les chercheurs et cliniciens

Nous avons rencontré beaucoup de défis à travailler auprès de cette population et nous avons dû souvent nous ajuster en cours de route. Nos participants étaient, par définition, des couples avec des nourrissons, et dans la plupart des cas, ils avaient également d'autres jeunes enfants à la maison. Les participants étaient donc des jeunes familles très occupées faisant face à la dépression. Convaincre ces participants à s'investir à des séances de thérapie conjugale à chaque semaine, en plus de remplir des auto-enregistrements à chaque jour, sur une période de plusieurs mois, était un défi de taille. Cela a sans doute contribué à ce que certains couples se retirent avant (ou, dans un cas, peu après) le début du traitement, ainsi qu'aux difficultés de recrutement que nous avons rencontrées.

Nous avons reçu la rétroaction de participants potentiels que venir à des séances de couple était particulièrement exigeant, car cela nécessitait que les deux partenaires soient disponibles et qu'ils planifient des services de gardienne pour leurs enfants. Une leçon que nous avons apprise est l'importance de prévoir un budget pour assister les couples avec des services de garde. Dans

la présente étude, nous ne l'avons pas fait et cela a été un obstacle pour certains. De plus, cela a pu avoir pour effet que les couples étaient plus portés à emmener leur nourrisson dans les séances de thérapie de couple, ce qui tend à nuire au processus thérapeutique.

Nous nous sommes rendus compte durant l'étude qu'il serait important d'offrir des séances de thérapie de couple en soirée. Nous avons reçu la rétroaction de plusieurs participants potentiels que le manque de disponibilité de services en soirée était un obstacle pour qu'ils participent à l'étude. Le recrutement s'est grandement amélioré une fois que nous avons trouvé une thérapeute qui pouvait offrir des séances de thérapie de couple en soirée.

D'autres chercheurs ont souligné l'importance de certains de ces facteurs en travaillant avec des femmes ayant la dépression post-partum (Dennis & Chung-Lee, 2006; Goodman, 2009) qui, s'ils ne sont pas identifiés et gérés, peuvent être des barrières pour certaines femmes à recevoir des soins dont elles ont de besoin (Horowitz & Cousins, 2006). Il est important de pouvoir s'adapter aux besoins des couples pendant la période périnatale, pour des meilleurs succès à travailler auprès de cette population.

Conclusion

En conclusion, la présente étude est, à nos connaissances, la première à évaluer l'efficacité de la TCÉ pour traiter la dépression post-partum chez des femmes dans des couples en détresse. Les résultats de cette étude offrent des preuves préliminaires qui suggèrent que la TCÉ soit une intervention prometteuse dans le traitement de la dépression post-partum et de la détresse conjugale. Nous espérons que ces résultats encourageront d'autres chercheurs à poursuivre dans la même voie, avec une étude d'une plus grande envergure pour vérifier et approfondir nos résultats. Compte tenu de l'impact de la dépression post-partum et de la détresse conjugale sur

toute la famille, la mise à l'épreuve de traitements psychologiques efficaces pour prévenir et traiter la dépression post-partum est d'autant plus importante.

Références

- Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L., & Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships, 8*(2), 137-152. doi : 10.1111/j.1475-6811.2001.tb00032.x
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Baer, D. M. (1977). Perhaps it would be better not to know everything. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*(1), 167-172. doi : 10.1901/jaba.1977.10-167
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression : A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly, 79*(2), 121-132. doi : 10.1007/s11126-008-9068-0
- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2008). *Single-case experimental designs : Strategies for studying behavior change* (3rd edition). Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy : An attachment perspective. *Journal of Personal and Social Relationships, 7*(2), 147-178. doi : 10.1177/0265407590072001
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244. doi : 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage : A model for etiology and treatment*. New York, NY : Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York, NY : Harper & Row.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction : A meta-analysis. *Nursing Research, 44*(5), 298-304. doi : 10.1097/00005721-199511000-00002

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression : An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285. doi : 10.1097/00006199-200109000-00004
- Beck A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 785-791. doi : 10.1016/S0005-7967(97)00025-9
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1994). *Beck Depression Inventory – 2nd Edition (BDI-II)*. New York, NY : Harcourt.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *BDI-Fast screen for medical patients : Manual*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Belsky, J., Ward, M. J., & Rovine, M. (1986). Parental expectations, postnatal experience and the transition to parenthood. In R. D. Ashmore & D. M. Brodzinsky (Eds.), *Thinking About the Family: Views of Parents and Children* (pp. 119-145). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Bielawska-Batorowicz, E., & Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 21-29. doi : 10.1080/02646830500475179
- Boath, E. H., Pryce, A. J., & Cox, J. L. (1998). Postnatal depression : The impact on the family. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16(2-3), 199-203. doi : 10.1080/02646839808404568
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., & Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. A guide to Case-Based Time-Series Analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77-95. doi : 10.1037/0003-066X.63.2.77

- Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., & Pelletier, M. H. (1993). Intervention analysis with time series analysis : Application to a patient with panic disorder. *Congrès annuel de la Société Canadienne de Psychologie*, Québec, 34(2a), 303.
- Bouthillier, D., Julien, D., Dubé, M., Bélanger, I., & Hamelin, M. (2002). Predictive validity of adult attachment measures in relation to emotion regulation behaviours in marital interactions. *Journal of Adult Development*, 9(4), 291-305. doi : 10.1023/A : 1020291011587
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss : Vol. 1 Attachment*. New York, NY : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Parent-child development and healthy human development*. New York, NY : Basic Books.
- Box, G. E. P., & Jenkins, G. M. (1970). *Statistical models for forecasting and control*. San Francisco, SF : Holden Day.
- Bradley, B. and Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event : Tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 233–246. doi : 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01236.x
- Brandon, A. R., Ceccotti, N., Hynan, L. S., Shivakumar, G., Johnson, N., & Jarrett, R. B. (2012). Proof of concept : Partner-assisted interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 469-480. doi : 10.1007/s00737-012-0311-1
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment : An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46-76). New York, NY : Guilford Press.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. doi : 10.1177/135910457000100301

Buist, A., Bilszta, J., Barnett, B., Milgrom, J., Ericksen, J., Condon, J., . . . Brooks, J. (2005).

Recognition and management of perinatal depression in general practice. *Australian Family Physician, 34*(9), 787-790.

Burgess Moser, M. (2012). *The cognitive-affective and behavioural impact of emotionally focused couple therapy* (Unpublished doctoral dissertation). University of Ottawa, Ottawa.

Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(1), 127-140.
doi : 10.1037/0022-3514.66.1.127

Carter, W., Grigoriadis, S., & Ross, L. E. (2010). Relationship distress and depression in postpartum women : Literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Archives of Women's Mental Health, 13*(3), 279-284.
doi : 10.1007/s00737-009-0136-8

Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., & Ross, L. E. (2010). Conjoint IPT for postpartum depression : Literature review and overview of a treatment manual. *American Journal of Psychotherapy, 64*(4), 373-392.

Chapman, D. W., & Carter, J. F. (1979). Translation procedures for the cross cultural use of measurement instruments. *Educational Evaluation and Policy Analysis, 1*(3), 71-76.
doi : 10.3102/01623737001003071

Cloutier, P. F., Manion, I. G., Gordon Walker, J., & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children : A two year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(4), 391-399. doi : 10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x

Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of postnatal depression on cognitive development in young children. *British Medical Journal,*

292(6529), 1165-1167. doi : 10.1136/bmj.292.6529.1165

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Collins, N. L. & Ford, M. B. (2010). Responding to the needs of others : The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 235-244. doi : 10.1177/0265407509360907

Cooper, C., Jones, L., Dunn, E., Forty, L., Haque, S., Oyebode, F. . . . Jones, I. (2007). Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychological Medicine*, 37(9), 1273-1280. doi : 10.1017/S0033291707000116

Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806. doi : 10.1192/bjp.152.6.799

Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195. doi : 10.1192/bjp.166.2.191

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1988). Who does what when partners become parents : Implications for men, women, and marriage. *Marriage and Family Review*, 12(3-4), 105-131. doi : 10.1300/J002v12n03_07

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents : The big life change in couples*. Mahwah, NJ : Erlbaum.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi : 10.1192/bjp.150.6.782

- Crowell, J. A., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations : The transition to marriage. *Developmental Psychology, 38*(4), 467-479. doi : 10.1037/0012-1649.38.4.467
- Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Wiebe, S.A., & Tasca, G. A. (2014). Predicting key change events in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Advance online publication. doi : 10.1111/jmft.12101
- Davila, J., & Kashy, D. A. (2009). Secure base processes in couples : Daily associations between support experiences and attachment security. *Journal of Family Psychology, 23*(1), 76-88. doi : 10.1037/a0014353
- Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences : A qualitative systematic review. *Birth, 33*(4), 323-331. doi : 10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x
- Dennis C.-L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007*(4), 1-111. doi : 10.1002/14651858.CD006116.pub2
- Dennis, C.-L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing, 56*(6), 588-599. doi : 10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples : A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(Suppl 1), 23-38. doi : 10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x
- DeProspero, A., & Cohen, S. (1979). Inconsistent visual analysis of intrasubject data. *Journal of*

Applied Behavior Analysis, 12(4), 573-599. doi : 10.1901/jaba.1979.12-573

Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion focused therapy for couples in the treatment of depression : A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. doi : 1080/01926180390232266

Di Mascio, V., Kent, A., Fiander, M., & Lawrence, J. (2008). Recovery from postnatal depression : A consumer's perspective. *Archives of Women's Mental Health*, 11(4), 253-257. doi : 10.1007/s00737-008-0024-7

Don, B. P., & Mickelson, K. D. (2012). Paternal postpartum depression : The role of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction. *Couple and Family Psychology : Research and Practice*, 1(4), 323-334. doi : 10.1037/a0029148

Dulude, D., Bélanger, C., & Wright, J. (1999). L'adaptation parentale à la venue d'un nouvel enfant : Perspectives et prospectives. *Psychologie canadienne*, 40(4), 359-370. doi : 10.1037/h0092507

Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 58-68. doi : 10.1037/0893-3200.9.1.58

Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A., & Eskild, A. (2003). A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 551-556. doi : 10.1007/s00127-003-0679-3

Eddy, J. M., Heyman, R. E., & Weiss, R. L. (1991). An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale : Exploring the differences between marital 'satisfaction' and 'adjustment'. *Behavioral Assessment*, 13(3), 199-220.

England, S. J., Ballard, C., & George, S. (1994). Chronicity in postnatal depression. *European*

Journal of Psychiatry, 8(2), 93-96.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Journal of Medicine*, 323(7307), 257-260. doi : 10.1136/bmj.323.7307.257

Feeney, J. A. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 3(4), 401-416. doi : 10.1111/j.1475-6811.1996.tb00124.x

Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10(4), 475-493. doi : 10.1046/j.1475-6811.2003.00061.x

Feeney, J. A., & Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships*, 8(1), 21-39. doi : 10.1111/j.1475-6811.2001.tb00026.x

Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R.P. (2001). *Becoming parents : Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. New York, NY : Cambridge University Press.

Fernández, I., Carrera, P., Sánchez, F., Paez, D., & Candia, L. (2000). Differences between cultures in emotional verbal and non-verbal reactions. *Psicothema*, 12 (Suppl), 83-92. Retrieved from : <http://www.psicothema.com/pdf/401.pdf>

Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1983). *The tactics of change : Doing therapy briefly*. San Francisco, SF : Jossey-Bass.

Fisher, J. R., Feekery, C. J., & Rowe-Murray, H. J. (2002). Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(2), 140-145. doi : 10.1046/j.1440-1754.2002.00723.x

Fitelson, E., Kim, S., Baker, A. S., & Leight, K. (2011). Treatment of postpartum depression : clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, 3, 1-14. doi : 10.2147/IJWH.S6938

Foley, S. H., Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Sholomskas, D., & Chevron, E. (1989). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10(1-2), 29-42.

Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, NY : Other Press.

Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures questionnaire : A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625. doi : 10.1037/a0022898

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365. doi : 10.1037/0022-3514.78.2.350

Furlong, M. J., & Wampold, B. E. (1982). Intervention effects and relative variation as dimensions in experts' use of visual inference. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(3), 415-421. doi : 10.1901/jaba.1982.15-415

Furrow, J. L., Johnson, S. M., & Bradley, B. A. (Eds.). (2011). *The emotionally focused casebook: New directions in treating couples*. New York, NY : Routledge.

Gao, L. L., Chan, S. W., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the post-partum period. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 50-58. doi : 10.1002/nur.20306

Gates, G. J., Badgett, M. V. L., Macomber, J. E., & Chambers, K. (2007). *Adoption and foster*

care by gay and lesbian parents in the United States. California, CA: The Williams Institute/UCLA. Retrieved from : <https://escholarship.org/uc/item/2v4528cx>

Gauvreau, P., & Bouchard, S. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 26-40.
doi : 10.1891/1933-3196.2.1.26

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression : A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071-1083. doi : 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Van Rhoads, R. S. (2010). *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd edition). Arlington, VA : American Psychiatric Association.

Glass, G. V., Willson, V. L., & Gottman, J. M. (1975). *Design and analysis of time-series experiments*. Boulder, CO : Colorado Associated University Press.

Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2008). The social context of lesbian mothers' anxiety during early parenthood. *Parenting : Science & Practice*, 8(3), 213-239. doi : 10.1080/15295190802204801

Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2011). Stigma, social context, and mental health : Lesbian and gay couples across the transition to adoptive parenthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 139-150. doi : 10.1037/a0021684

Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(4), 410-420. doi : 10.1177/0884217504266915

- Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth, 36*(1), 60–69. doi : 10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x
- Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process, 41*(2), 159-197. doi : 10.1111/j.1545-5300.2002.41203.x
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2013). Process Research on EFT for Couples: Linking Theory to Practice. *Family Process, Special Issue: Couple Therapy, 52*(1), 46-61. doi : 10.1111/famp.12015
- Greenman, P. S., Young, M. Y., & Johnson, S. M. (2009). Emotionally focused couple therapy with intercultural couples. In M. Rastogi & V. Thomas (Eds.), *Multicultural couple therapy* (pp. 143-166). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications Ltd.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes – Is marital conflict the missing link? *Child : Care, Health and Development, 38*(4), 520-529. doi : 10.1111/j.1365-2214.2011.01270.x
- Hattori, K. (2014). *Emotionally Focused Therapy for Japanese Couples : Development and Empirical Investigation of a Culturally-Sensitive EFT Model* (Unpublished doctoral dissertation). University of Ottawa, Ottawa.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524. doi : 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults : Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 32-43. doi : 10.1037/a0014672
- Hickie, I., & Parker, G. (1992). The impact of an uncaring partner on improvement in non-

melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 25(2), 147-160. doi : 10.1016/0165-0327(92)90077-J

Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., & Hanna, G. L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1821-1829.

doi : 10.1016/j.brat.2005.12.010

Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives : Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 229-235. doi : 10.1037/0021-843X.98.3.229

Horowitz, J.A., & Cousins, A. (2006). Postpartum depression treatment rates for at-risk women. *Nursing Research*, 55(Suppl 2), S23–S27. doi : 10.1097/00006199-200603001-00005

Horowitz, J. A., & Goodman, J. (2004). A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(2-3), 149-163. doi : 10.1891/rtnp.18.2.149.61285

Houle, T. T. (2009). Statistical analyses for single-case experimental designs. In D. H. Barlow, M. K. Nock, & M. Hersen (Eds.), *Single case experimental designs : Strategies for studying behavior change* (3rd edition) (pp. 271-305). Boston, MA : Allyn & Bacon.

Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment & Human Development*, 16(6), 557-572. doi : 10.1080/14616734.2014.941884

Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, NY : Guilford Press.

- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(4), 547-557. doi : 10.1037//0022-006X.59.4.547
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy : A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(4), 497-504. doi : 10.1037/0022-006X.52.4.497
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19. doi : 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors : Strengthening Attachment Bonds*. New York, NY : The Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection : The practice of emotionally focused marital therapy* (2nd edition). New York, NY : Brunner/Routledge.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *The Journal of Consulting & Clinical Psychology, 53*(2), 175–184. doi : 10.1037/0022-006X.53.2.175
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy : Status and challenges. *Clinical Psychology : Science and Practice, 6*(1), 67-79. doi : 10.1093/clipsy.6.1.67
- Jones, I., & Cantwell, R. (2010). The classification of perinatal mood disorders – Suggestions for DSMV and ICD11. *Archives of Women's Mental Health, 13*(1), 33-36. doi : 10.1007/s00737-009-0122-1

- Jones, R. R., Vaught, R. S., & Weinrott, M. (1977). Time-series analysis in operant research. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*(1), 151-166. doi : 10.1901/jaba.1977.10-151
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York, NY : Oxford University Press Inc.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Boston, MA : Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (2002). *Research design in clinical psychology* (4th edition). Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry, 144*, 35-47. doi : 10.1192/bjp.144.1.35
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships* (Vol. 5, pp. 205-237). London, England : Jessica Kingsley Publishers.
- Lafontaine, M.-F., Johnson-Douglas, S. M., Gingras, N., & Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion. Dans J. Wright, S. Sabourin, & Y. Lussier (Eds.), *La psychothérapie de couple : un guide clinique* (pp. 277-312). Québec, QC : Presse de l'Université du Québec.
- Laforest, M. (2014). *L'exposition et la prévention de la réponse dans la thérapie cognitive comportementale du trouble obsessionnel-compulsif : Utilité et efficacité de la réalité virtuelle* (Unpublished doctoral dissertation). University of Ottawa : Ottawa.
- Laird, N. M. (1988). Missing data in longitudinal studies. *Statistics in Medicine, 7*(1-2), 305-315. doi : 10.1002/sim.4780070131

- Lawrence, E., Cobb, R. J., Rothman, A. D., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 22*(1), 41-50. doi : 10.1037/0893-3200.22.1.41
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital & Family Therapy, 38*(1), 145-168. doi : 10.1111/j.1752-0606.2011.00249.x
- Ledbetter, C. D. (2013). Partner Support in Pregnancy : Can Prenatal and Postpartum Couples Therapy Reduce Postpartum Pathology and Strengthen Mother-Offspring Attachment? *Ideas and Research You Can Use : VISTAS Online, 48*, 1-10. Retrieved from [http : //counselingoutfitters.com/vistas/VISTAS_Home.htm](http://counselingoutfitters.com/vistas/VISTAS_Home.htm)
- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., ... Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair : Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(7), 445-457. doi : 10.3109/01612840.2012.673054
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 8*(2), 77-87. doi : 10.1007/s00737-005-0080-1
- Llewellyn, A. M., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*(Suppl 15), 26-32.
- Logsdon, M. C., & Usui, W. (2001). Psychosocial predictors of post-partum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research, 23*(6), 563-574. doi : 10.1177/019394590102300603
- Lundervold, D. A., & Belwood, M. F. (2000). The best kept secret in counseling : Single-case

(N=1) experimental designs. *Journal of Counseling & Development*, 78(1), 92-102.

doi : 10.1002/j.1556-6676.2000.tb02565.x

MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315.

doi : 10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x

Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy : steps towards forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1055-1064. doi : 10.1037/0022-

006X.74.6.1055

Mamodhousen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Poitras-Wright, H. (2005). Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy.

Journal of Marital and Family Therapy, 31(2), 159-169. doi : 10.1111/j.1752-0606.2005.tb01553.x

Marks, M., Wieck, A., Checkley, S., & Kumar, C. (1996). How does marriage protect women with histories of affective disorder from post-partum relapse? *British Journal of Medical Psychology*, 69(4), 329-342. doi : 10.1111/j.2044-8341.1996.tb01876.x

doi : 10.1111/j.2044-8341.1996.tb01876.x

Matthey, S. (2004). Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 78(3), 269-272.

doi : 10.1016/S0165-0327(02)00313-0

Matyas, T. A., & Greenwood, K. M. (1990). Visual analysis of single-case time series : Effects of variability, serial dependence, and magnitude of intervention of effects. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(3), 341-351. doi : 10.1901/jaba.1990.23-341

doi : 10.1901/jaba.1990.23-341

- McGill, H., Burrows, V. L., Holland, L. A., Langer, H. J., & Sweet, M. A. (1995). Postnatal depression : A Christchurch study. *New Zealand Medical Journal*, *108*(999), 162-165.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression : Past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, *84*(1), 15-24. doi : 10.1016/j.jad.2004.05.005
- Michael, J. (1974). Statistical inference for individual organism research : Mixed blessing or curse? *Journal of Applied Behavior Analysis*, *7*(4), 647-653. doi : 10.1901/jaba.1974.7-647
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York, NY : Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood : Structure, Dynamics, and Change*. New York, NY : Guilford Press.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression : A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108*(1-2), 147-157. doi : 10.1016/j.jad.2007.10.014
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA*, *287*(6), 762-765. doi : 10.1001/jama.287.6.762
- Millings, A., & Walsh, J. (2009). A dyadic exploration of attachment and caregiving in long-term couples. *Personal Relationships*, *16*(3), 437-453. doi : 10.1111/j.1475-6811.2009.01232.x
- Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression : A systematic review. *Archives of*

Women's Mental Health, 17(4), 257-268. doi : 10.1007/s00737-014-0442-7

Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 554-558.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C., Mors, O., & Mortensen, P. (2006). New parents and mental disorders : A population-based register study. *JAMA*, 296(21), 2582-2589.

doi : 10.1001/jama.296.21.2582

Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment and vulnerability to depression.

Personality and Individual Differences, 22(6), 835-844. doi : 10.1016/S0191-

8869(96)00277-2

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526. doi : 10.1111/1467-8624.ep9706060181

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40(8), 1259-1271. doi : 10.1111/1469-

7610.00542

Najman, J. M., Khatun, M., Mamun, A., Clavarino, A., Williams, G. M., Scott, J., . . . Alati, R.

(2014). Does depression experienced by mothers leads to a decline in marital quality : a 21-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 121-132.

doi : 10.1007/s00127-013-0749-0

Nettelbladt, P., Uddenberg, N., & Englesson, I. (1985). Marital disharmony four and a half years postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(4), 392-401. doi : 10.1111/j.1600-

0447.1985.tb02539.x

- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Wan Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms : A literature review. *Journal of Affective Disorders, 175*, 34-52. doi : 10.1016/j.jad.2014.12.041
- Oates, M. (2003). Suicide : The leading cause of maternal death. *The British Journal of Psychiatry, 183*(4), 279-281. doi : 10.1192/bjp.183.4.279
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry, 43*(6), 569-573. doi : 10.1001/archpsyc.1986.01800060063008.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression : Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379-407. doi : 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry, 57*(11), 1039-1045. doi : 10.1001/archpsyc.57.11.1039
- O'Hara, M. W., & Swain A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 37–54. doi : 10.3109/09540269609037816
- Organisation mondiale de la santé (1992). *La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.
- Parker, R. I., & Brossart, D. F. (2003). Evaluating single-case research data : A comparison of seven statistical methods. *Behavior Therapy, 34*(2), 189-211. doi : 10.1016/S0005-7894(03)80013-8

- Parsonson, B. S., & Baer, D. M. (1978). The analysis and presentation of graphic data. In T. R. Kratochwill (Ed.), *Single-subject research : Strategies for evaluating change* (pp. 101-165). New York, NY : Academic Press.
- Parsonson, B. S., & Baer, D. M. (1986). The graphic analysis of data. In A. Poling & R. W. Fuqua (Eds.), *Research methods in applied behavior analysis : Issues and advances* (pp. 157-186). New York, NY : Plenum.
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression : A study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, *159*(1), 43-47.
doi : 10.1176/appi.ajp.159.1.43
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression : A meta-analysis. *JAMA*, *303*(19), 1961-1969.
doi : 10.1001/jama.2010.605
- Pearlstein, T. B., Zlotnick, C., Battle, C. L., Stuart, S., O'Hara, M. W., Price, A. B. . . . Howard, M. (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression : A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(6), 303-308. doi : 10.1007/s00737-006-0145-9
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY : Julian Press.
- Perren, S., von Wyl, A., Burgin, D., Simoni, H., & von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood : Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *26*(3), 173-183. doi : 10.1080/01674820400028407
- Pietromonaco, P. R., Laurenceau, J. P., & Barrett, L. F. (2002). Relational knowledge structures : The role of emotional coherence. In H. Reis, M. A. Fitzpatrick, & A. Vangelisti (Eds.),

Advances in personal relationships : Stability and change in relationship behavior (pp. 5-34). Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Pilkington, P. D., Whelan, T. A., & Milne, L. C. (2015). A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety. *Clinical Psychologist*. Advance online publication. doi : 10.1111/cp.12054

Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance : Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 173-195). New York, NY : John Wiley & Sons Inc.

Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance : Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137–151. doi : 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x

Pitt, B. (1968). « Atypical » depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1325-1335. doi : 10.1192/bjp.114.516.1325

Pope, S. (2000). *Postnatal depression : A systematic review of the scientific literature to 1999*. Canberra, Australia : National Health and Research Council (NHMRC).

Rankin, E. D., & Marsh, J. C. (1985). Effects of missing data on the statistical analysis of clinical time series. *Social Work Research and Abstracts*, 21(2), 13-16. doi : 10.1093/swra/21.2.13

Rholes, S. W., Simpson, J. A., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 421-435. doi : 10.1037/0022-3514.81.3.421

Robertson-Blackmore, E., Putnam, F. W., Rubinow, D. R., Matthieu, M., Hunn, J. E., Putnam, K. T., Moynihan, J. A., & O'Connor, T. G. (2013). Antecedent trauma exposure and risk of

depression in the perinatal period. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(10), 942-948.

doi : 10.4088/JCP.13m08364

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy : Its Current Practice, Implications, and Theory*.

Boston, MA : Houghton-Mifflin.

Ross, L. E., & Dennis, C.-L. (2009). The prevalence of postpartum depression among women

with substance use, an abuse history, or chronic illness : A systematic review. *Journal of*

Women's Health, 18(4), 475-486. doi : 10.1089/jwh.2008.0953

Ross, L. E., Dennis, C.-L., Robertson-Blackmore, E., & Stewart, D. E. (2005). *La dépression du*

post-partum : Guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de

première ligne. Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Rounsaville, B. J., Prusoff, B. A., & Weissman, M. M. (1980). The course of marital disputes in

depressed women : A 48-month follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 21(2), 111-

118. doi : 10.1016/0010-440X(80)90087-5

Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings : A

randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during

the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 20-31.

doi : 10.1037/0022-006X.74.1.20

Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmucker, G., Allen, H., & Kumar, R. (1995). The impact of

postnatal depression on boys intellectual development. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry, 36(8), 1315-1336. doi : 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01666.x

Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment : Theory and evidence. In D.

Pearlman & W. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships : Vol. 4* (pp. 29-70).

London, England : Kingsley.

- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*(2), 133-161. doi : 10.1080/14616730210154171
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Campbell, L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(6), 1172-1187. doi : 10.1037/0022-3514.84.6.1172
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L. (2003). Changes in attachment orientations across the transition to parenthood. *Journal of Experimental Social Psychology, 39*(4), 317-331. doi : 10.1016/S0022-1031(03)00030-1
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 177*, 7-21. doi : 10.1016/j.jad.2015.01.052
- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system : Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal, 17*(3), 183-197. doi : 10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17 : 3<183 : : AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q
- 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*(1), 15-28. Retrieved from : <http://www.jstor.org/stable/350547>
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology, 26*(3), 453-463. doi : 10.1037/a0028332
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry, 158*(1), 46-52. doi : 10.1192/bjp.158.1.46

Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium.

Baillieres Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology, 14(1), 73-87. doi : 10.1053/beog.1999.0064

Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology &*

Psychotherapy, 19(2), 134-140. doi : 10.1002/cpp.1778

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY : Norton.

Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed). Boston, MA :

Pearson.

Terp, I. M., & Mortensen, P. B. (1998). Post-partum psychoses : Clinical diagnoses and relative

risk of admission after parturition. *British Journal of Psychiatry*, 172(6), 521-526.

doi : 10.1192/bjp.172.6.521

Tilley, D., & Palmer, G. (2013). Enactments in Emotionally Focused Therapy : Shaping moments

of contact and change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 299-313.

doi : 10.1111/j.1752-0606.2012.00305.x

Triandis, H. C., Marin, G., Lisansky, J., & Betancourt, H. (1984). Simpatía as a cultural script of

Hispanics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1363-1375.

doi : 10.1037/0022-3514.47.6.1363

Turner, K. M., Sharp, D., Folkes, L., & Chew-Graham, C. (2008). Women's views and

experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression : A qualitative study.

Family Practice, 25(6), 450-455. doi : 10.1093/fampra/cmn056

Velicer, W. F., & Colby, S. M. (2005). A comparison of missing-data procedures for ARIMA

time-series analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 65(4), 596-615.

doi : 10.1177/0013164404272502

- Viinamaki, H., Niskanen, L., Pesonen, P., & Saarikoski, S. (1997). Evolution of postpartum mental health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *18*(3), 213-219. doi : 10.3109/01674829709080690
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression : A review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *22*(1), 1-22. doi : 10.1097/HRP.000000000000013
- Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J., & Brough, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, *144*(5), 453-462. doi : 10.1192/bjp.144.5.453
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY : Oxford University Press.
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to postpartum depression : A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(4), 467-474. doi : 10.1037/0021-843X.97.4.467
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, *12*(5), 485-508. doi : 10.1016/0272-7358(92)90068-J
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of postpartum and non-postpartum depression : Clinical presentation, psychiatric history and psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(3), 485-494. doi : 10.1037/0022-006X.61.3.485
- Whiffen, V. E., & Johnson, S. M. (1998). An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology : Science and Practice*, *5*(4), 478-493. doi : 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00168.x
- Whiffen, V., Kallos-Lilly, A. V., & MacDonald, B. J. (2001). Depression and attachment in

- couples. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 577-590. doi : 10.1023/A:1005557515597
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression : A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3–24). Washington, DC : American Psychological Association.
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 375-383. doi : 10.1037/a0023790
- Whisman, M. A., Johnson, D. P., BE, D., & Li, A. (2012). Couple-based interventions for depression. *Couple and Family Psychology : Research and Practice*, 1(3), 185-198. doi : 10.1037/a0029960
- Whitaker, R. C., Orzol, S. M., & Kahn, R. S. (2007). The co-occurrence of smoking and a major depressive episode among mothers 15 months after delivery. *Preventive Medicine*, 45(6), 476-480. doi : 10.1016/j.ypmed.2007.07.005
- Wilkinson, R. B., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 252-265. doi : 10.1080/02646831003587353
- Wisner, K. L., Moses-Kolko, E. L., & Sit, D. K. Y. (2010). Postpartum depression : A disorder in search of a definition. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 37-40. doi : 10.1007/s00737-009-0119-9
- Wittenborn, A. K., Culpepper, B., & Liu, T. (2012). Treating depression in men : The role of emotionally focused couple therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34(1), 89-103. doi : 10.1007/s10591-012-9176-8
- Wood, N. D., Crane, D. R., Schaalje, G. B., & Law, D. D. (2005). What works for whom : A

metaanalytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 273-287. doi : 10.1080/01926180590962147

Zelkowitz, P., & Milet, T. (1996). Postpartum psychiatric disorders : Their relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 281-285. doi : 10.1037/0021-843X.105.2.281

Tableau 1

Pourcentage de données manquantes des auto-enregistrements quotidiens avant et après application de la méthode d'effacement des données manquantes.

	<u>Avant effacement</u>		<u>Après effacement</u>	
	N	% manquantes	N	% manquantes
<u>Couple 1</u>				
Mère	232	51.3 - 51.7 ^a	188	42.0 - 42.6
Père	232	43.5 - 44.4	190	33.2 - 34.2
<u>Couple 2</u>				
Mère	121	42.1	99	34.3
Père	121	25.6	107	19.6
<u>Couple 3</u>				
Mère	174	27.6 - 28.2	167	25.1 - 25.7
Père	174	41.4 - 42.0	143	30.8 - 31.5
<u>Couple 4</u>				
Mère	194	35.1 - 35.6	162	25.9 - 26.5
Père	194	79.9	—	—

Note. Tiret = information pas disponible car il y avait trop de données manquantes pour appliquer la méthode d'effacement.

^aIl y avait parfois une petite variabilité d'une variable à l'autre des auto-enregistrements.

Tableau 2

Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA)

Symptômes de dépression post-partum Variable 1 (« Aujourd'hui, je peux rire et prendre les choses du bon côté »).

Participant	Paramètres	Estimation	Test <i>t</i>
<u>Mère 1</u>	Constante	57.93	18.16***
	AR-1	.41	5.96***
	AR-2	.15	2.07*
	Intervention	-2.59	-.75 (p=.45)
<u>Mère 2</u>	Constante	74.67	27.71***
	AR-1	.59	7.63***
	Intervention	10.01	2.63*
<u>Mère 3</u>	Constante	41.57	8.95***
	AR-1	.51	7.58***
	Intervention	17.48	3.19**

Note. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tableau 3

Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA)

Symptômes de dépression post-partum Variable 2 (« Aujourd'hui, je me sens triste ou peu heureuse »).

Participant	Paramètres	Estimation	Test <i>t</i>
<u>Mère 1</u>	Constante	43.94	11.36***
	AR-1	.59	10.19***
	Intervention	-4.86	-1.08 (p=.28)
<u>Mère 2</u>	Constante	29.40	3.13**
	AR-1	1.03	10.88***
	AR-2	-.62	-4.82***
	AR-3	.44	4.67***
	Intervention	-3.12	-.31 (p=.76)
<u>Mère 3</u>	Constante	56.79	8.80***
	AR-1	.65	10.83***
	Intervention	-9.15	-1.25 (p=.21)

Note. ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tableau 4

Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA)

Ajustement dyadique Variable 1 (« Je peux dire que les choses vont bien entre moi et mon/ma partenaire aujourd'hui »).

Participants	Paramètres	Estimation	Test <i>t</i>
<u>Mère 1</u>	Constante	53.25	24.84***
	AR-1	.61	10.98***
	MA-6	.24	3.23**
	Intervention	-2.92	-1.15 (p=.25)
<u>Mère 2</u>	Constante	71.71	44.53***
	AR-1	.84	13.02***
	AR-2	-.42	-6.41***
	MA-6	.17	2.36*
	Intervention	12.70	6.03***
<u>Mère 3</u>	Constante	54.87	10.50***
	AR-1	.45	5.69***
	AR-2	.17	2.18*
	Intervention	9.33	1.52 (= .13)
<u>Père 1</u>	Constante	37.78	13.76***
	AR-1	.57	9.58***
	Intervention	19.73	6.36***
<u>Père 2</u>	Constante	84.25	38.41***
	AR-1	.35	4.14***
	AR-3	.40	4.65***
	Intervention	4.04	1.44 (p=.15)^a
<u>Père 3</u>	Constante	66.52	17.97***
	AR-1	.47	7.31***
	Intervention	14.03	3.64***

Note. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

^aNous n'avons pas pu modéliser les données extrêmes, donc le résultat de l'intervention (test *t*) n'en tient pas compte.

Tableau 5

Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA)

Ajustement dyadique Variable 2 (« Veuillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd'hui »).

Participants	Paramètres	Estimation	Test <i>t</i>
<u>Mère 1</u>	Constante	1.99	17.03***
	AR-1	.52	8.44***
	AR-7	-.16	-2.53*
	Intervention	.38	2.76**
<u>Mère 2</u>	Constante	2.54	47.80***
	AR-1	.31	3.35**
	AR-3	-.23	-2.60*
	Intervention	.52	6.97***
<u>Mère 3</u>	Constante	2.46	6.31***
	AR-1	.49	6.26***
	AR-2	.21	2.69**
	Intervention	.56	1.28 (p=.20)
<u>Père 1</u>	Constante	2.25	20.27***
	AR-1	.40	6.15***
	Intervention	.59	3.31**
<u>Père 2</u>	Constante	4.50	18.42***
	AR-1	.23	2.42*
	AR-2	.36	3.90***
	AR-3	.27	2.83**
	Intervention	.22	.88 (p=.38)^a
<u>Père 3</u>	Constante	2.93	11.15***
	AR-1	.60	9.70***
	Intervention	.01	.02 (p=.99)

Note. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

^aNous n'avons pas pu modéliser les données extrêmes, donc le résultat de l'intervention (test *t*) n'en tient pas compte.

Tableau 6

Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA)

Ajustement dyadique Variable 3 (« Aujourd'hui, je me suis confié/e à mon/ma partenaire »).

Participants	Paramètres	Estimation	Test <i>t</i>
<u>Mère 1</u>	Constante	55.97	12.93***
	AR-1	.53	7.49***
	AR-2	.18	2.54*
	Intervention	-8.99	-1.80 (p=.07)
<u>Mère 2</u>	Constante	66.97	20.29***
	AR-1	.67	11.87***
	MA-7	.30	4.03***
	Intervention	14.05	3.10**
<u>Mère 3</u>	Constante	31.89	4.05***
	AR-1	.26	3.41**
	Intervention	7.16	.79 (p=.43)
<u>Père 1</u>	Constante	34.77	8.00***
	AR-1	.53	9.94***
	AR-6	.32	5.56***
	Intervention	4.77	1.07 (p=.29)
<u>Père 2</u>	Constante	61.82	11.65***
	AR-1	.55	7.11***
	MA-9	-.26	-2.93**
	Intervention	24.05	3.38**
<u>Père 3</u>	Constante	49.83	5.01***
	AR-1	.45	6.00***
	Intervention	-.83	-.08 (p=.94)

Note. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tableau 7

Sommaire des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA)

Soutien offert par les partenaires (Caregiving) Variable 1 (« Aujourd'hui, lorsque mon/ma partenaire semble vouloir ou avoir besoin d'une caresse, je suis content/e de lui donner »).

Participants	Paramètres	Estimation	Test <i>t</i>
<u>Mère 1</u>	Constante	56.89	31.43***
	AR-1	.55	10.46***
	AR-6	-.27	-5.03***
	Intervention	-1.77	-.78 (p=.44)
<u>Mère 2</u>	Constante	77.93	16.89***
	AR-1	.55	8.75***
	Intervention	6.35	1.28 (p=.21)
<u>Mère 3</u>	Constante	48.21	10.78***
	AR-1	.54	8.13***
	Intervention	33.82	6.47***
<u>Père 1</u>	Constante	37.42	14.13***
	AR-1	.58	10.35***
	Intervention	18.70	5.93***
<u>Père 2</u>	Constante	90.25	32.70***
	AR-1	.55	8.18***
	Intervention	2.57	.35 (p=.73)
<u>Père 3</u>	Constante	82.46	25.19***
	AR-1	.47	7.30***
	MA-6	.21	2.88**
	Intervention	-.44	-.12 (p=.90)

Note. ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tableau 8

Résultats aux mesures des symptômes de dépression post-partum (BDI-FS et EPDS) et de l'ajustement dyadique (DAS).

	<u>Couple 1</u>		<u>Couple 2</u>		<u>Couple 3</u>		<u>Couple 4</u>	
	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
<u>BDI-FS</u>								
Entrevue initiale	6	7	8	0	10	3	7	7
Séance 1	9	6	6	0	10	4	7	5
Séance 4	4	3	5	0	10	2	0	0
Séance 8	4	7	3	0	4	1	—	—
Séance 12	3	0	—	—	5	1	—	—
Séance 16	11	3	—	—	—	—	—	—
<u>EPDS</u>								
Entrevue initiale	9	—	13	—	20	—	11	—
Séance 1	7	—	11	—	10	—	6	—
Séance 4	7	—	7	—	13	—	1	—
Séance 8	6	—	7	—	6	—	—	—
Séance 12	4	—	—	—	9	—	—	—
Séance 16	11	—	—	—	—	—	—	—
<u>DAS</u>								
Entrevue initiale	80	74	93	109	73	71	74	110
Séance 1	105	78	103	110	81	84	86	107
Séance 4	99	83	105	112	89	84	110	109
Séance 8	92	83	121	111	105	90	—	—
Séance 12	94	91	—	—	106	95	—	—
Séance 16	99	99	—	—	—	—	—	—

Note. BDI-FS = Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux; EPDS = Échelle postnatale d'Edinburgh; DAS = Échelle d'ajustement dyadique; Tired = information pas disponible.

Tableau 9

Résultats à la mesure du soutien offert par les partenaires (CQ).

<u>CQ</u>	<u>Couple 1</u>		<u>Couple 2</u>		<u>Couple 3</u>		<u>Couple 4</u>	
	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
Proximité								
Entrevue initiale	2.50	3.25	2.75	5.25	5.38	3.88	3.50	2.83
Séance 1	3.13	3.13	4.00	5.63	5.38	4.50	4.00	5.50
Séance 4	3.88	3.13	3.88	5.50	5.63	3.88	3.75	3.50
Séance 8	2.75	3.38	5.25	5.38	4.88	3.50	—	—
Séance 12	3.75	3.63	—	—	5.00	3.75	—	—
Séance 16	3.25	3.38	—	—	—	—	—	—
Sensibilité								
Entrevue initiale	4.25	3.75	2.50	3.13	3.75	2.38	4.50	5.25
Séance 1	4.00	2.63	4.00	5.00	4.00	2.63	4.13	4.88
Séance 4	3.63	3.00	3.38	4.75	4.13	2.50	6.00	3.50
Séance 8	4.38	3.13	5.00	5.13	4.38	3.38	—	—
Séance 12	4.50	3.00	—	—	3.88	2.38	—	—
Séance 16	3.75	3.88	—	—	—	—	—	—
Coopération								
Entrevue initiale	2.38	4.63	2.63	4.13	2.75	5.75	2.00	5.00
Séance 1	2.63	5.00	3.88	4.38	3.63	5.75	3.13	3.75
Séance 4	2.75	4.75	4.38	4.75	3.38	5.63	4.50	3.50
Séance 8	3.25	4.25	5.00	5.25	3.25	5.75	—	—
Séance 12	3.50	4.88	—	—	3.38	5.88	—	—
Séance 16	2.88	4.75	—	—	—	—	—	—
Soutien compulsif								
Entrevue initiale	3.50	4.63	4.38	3.75	5.13	2.13	4.63	3.63
Séance 1	3.75	4.88	3.13	4.25	4.88	2.00	3.50	3.38
Séance 4	3.38	3.88	2.63	3.75	5.38	1.63	1.00	3.63
Séance 8	3.38	4.63	2.75	3.38	4.88	1.63	—	—
Séance 12	2.50	3.75	—	—	5.13	2.00	—	—
Séance 16	3.88	4.13	—	—	—	—	—	—

Note. CQ = Caregiving Questionnaire; Tiret = information pas disponible.

Tableau 10

Résultats à la mesure de l'attachement envers le partenaire (ECR-RS).

<u>ECR-RS</u>	<u>Couple 1</u>		<u>Couple 2</u>		<u>Couple 3</u>		<u>Couple 4</u>	
	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
Anxiété								
Entrevue initiale	3.33	4.67	3.33	1.00	5.67	3.67	2.00	4.25
Séance 1	2.33	5.33	1.00	1.00	5.33	3.00	1.67	5.00
Séance 4	2.67	4.67	1.00	1.00	5.67	3.67	3.00	3.33
Séance 8	2.33	6.00	1.00	1.00	5.33	1.67	—	—
Séance 12	1.33	4.67	—	—	5.00	3.67	—	—
Séance 16	2.67	4.33	—	—	—	—	—	—
Évitement								
Entrevue initiale	1.83	4.67	3.17	1.50	2.50	2.50	2.00	3.00
Séance 1	2.00	5.17	3.50	1.67	3.00	1.83	2.00	3.00
Séance 4	2.00	3.50	2.83	2.00	2.67	2.83	2.00	3.50
Séance 8	2.00	5.00	1.50	1.83	2.50	2.00	—	—
Séance 12	1.50	3.83	—	—	2.50	2.00	—	—
Séance 16	2.00	3.17	—	—	—	—	—	—

Note. ECR-RS = The Relationship Structures Questionnaire; Tiret = information pas disponible.

Tableau 11

Indice de changement stable (RCI) à partir des cotes sur les mesures validées.

	Indice de changement stable (RCI)					
	Couple 1		Couple 2		Couple 3	
	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
<u>BDI-FS</u>	3.79^a	-3.03*	-3.79*	s. o.	-3.79*	s. o.
<u>EPDS</u>	.98	—	-2.94*	—	-5.39*	—
<u>DAS</u>	3.78*	4.97*	5.57*	s. o.	6.56*	4.77*
<u>CQ</u>						
Proximité	1.32	.28	4.39*	.28	-.67	-.28
Sensibilité	-1.19	.25	5.95*	3.92*	.31	0
Coopération	.86	.23	4.09*	2.15*	1.09	.25
Soutien compulsif	.51	-.78	-2.17*	-.58	0.00	-.20
<u>ECR-RS</u>						
Anxiété	-.79	-.42	-2.77*	0	-.80	0
Évitement	0.25	-2.31*	-2.49*	.51	0	-.77

Note. BDI-FS = Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux; EPDS = Échelle postnatale d'Edinburgh; DAS = Échelle d'ajustement dyadique; CQ = Caregiving Questionnaire; ECR-RS = The Relationship Structures Questionnaire; Tiret = information pas disponible; s. o. = sans objet, car les cotes pré-traitement n'indiquaient pas de symptômes dépressifs et/ou de détresse conjugale cliniquement significatifs.

* = $p < .05$.

^aLe RCI pour cette participante indique une détérioration significative.

Tableau 12

Sommaire de la signification statistique des résultats aux analyses de séries chronologiques (ARMA) et à l'Indice de changement stable (RCI).

		<u>Couple 1</u>		<u>Couple 2</u>		<u>Couple 3</u>	
		Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
<u>Symptômes DPP</u>							
ARMA	Variable 1	n. s.	—	↓*	—	↓**	—
	Variable 2	n. s.	—	n. s.	—	n. s.	—
RCI	BDI-FS	↑* ^a	↓*	↓*	s. o.	↓*	s. o.
	EDPS	n. s.	—	↓*	—	↓*	—
<u>Ajustement dyadique</u>							
ARMA	Variable 1	n. s.	↑***	↑***	n. s.	n. s.	↑***
	Variable 2	↑**	↑**	↑***	n. s.	n. s.	n. s.
	Variable 3	n. s.	n. s.	↑**	↑**	n. s.	n. s.
RCI	DAS	↑*	↑*	↑*	s. o.	↑*	↑*
<u>Soutien offert par les partenaires</u>							
ARMA	Variable 1	n. s.	↑***	n. s.	n. s.	↑***	n. s.
RCI	CQ						
	Proximité	n. s.	n. s.	↑*	n. s.	n. s.	n. s.
	Sensibilité	n. s.	n. s.	↑*	↑*	n. s.	n. s.
	Coopération	n. s.	n. s.	↑*	↑*	n. s.	n. s.
	Soutien compulsif	n. s.	n. s.	↓*	n. s.	n. s.	n. s.
<u>Attachement</u>							
RCI	ECR-RS						
	Anxiété	n. s.	n. s.	↓*	n. s.	n. s.	n. s.
	Évitement	n. s.	↓*	↓*	n. s.	n. s.	n. s.

Note. DPP = dépression post-partum; BDI-FS = Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux; EPDS = Échelle postnatale d'Edinburgh; DAS = Échelle d'ajustement dyadique; CQ = Caregiving Questionnaire; ECR-RS = The Relationship Structures Questionnaire; n. s. = non significatif; ↑ = augmentation significative; ↓ = diminution significative; Tiret = information pas disponible; s. o. = sans objet.

* = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001.

^aLe RCI pour cette participante indique une détérioration significative.

Tableau 13

Résultats à la mesure de l'alliance thérapeutique (CTAS-r).

	CTAS-r			
	<u>Séance 4</u>	<u>Séance 8</u>	<u>Séance 12</u>	<u>Séance 16</u>
Couple 1	217	211.5	203	218.5
Couple 2	244	251	—	—
Couple 3	229.5	252.5	254.5	—
Couple 4	210.5	—	—	—

Note. CTAS-r = Couple Therapeutic Alliance Scale – Revised; Tired = information pas disponible.

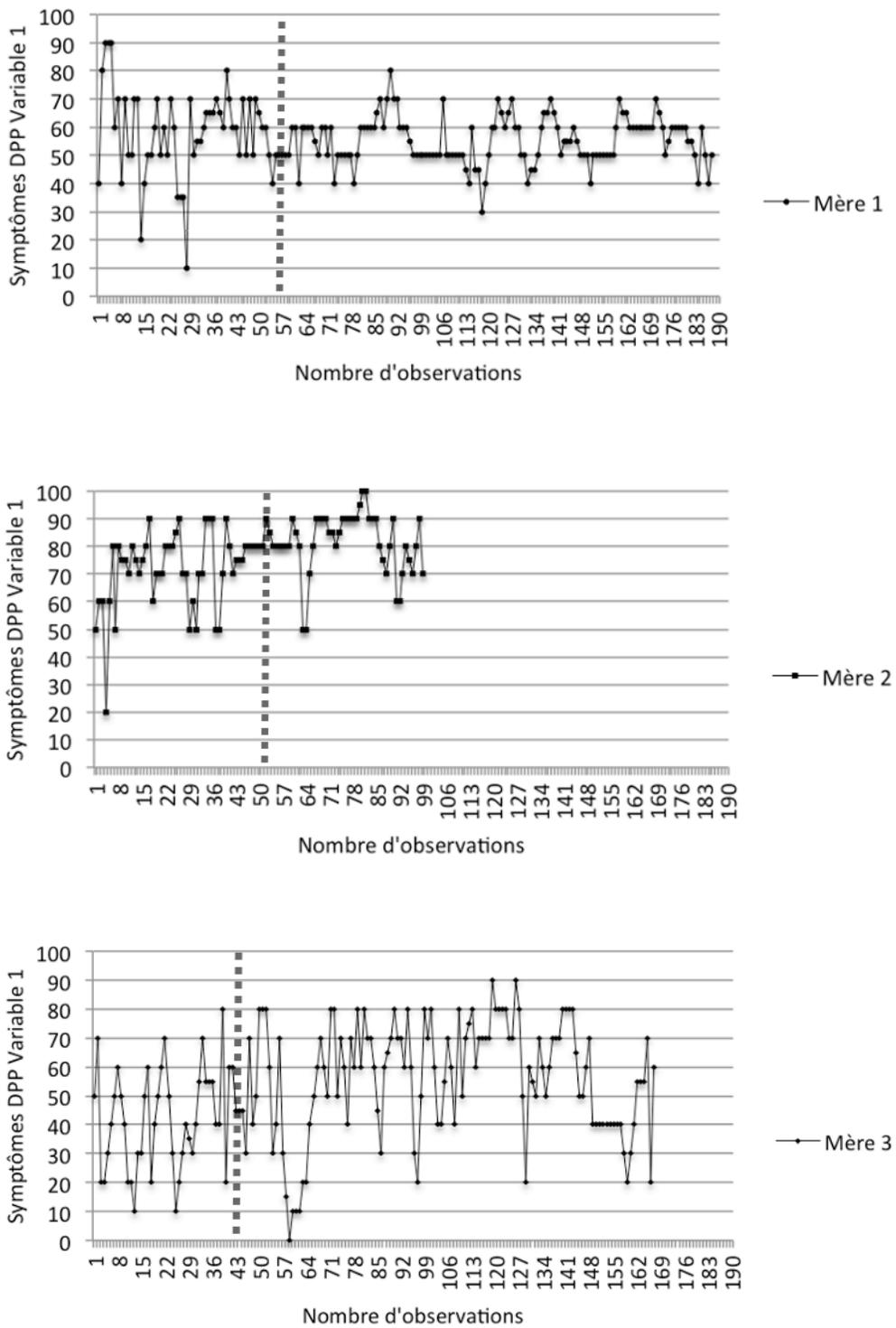


Figure 1. Symptômes de dépression post-partum (DPP) Variable 1 (« Aujourd’hui, je peux rire et prendre les choses du bon côté ») sur une base quotidienne pour les mères.

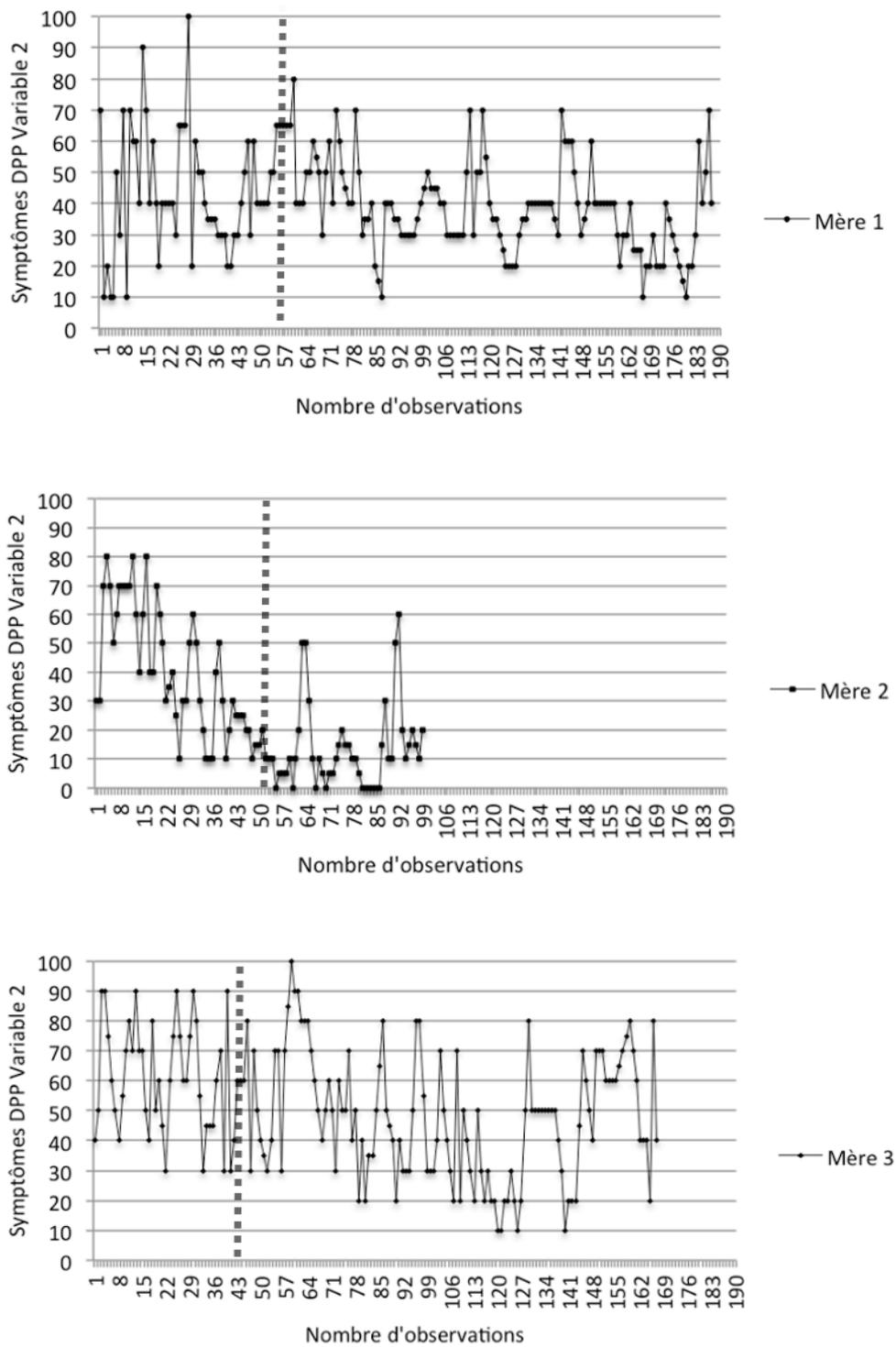


Figure 2. Symptômes de dépression post-partum (DPP) Variable 2 (« Aujourd’hui, je me sens triste ou peu heureuse ») sur une base quotidienne pour les mères.

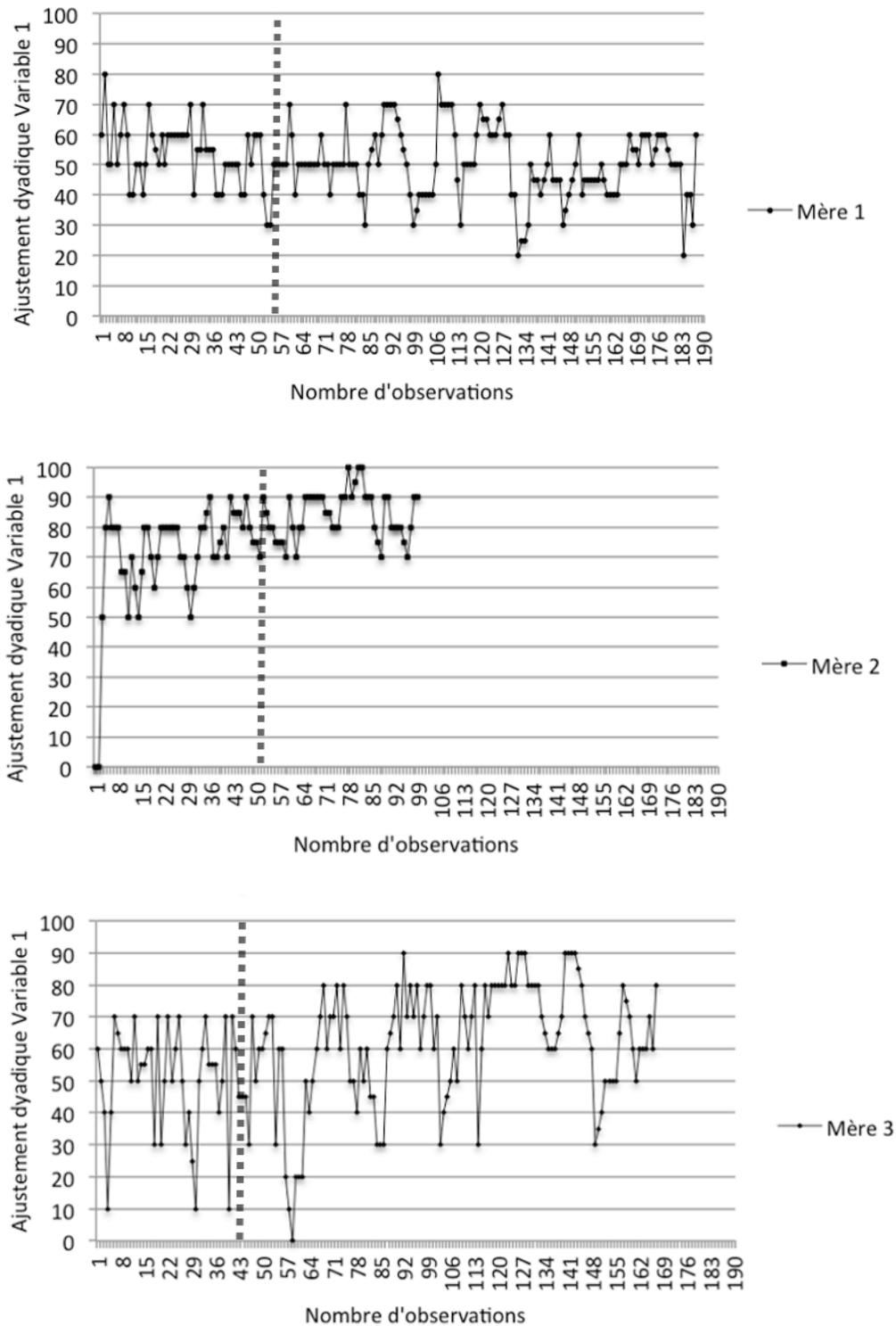


Figure 3. Ajustement dyadique Variable 1 (« Je peux dire que les choses vont bien entre moi et mon partenaire aujourd’hui ») sur une base quotidienne pour les mères.

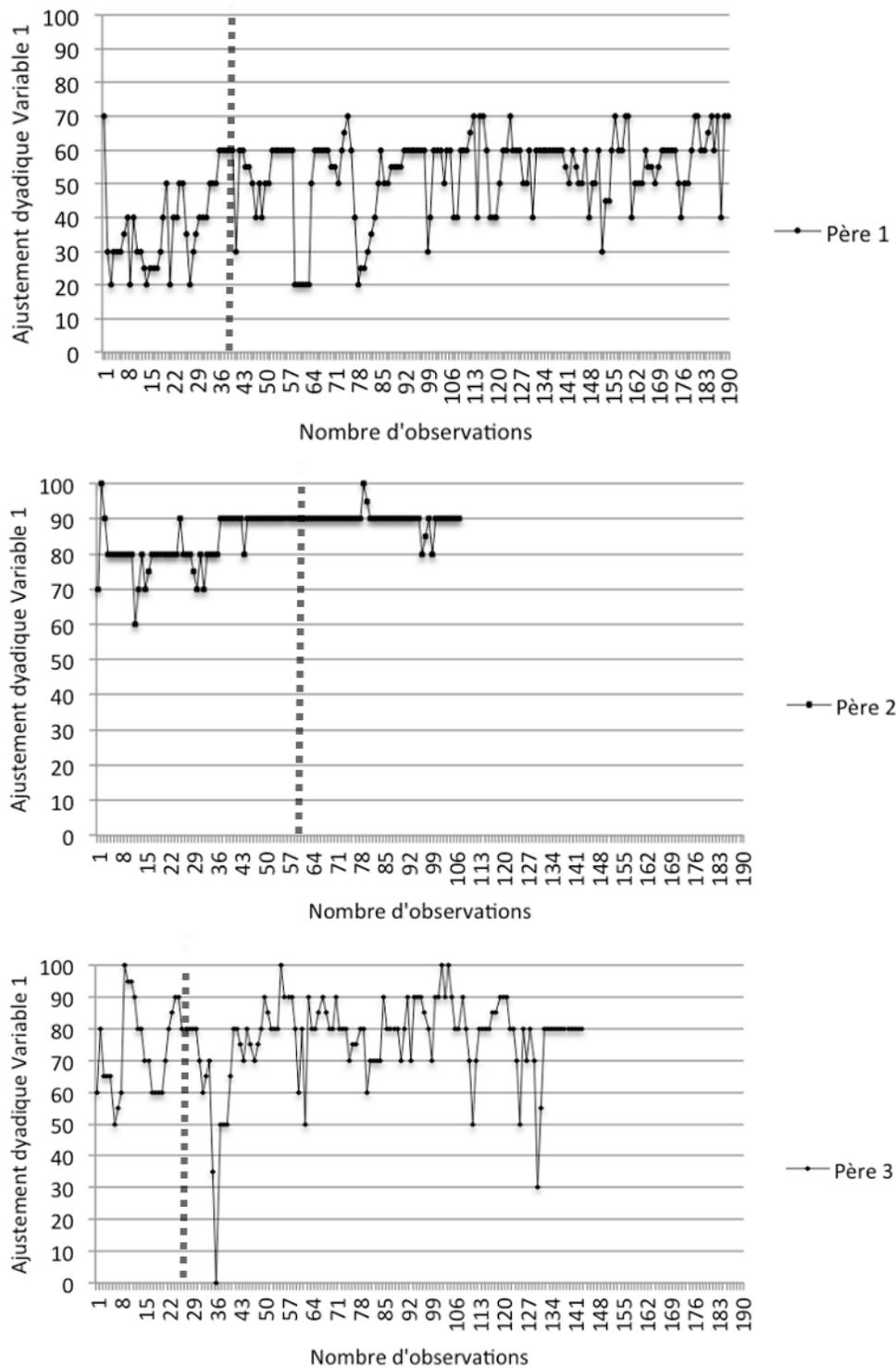


Figure 4. Ajustement dyadique Variable 1 (« Je peux dire que les choses vont bien entre moi et ma partenaire aujourd'hui ») sur une base quotidienne pour les pères.

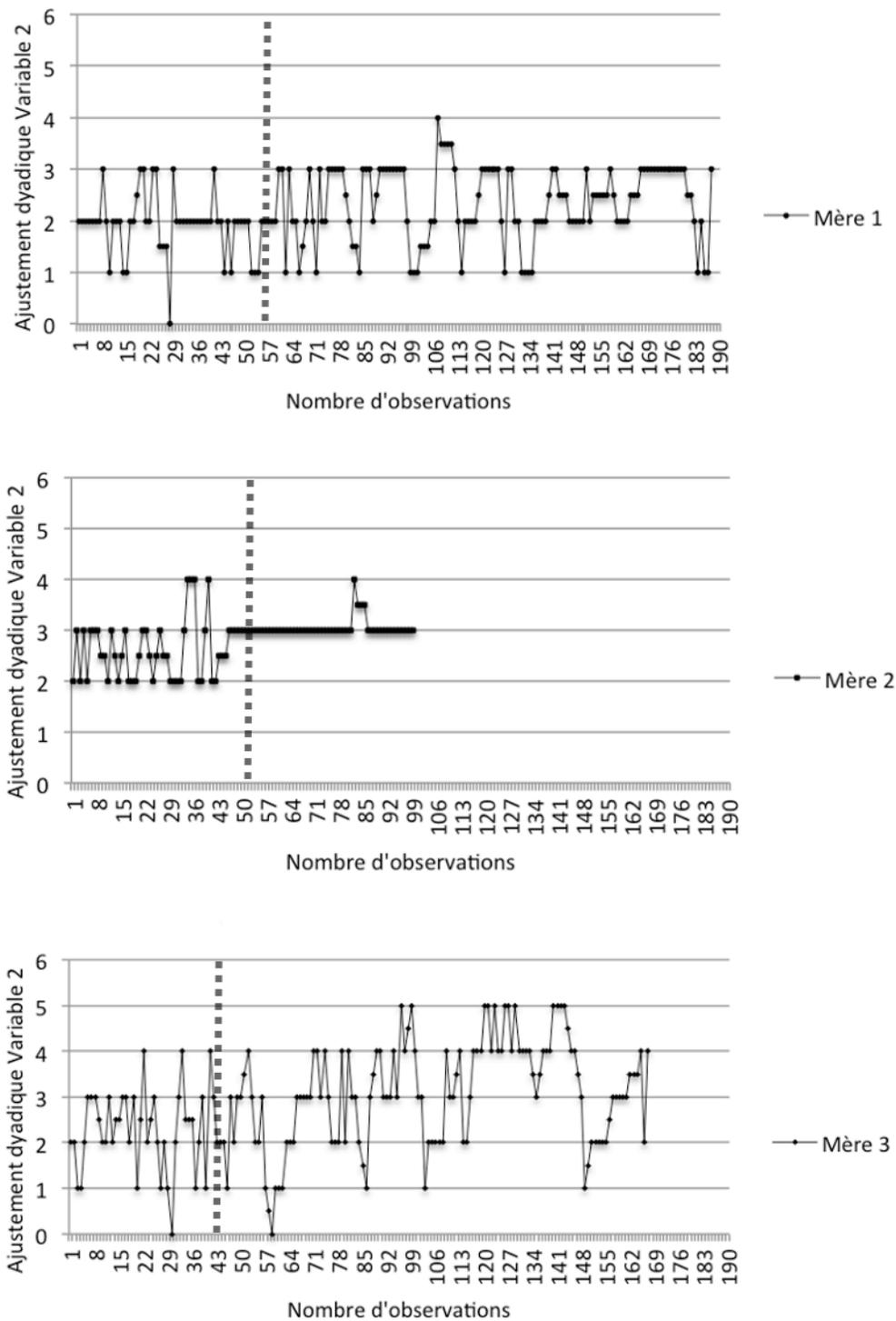


Figure 5. Ajustement dyadique Variable 2 (« Veuillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd’hui ») sur une base quotidienne pour les mères.

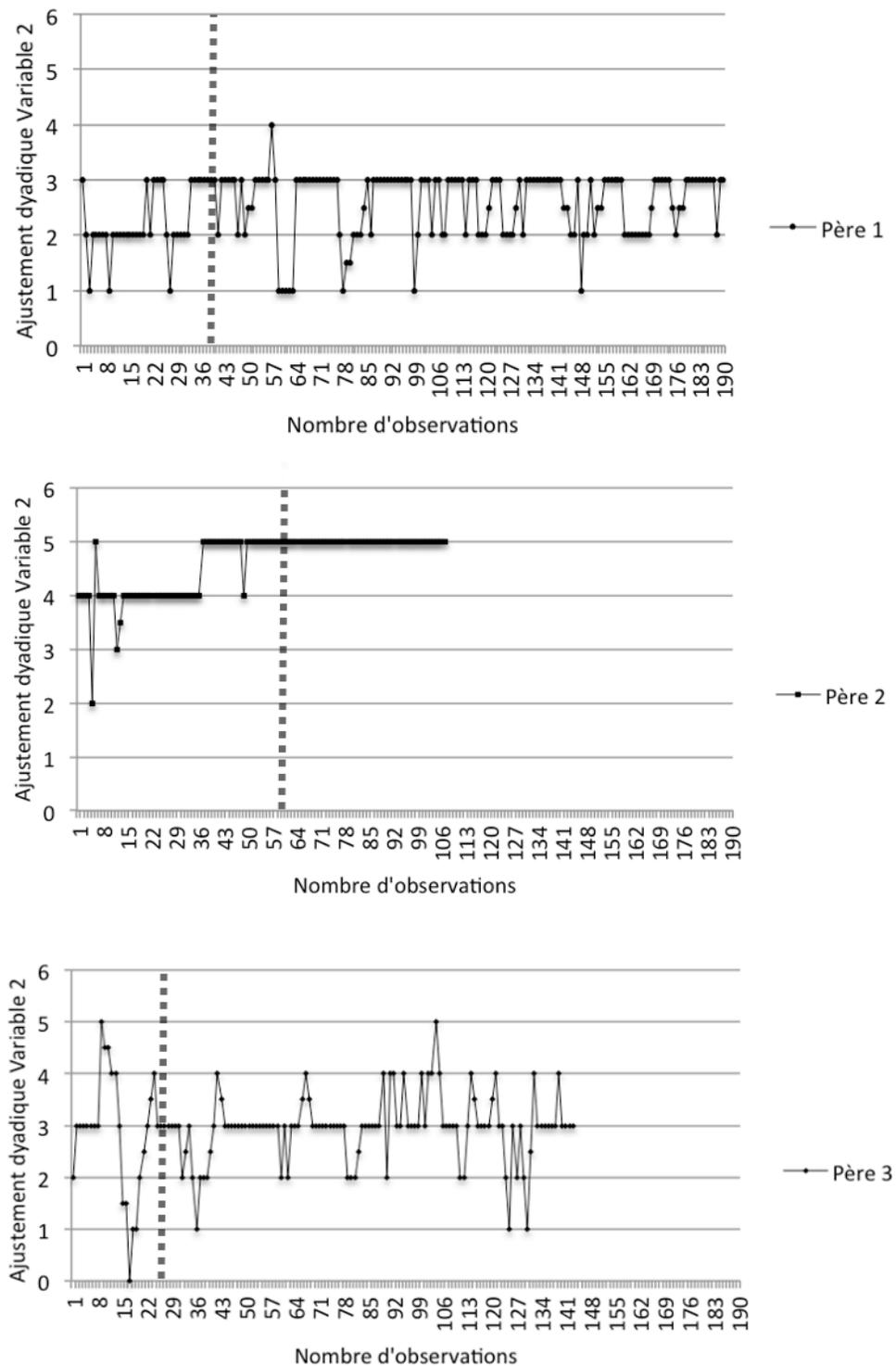


Figure 6. Ajustement dyadique Variable 2 (« Veuillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd’hui ») sur une base quotidienne pour les pères.

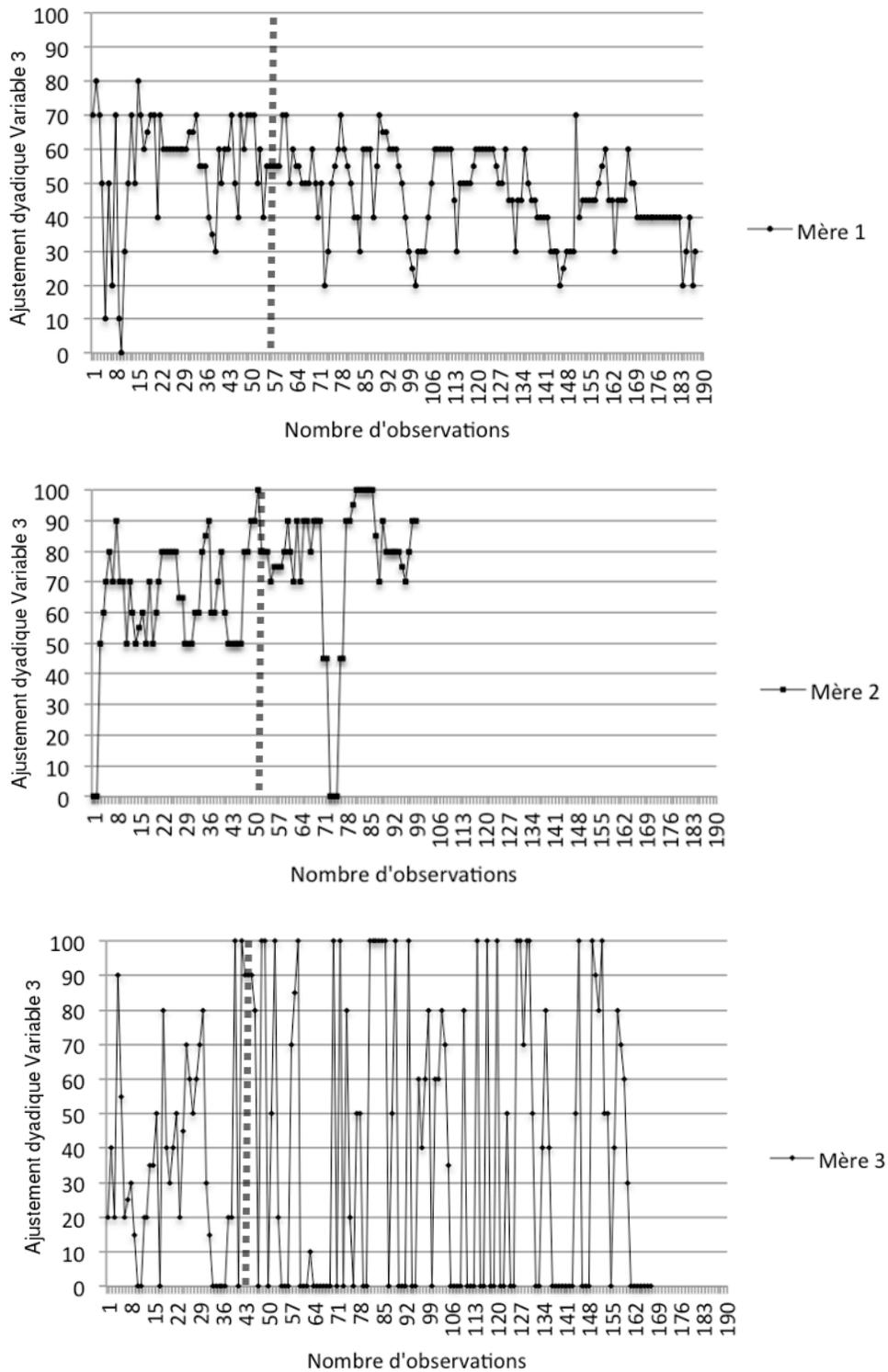


Figure 7. Ajustement dyadique Variable 3 (« Aujourd’hui, je me suis confiée à mon partenaire ») sur une base quotidienne pour les mères.

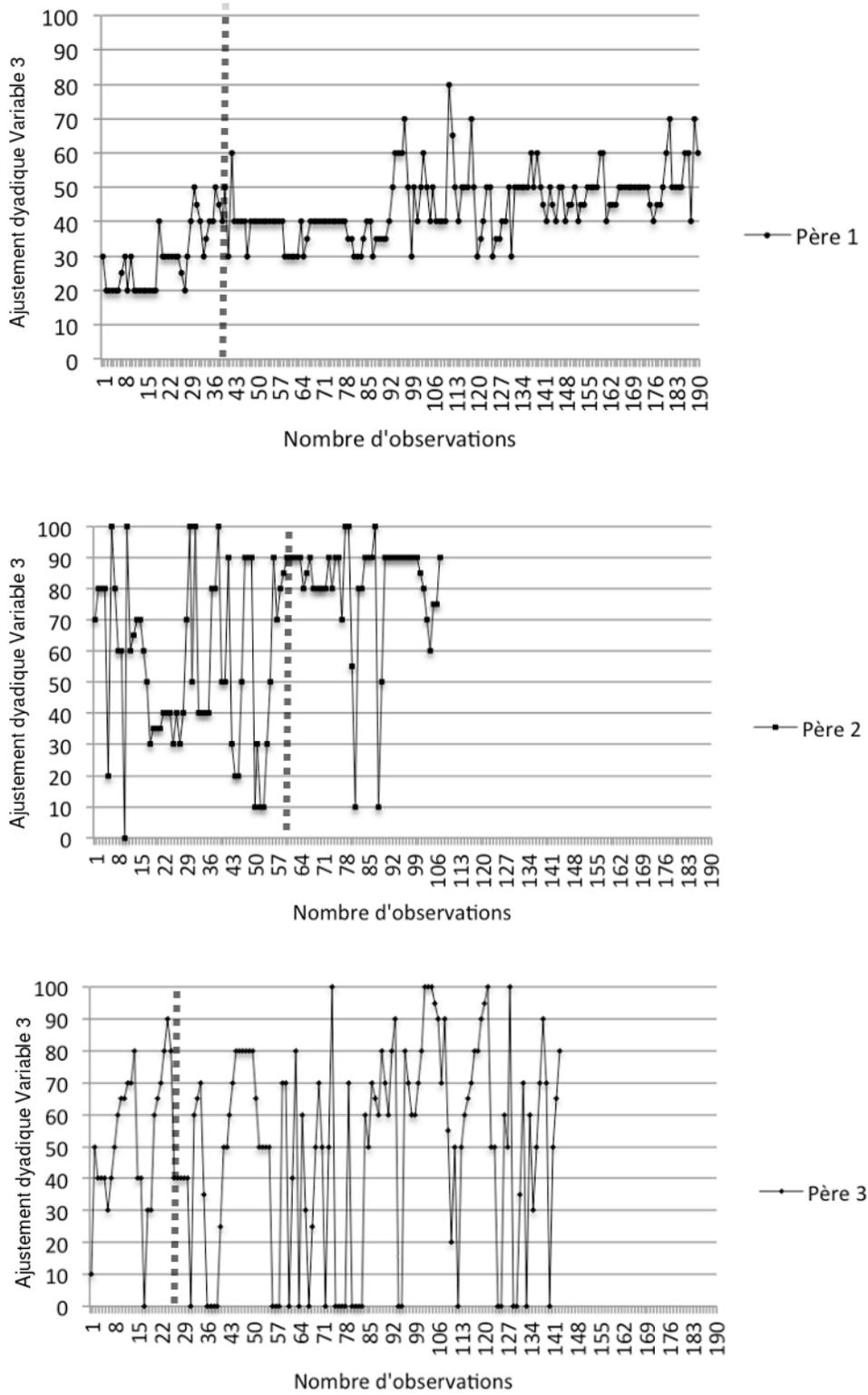


Figure 8. Ajustement dyadique Variable 3 (« Aujourd’hui, je me suis confié à ma partenaire ») sur une base quotidienne pour les pères.

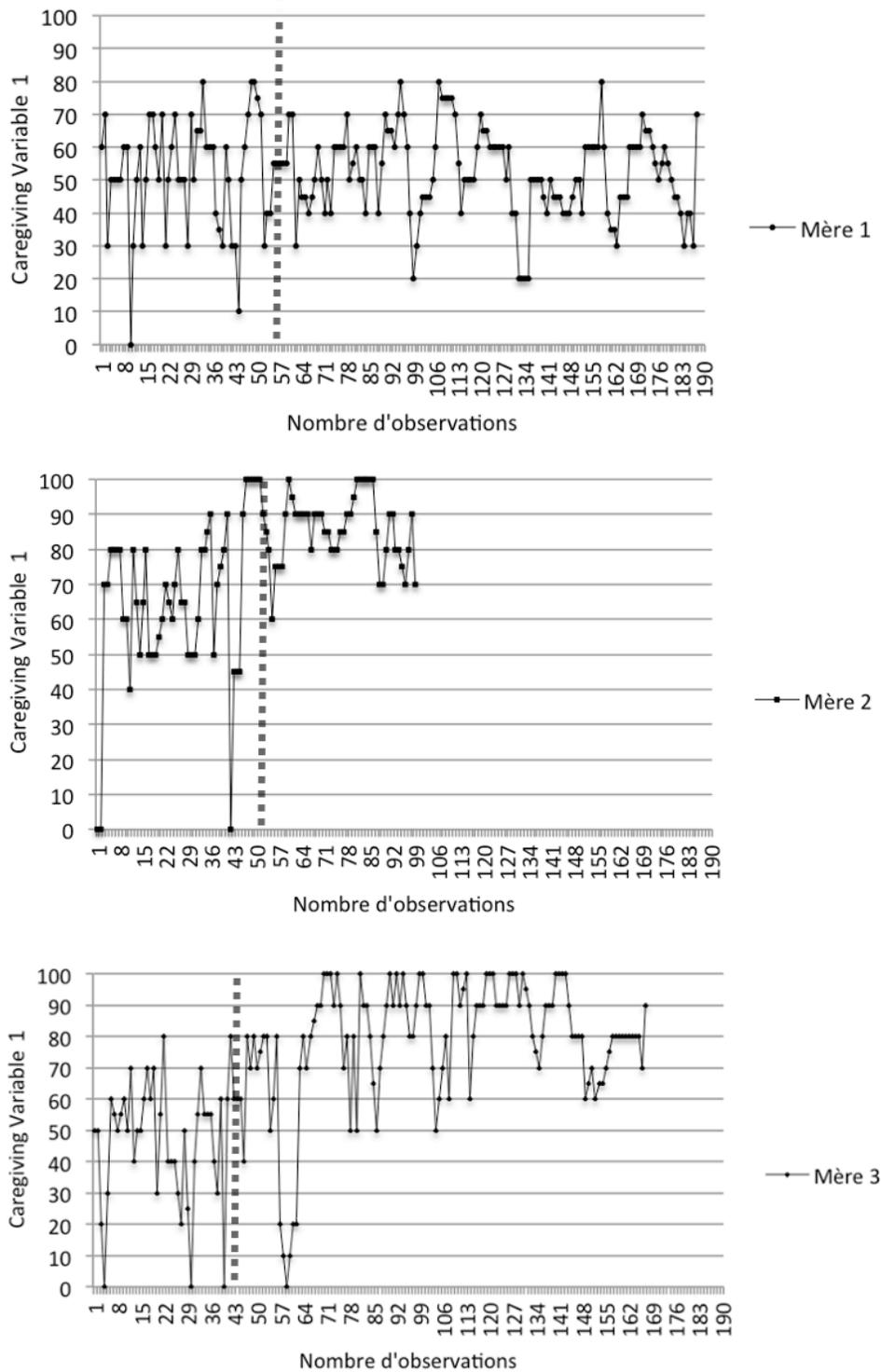


Figure 9. Soutien offert par les partenaires (Caregiving) Variable 1 (« Aujourd’hui lorsque mon partenaire semble vouloir ou avoir besoin d’une caresse, je suis contente de lui donner ») sur une base quotidienne pour les mères.

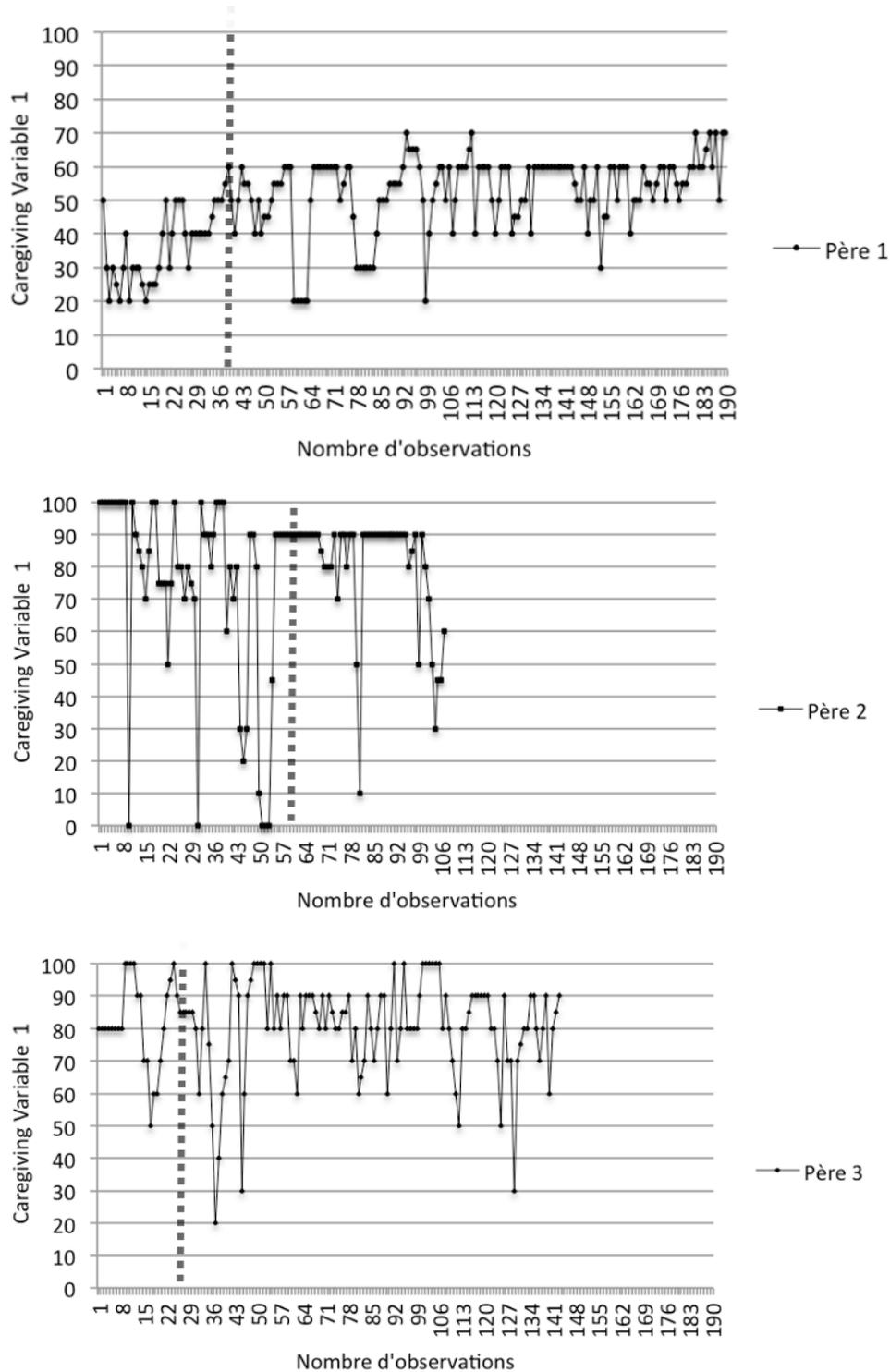


Figure 10. Soutien offert par les partenaires (Caregiving) Variable 1 (« Aujourd’hui lorsque ma partenaire semble vouloir ou avoir besoin d’une caresse, je suis content de lui donner ») sur une base quotidienne pour les pères.

Annexe A

Formulaire de consentement

Dépression post-partum et détresse conjugale : une évaluation de l'efficacité clinique de la thérapie de couple axée sur l'émotion

Étude menée par :

MARIE-PIERRE FONTAINE-PAQUET, B.A., candidate au doctorat en psychologie et coordonnatrice du projet

Université du Québec en Outaouais
Téléphone : (613) 746-4621, poste 6899
Courriel : fonm10@uqo.ca

PAUL S. GREENMAN, Ph.D., C. Psych.
Professeur de psychologie et responsable du doctorat en psychologie
Université du Québec en Outaouais
Psychologue et chercheur, Hôpital Montfort
Téléphone : (819) 595-3900, poste 2281
Courriel : Paul.Greenman@uqo.ca

Objectifs de la recherche

Nous vous invitons à prendre part à cette recherche qui vise à évaluer l'impact de la thérapie de couple axée sur l'émotion (*Emotionally Focused Therapy – EFT*) sur divers aspects de la vie des couples dont la femme a la dépression post-partum. Votre participation permettra l'avancement des connaissances. Les résultats de la recherche permettront, en effet, aux chercheurs et aux cliniciens de mieux comprendre et d'aider les couples qui font face à la dépression post-partum. Ils permettront aussi de valider une intervention psychologique qui vise à améliorer les symptômes de dépression post-partum, la qualité de la relation de couple, le soutien offert par les partenaires ainsi que le lien d'attachement.

Admissibilité à l'étude

Critères d'inclusion :

- 1) Vous avez cohabité pendant au moins deux ans et n'avez pas de plans imminents de divorce ou de séparation.
- 2) Il y a une détresse significative dans votre couple.
- 3) La mère a reçu un diagnostic de dépression majeure post-partum par un professionnel de la santé qualifié et rapporte des symptômes dépressifs moyens à élevés.
- 4) Vous pouvez parler et lire l'anglais ou le français.

Les critères d'exclusion :

- 1) L'existence d'un déficit cognitif sévère chez l'un de vous.
- 2) La présence actuelle d'un trouble de santé mentale sévère et persistant chez l'un de vous.
- 3) Des symptômes dépressifs élevés chez le père.
- 4) L'abus de substance chez l'un de vous.
- 5) L'utilisation de médicaments psychotropes par l'un de vous.

- 6) La violence physique entre vous.
- 7) La psychothérapie concurrente (individuelle, maritale ou de groupe) chez la mère.

Si vous ne rencontrez pas ces critères d'admissibilité pour participer à l'étude, vous pouvez tout de même accéder au service de psychothérapie.

Participation à la recherche

Dans le cadre de ce projet, nous vous demanderons de participer à 16 séances de thérapie EFT. Nous vous inviterons également à remplir des questionnaires à cinq reprises, soit lors d'une rencontre initiale de deux à dix semaines environ avant la thérapie, et aux séances 4, 8, 12 et 16 de la thérapie. Ces questionnaires touchent aux symptômes de dépression post-partum et à plusieurs aspects de votre relation de couple : la qualité de votre relation, le soutien offert par vous et votre partenaire un envers l'autre, et l'attachement. Nous vous poserons également des questions au sujet de vos émotions et de vos pensées au sujet de votre thérapeute et de la thérapie de couple. Ils prennent environ 30 minutes à compléter et ils seront remplis à l'établissement où vous recevrez la thérapie, soit au Service de psychologie clinique de la santé à l'Hôpital Montfort ou à la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais. Nous vous demanderons finalement de répondre à quelques questions tous les jours à la maison. Ces questions devront être répondues de façon individuelle par chacun de vous. Vous aurez l'option de remplir ces enregistrements quotidiens en ligne, dans un sondage sécuritaire créé avec FluidSurveys. La complétion de ces questions devrait s'effectuer en 5 minutes. La coordonnatrice du projet, Mme Marie-Pierre Fontaine-Paquet, sera disponible pour répondre à vos questions tout au long de l'étude.

Avantages et inconvénients reliés à la participation

La complétion des questionnaires peut engendrer des émotions négatives, puisqu'ils abordent certaines difficultés conjugales. D'un autre côté, la réflexion personnelle qui en résulte aide les gens à mieux comprendre ces difficultés. Si vous ressentez de l'inconfort alors que vous répondez aux questionnaires, nous vous invitons à en parler à votre thérapeute, à la coordonnatrice, Mme Fontaine-Paquet, ou bien avec le Dr Paul Greenman, psychologue certifié. La participation aux séances de thérapie peut également entraîner des émotions négatives ainsi qu'un inconfort, puisque des sujets difficiles sont abordés. Nous vous invitons à discuter de cet inconfort avec votre thérapeute. Par ailleurs, la participation à une psychothérapie de couple vous offre la possibilité d'apprendre à gérer ces émotions négatives et de travailler sur des aspects problématiques de votre relation de couple. Finalement, le protocole employé dans cette étude exige un délai de quelques semaines entre l'évaluation initiale et le début de la thérapie. Si votre détresse est trop importante lors de ce délai, vous pouvez contacter Mme Fontaine-Paquet. Il sera alors possible de débiter la psychothérapie plus rapidement; le traitement est offert sans que la participation au projet de recherche ne soit exigée.

Confidentialité et anonymat

Vos réponses aux questionnaires et les informations recueillies lors des séances de thérapie resteront strictement confidentielles. Au début de l'étude, la coordonnatrice, Mme Fontaine-Paquet, vous assignera un code numérique et elle vous demandera de vous identifier avec ce chiffre plutôt qu'avec votre nom sur tous les questionnaires reliés à l'étude **pour garantir votre anonymat**. Dr Greenman, Mme Fontaine-Paquet et les assistants de recherche qui travaillent sur

le projet auront accès à vos données. Votre thérapeute aura accès aux données pertinentes à votre thérapie. Les questionnaires utilisés dans ce projet ne feront pas partie de votre dossier médical. Tous les formulaires utilisés dans l'étude seront gardés dans un classeur verrouillé au bureau de Dr Greenman au Service de psychologie clinique de la santé à l'Hôpital Montfort ou à l'Université du Québec en Outaouais.

Les séances de thérapie seront enregistrées sous format vidéo (ou audio) afin de s'assurer de la qualité de l'intervention. Ces enregistrements permettront également d'obtenir les informations sur des aspects du processus thérapeutique qui feront l'objet d'une analyse qualitative. Les enregistrements seront gardés dans un classeur verrouillé au bureau de Dr Greenman.

Si les données de cette étude sont utilisées dans une présentation ou une publication scientifique, **vos données ne seront jamais révélées**. Nous utiliserons votre code numérique au lieu de votre nom pour analyser les données et les données seront anonymisées pour enlever toute information qui pourrait vous identifier. Si jamais nous désirons citer des extraits des séances de thérapie dans une publication ou une présentation, nous allons enlever ou altérer toute information pouvant vous identifier et mélanger votre extrait avec d'autres extraits pour faire un composite qui ne dévoile pas votre identité. Nous ferions cela uniquement avec votre approbation :

Vous pouvez me citer mais toute information pouvant m'identifier doit être enlevée ou altérée afin que la citation ne dévoile pas mon identité.

SVP cocher la case appropriée :

Oui, vous pouvez me citer. _____

Non, je ne veux pas être cité. _____

Si jamais nous choisissons de vous citer verbatim (c.-à-d., mot pour mot), nous allons vous recontacter pour obtenir votre consentement et nous allons vous présenter l'extrait que nous aimerions utiliser. Dans ce cas, nous allons également nous assurer d'anonymiser vos données pour enlever toute information qui pourrait vous identifier.

Conservation des données

Toutes les données recueillies contenant des informations personnelles seront conservées de façon sécuritaire dans un classeur verrouillé au bureau de Dr Greenman au Service de psychologie clinique de la santé à l'Hôpital Montfort ou à l'Université du Québec en Outaouais. Les données électroniques seront gardées de façon sécuritaire sur les serveurs de FluidSurveys. Les données seront sauvegardées pendant une durée de 10 ans, période de temps après laquelle elles seront détruites.

Participation volontaire

Votre participation à la recherche est complètement volontaire. Vous pouvez, à n'importe quel moment, décider de ne pas remplir les questionnaires et continuer à bénéficier du traitement. La participation aux séances de psychothérapie ne nécessite pas la participation à la recherche. Vous êtes également entièrement libres de vous retirer à n'importe quel moment pendant l'étude, sans pénalité. Ce retrait peut se faire de façon verbale, sans qu'un préavis ne soit exigé. Votre décision de participer ou de ne pas participer à cette étude n'aura aucun impact sur la qualité ou la durée des services psychologiques reçus. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, nous vous

demandons si nous pouvons inclure les données recueillies jusqu'à ce moment dans la recherche ou si vous préférez les retirer.

Acceptation

Nous déclarons avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à nos questions et comprendre les buts, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Nous comprenons également que toutes les informations amassées à notre sujet dans le cadre de cette étude seront complètement confidentielles et que nous sommes libres de nous retirer à n'importe quel moment, sans qu'il n'y ait de répercussions.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, nous pouvons contacter Marie-Pierre Fontaine-Paquet, la coordonnatrice du projet, au (613) 746-4621, poste 6899 ou par courriel à l'adresse suivante : fonm10@uqo.ca, ou Dr Paul Greenman au (819) 595-3900, poste 2281 ou par courriel à l'adresse suivante : paul.greenman@uqo.ca.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, nous pouvons nous adresser au coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort, téléphone (613) 746-4621, poste 2221 ou christianbergeron@montfort.on.ca ou au président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, téléphone (819) 595-3900, poste 1781 ou andre.durivage@uqo.ca.

Il y a deux copies de ce formulaire, dont une copie que nous pouvons garder.

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____



Cette étude est soutenue par les Instituts de recherche en santé du Canada (<http://www.irsc-cihr.gc.ca/>)

Annexe B**Questionnaire socio-démographique**Date : ____/____/_____
mm / jj / aaaa

D'identification : _____

Les questions ci-dessous visent à amasser des informations générales concernant divers aspects de votre vie. En plus d'être utiles au projet de recherche, les réponses à ces questions nous permettront de mieux vous connaître. Les réponses seront confidentielles. Sachez que vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs de ces questions, sans que cela ait un impact sur votre participation à l'étude. Nous vous demandons de répondre aux questions séparément, sans consulter votre partenaire.

Veillez, s'il vous plaît, encercler votre réponse.

Sexe : H F

Âge : _____ ans

Nationalité : _____

Origine ethnique : _____

Êtes-vous marié? Oui Non

Durée de votre relation de couple actuelle : _____ ans

Longueur de temps que vous avez demeuré avec votre partenaire : _____ ans

Veillez, s'il vous plaît, encercler votre réponse.

Niveau de scolarité :	1- Primaire	2- Secondaire
	3- Collégial	4- Universitaire 1 ^{er} cycle
	5- Universitaire 2 ^e cycle	6- Universitaire 3 ^e cycle

Veillez, s'il vous plaît, encercler votre réponse.

Revenu annuel :	1- Moins de 20 000\$	2- Entre 20 000\$ et 39 000\$
	3- Entre 40 000\$ et 59 000\$	4- Entre 60 000\$ et 79 000\$
	5- Entre 80 000 et 99 000\$	6- 100 000\$ et plus

Combien d'enfants avez-vous ? _____

S'il vous plaît, énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement, avec les dosages (s'il y a lieu).

Veillez, s'il vous plaît, encercler votre réponse.

Est-ce que vous consommez de l'alcool ? Oui Non

Si « Oui » : Quelle quantité consommez-vous et à quelle fréquence ?

Est-ce que vous consommez des drogues à titre récréatif ? Oui Non

Si « Oui » : Lesquelles et combien souvent en consommez-vous ?

(La section qui suit ne s'applique qu'aux mères seulement)

Quelle est la date de naissance de votre nouveau bébé ? / /
mm / jj / aaaa

Combien de fois êtes-vous tombée enceinte?

Veillez, s'il vous plaît, encercler votre réponse.

Avez-vous déjà eu :

a. Un accouchement naturel? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

b. Une césarienne? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

c. Une grossesse multiple (c.-à-d., jumeaux, triplets, etc.)? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

d. Un bébé prématuré? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

e. Une fausse couche? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

f. Un enfant mort-né? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

g. Un avortement? Oui Non

Si « Oui » : Combien?

Veillez, s'il vous plaît, encercler votre réponse.

Avez-vous des difficultés à allaiter ou à nourrir votre bébé? Oui Non

Est-ce que votre bébé fait ses nuits? Oui Non

Combien d'heures dure la nuit de votre bébé? _____

Annexe C

Auto-enregistrements quotidiens : Version pour les mères

Date : ____/____/____
mm / jj / aaaa

D'identification : _____

Ces questions sont à remplir de façon individuelle, sans l'aide de votre partenaire.

1. Pour chacune des affirmations qui suivent, veuillez indiquer sur une échelle de 0 à 100 le niveau qui correspond le mieux à votre situation d'**aujourd'hui**. Le chiffre 100 correspond parfaitement à votre situation, tandis que le 0 ne correspond pas du tout à votre situation. Le chiffre 50 correspond modérément à ce que vous vivez aujourd'hui.

A. Aujourd'hui, je peux rire et prendre les choses du bon côté.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

B. Aujourd'hui, je me sens triste ou peu heureuse.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

C. Je peux dire que les choses vont bien entre moi et mon partenaire aujourd'hui.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

D. Aujourd'hui, je me suis confiée à mon partenaire.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

E. Aujourd'hui, lorsque mon partenaire semble vouloir ou avoir besoin d'une caresse, je suis contente de lui donner.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

2. Veuillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd'hui.

Extrêmement malheureux Passablement malheureux Un peu maheureux Heureux Très heureux Extrêmement heureux Parfaitement heureux

Que faisiez-vous juste avant de répondre à ces questions?

Annexe D**Auto-enregistrements quotidiens : Version pour les pères**Date : ____/____/____
mm / jj / aaaa

D'identification : _____

Ces questions sont à remplir de façon individuelle, sans l'aide de votre partenaire.

1. Pour chacune des affirmations qui suivent, veuillez indiquer sur une échelle de 0 à 100 le niveau qui correspond le mieux à votre situation d'**aujourd'hui**. Le chiffre 100 correspond parfaitement à votre situation, tandis que le 0 ne correspond pas du tout à votre situation. Le chiffre 50 correspond modérément à ce que vous vivez aujourd'hui.

A. Je peux dire que les choses vont bien entre moi et ma partenaire aujourd'hui.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

B. Aujourd'hui, je me suis confié à ma partenaire.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

C. Aujourd'hui, lorsque ma partenaire semble vouloir ou avoir besoin d'une caresse, je suis content de lui donner.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

2. Veuillez encrer ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd'hui.

Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu maheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
---------------------------	----------------------------	---------------------	---------	--------------	------------------------	-------------------------

Que faisiez-vous juste avant de répondre à ces questions?

Annexe E**Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux
(BDI-FS; Beck et al., 2000)**

Ce questionnaire comporte des groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre.

1.
 - 0 Je ne me sens pas triste.
 - 1 Je me sens souvent triste.
 - 2 Je suis tout le temps triste.
 - 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.
2.
 - 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
 - 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
 - 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 - 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.
 - 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
 - 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
 - 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
 - 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
4.
 - 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
 - 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
 - 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
 - 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.
 - 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 - 1 J'ai perdu confiance en moi.
 - 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 - 3 Je ne m'aime pas du tout.
6.
 - 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 - 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 - 2 Je me reproche tous mes défauts.
 - 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
7.
 - 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 - 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 - 2 J'aimerais me suicider.
 - 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Annexe F**Échelle postnatale d'Edinburgh
(EPDS; Cox et al., 1987)**

Comment vous sentez-vous dernièrement? Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie pendant la semaine qui vient de s'écouler (**c'est-à-dire dans les 7 derniers jours**) et pas seulement aujourd'hui.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :
 - 0 Aussi souvent que d'habitude
 - 1 Pas tout à fait autant
 - 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - 3 Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir :
 - 0 Autant que d'habitude
 - 1 Plutôt moins que d'habitude
 - 2 Vraiment moins que d'habitude
 - 3 Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :
 - 3 Oui, la plupart du temps
 - 2 Oui, parfois
 - 1 Pas très souvent
 - 0 Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :
 - 0 Non, pas du tout
 - 1 Presque jamais
 - 2 Oui, parfois
 - 3 Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :
 - 3 Oui, vraiment souvent
 - 2 Oui, parfois
 - 1 Non, pas très souvent
 - 0 Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :
 - 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 - 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - 0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :
- 3 Oui, la plupart du temps
 - 2 Oui, parfois
 - 1 Pas très souvent
 - 0 Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse :
- 3 Oui, la plupart du temps
 - 2 Oui, très souvent
 - 1 Pas très souvent
 - 0 Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :
- 3 Oui, la plupart du temps
 - 2 Oui, très souvent
 - 1 Seulement de temps en temps
 - 0 Non, jamais
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :
- 3 Oui, très souvent
 - 2 Parfois
 - 1 Presque jamais
 - 0 Jamais

Annexe G

**Échelle d'ajustement dyadique
(DAS; Spanier, 1976)**

La plupart des gens ont des désaccords dans leurs relations. Pour chacun des items suivants, veuillez indiquer l'étendue d'accord ou de désaccord entre votre époux et vous. Encore une fois, nous vous demandons de répondre au questionnaire séparément et répondez le plus spontanément possible.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Fréquemment en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. L'administration de votre budget						
2. Le genre de loisirs						
3. Les questions religieuses						
4. Les manifestations d'affection						
5. Les choix d'amis						
6. Les relations sexuelles						
7. Les conventions sociales (comportement correct et acceptable)						
8. La philosophie de la vie						
9. La façon d'agir avec vos parents et ceux de votre époux						
10. Les buts, les aspirations et les choses qui vous tiennent à coeur						
11. Le temps passé ensemble						
12. La prise des décisions importantes						
13. Les tâches domestiques						
14. Les intérêts et activités de temps libre						
15. Les décisions de choix de carrière						

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	De temps à autre	Rarement	Jamais
16. Personnellement, vous arrive-t-il de discuter ou d'envisager la séparation ou la fin de votre relation?						
17. Arrive-t-il à votre époux ou à vous de quitter la maison après une querelle?						
18. De façon générale, croyez-vous que les choses vont bien entre votre époux et vous?						
19. Vous confiez-vous à votre époux?						
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié?						
21. Vous arrive-t-il de vous quereller?						
22. Vous arrive-t-il de vous taper mutuellement sur les nerfs?						

	Chaque jour	Presque chaque jour	Parfois	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre époux ?					

	Tous	Presque tous	Quelques-uns	Très peu	Aucun
24. Partagez-vous ensemble des intérêts à l'extérieur du foyer?					

Combien de fois diriez-vous que les événements suivants ont lieu entre votre époux et vous?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
25. Avoir un échange d'idées qui soit enrichissant						
26. Rire ensemble						
27. Discuter calmement de quelque chose						
28. Travailler ensemble à quelque chose						

Il y a certaines choses au sujet desquelles les couples sont parfois en accord, parfois en désaccord. Indiquez si l'un ou l'autre des items suivants ont été causes de divergences d'opinions ou ont été sources de problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines : (cochez oui ou non)

Oui Non

29. Être trop fatigué pour les relations sexuelles.

30. Ne démontrer aucun signe d'amour.

31. Les points (.) suivants représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point du milieu "heureux", représente le degré de bonheur chez la plupart des couples. En considérant tous les aspects de votre relation, veuillez encercler le point qui décrit le mieux votre degré de bonheur.

Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
---------------------------	----------------------------	----------------------	---------	-----------------	------------------------	-------------------------

32. Quel énoncé décrit le mieux la manière dont vous entrevoyez l'avenir de votre relation?

Plus que toute autre chose, je désire que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour en assurer le succès.

Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferais tout ce que je peux pour en assurer le succès.

Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour en assurer le succès.

Il serait agréable que ma relation réussisse, mais je ne peux pas faire beaucoup plus que j'en fais présentement pour en assurer le succès.

Il serait agréable que ça réussisse, mais je refuse de faire plus que j'en fais présentement pour en assurer la continuité.

Ma relation ne pourra jamais réussir et il n'y a plus rien que je puisse y faire pour qu'elle continue.

Annexe H**Questionnaire du soutien offert par les partenaires
(CQ; Kuncce & Shaver, 1994)**

Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui indique à quel point cet item vous décrit.

1	2	3	4	5	6
Ne me décrit pas du tout					Me décrit beaucoup

1. Je repousse parfois mon/ma partenaire lorsqu'il/elle cherche à avoir une caresse ou un baiser dont il a besoin.
2. Je peux toujours dire quand mon/ma partenaire a besoin de réconfort, même s'il/elle ne le demande pas.
3. Je respecte toujours les habiletés de mon/ma partenaire à prendre ses propres décisions et à résoudre ses propres problèmes.
4. Lorsque mon/ma partenaire pleure ou est en détresse, mon premier réflexe est de le/la tenir dans mes bras ou de le/la toucher.
5. J'aide mon/ma partenaire sans devenir trop impliqué(e) dans ses problèmes.
6. Trop souvent, je ne réalise pas que mon/ma partenaire est bouleversé(e) ou inquiet(ète) à propos de quelque chose.
7. Lorsque mon/ma partenaire est inquiet(ète) ou bouleversé(e), je me rapproche de lui/elle afin de le/la réconforter et de le/la supporter.
8. Je suis bon(ne) pour savoir quand mon/ma partenaire a besoin de mon aide et de mon support et quand il/elle s'occuperait plutôt de ses choses par lui/elle-même.
9. Je me sens confortable à tenir mon/ma partenaire dans mes bras lorsqu'il/elle a besoin de signes physiques de support et de réconfort.
10. Je ne suis pas très bon(ne) pour m'ajuster aux besoins et aux émotions de mon/ma partenaire.
11. J'ai tendance à devenir trop impliqué(e) dans les problèmes et les difficultés de mon/ma partenaire.
12. Je n'aime pas quand mon/ma partenaire est en manque d'affection et qu'il s'accroche à moi.
13. Je finis souvent par dire à mon/ma partenaire quoi faire lorsqu'il/elle tente de prendre une décision.
14. Je manque parfois les signes subtiles qui montrent comment mon/ma partenaire se sent.
15. Quand cela est nécessaire, je peux dire «non» aux demandes d'aide de mon/ma partenaire sans me sentir coupable.
16. J'ai tendance à être trop autoritaire lorsque je tente d'aider mon/ma partenaire.
17. Lorsque c'est important, je prends soin de mes propres besoins avant d'essayer de prendre soin de ceux de mon/ma partenaire.
18. Je suis très attentif(ve) aux signes non verbaux de mon/ma partenaire pour de l'aide et du support.

19. Je peux facilement m'empêcher de devenir trop concerné(e) par ou trop protecteur(trice) de mon/ma partenaire.
20. Je suis très bon(ne) pour reconnaître les besoins et les sentiments de mon/ma partenaire, même lorsqu'ils sont différents des miens.
21. Je peux aider mon/ma partenaire à résoudre ses problèmes sans «prendre le contrôle».
22. Je m'éloigne parfois de mon/ma partenaire lorsqu'il/elle tente d'obtenir une caresse réconfortante de ma part.
23. Je supporte toujours les propres efforts de mon/ma partenaire à résoudre ses problèmes.
24. J'ai tendance à prendre les problèmes de mon/ma partenaire sur mes épaules – et ensuite à me sentir encombré(e) par ceux-ci.
25. Lorsque mon/ma partenaire semble vouloir ou avoir besoin d'une caresse, je suis content(e) de lui donner.
26. Lorsque j'aide mon/ma partenaire avec quelque chose, j'ai tendance à vouloir faire les choses «à ma façon».
27. Je deviens fréquemment trop accaparé(e) par les problèmes et les besoins de mon/ma partenaire.
28. Parfois, je «manque» ou j'«interprète mal» les signes de mon/ma partenaire pour de l'aide et de la compréhension.
29. Lorsque mon/ma partenaire pleure ou est bouleversé(e) émotionnellement, j'ai parfois envie de l'éviter.
30. Lorsque mon/ma partenaire me parle d'un problème, je vais parfois trop loin en critiquant les tentatives qu'il/elle fait pour les gérer.
31. Je crée des problèmes en prenant les difficultés de mon/ma partenaire comme si elles étaient les miennes.
32. Lorsque j'aide mon/ma partenaire à résoudre un problème, je suis beaucoup plus «coopératif(ve)» qu'«autoritaire».

Annexe I**Questionnaire des structures relationnelles
(ECR-RS; Fraley et al., 2011)**

Ce questionnaire vise à évaluer la façon dont vous vous représentez mentalement les personnes importantes dans votre vie. Vous serez invités à répondre à des questions au sujet de vos parents, de votre partenaire et de vos amis. S'il vous plaît indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés en encerclant un chiffre pour chaque énoncé.

Veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes au sujet de votre mère ou d'une figure maternelle

1. Ça aide de se tourner vers cette personne en cas de besoin.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
2. J'ai l'habitude de discuter de mes problèmes et de mes préoccupations avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
3. Je discute avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
4. Je trouve facile de dépendre de cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
5. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
6. Je préfère ne pas montrer à cette personne ce que je ressens au fond de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
7. Je m'inquiète souvent que cette personne ne se soucie pas vraiment de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
8. Je crains que cette personne puisse m'abandonner.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
9. Je crains que cette personne ne se soucie pas de moi autant que je me soucie d'elle.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

Veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes au sujet de votre père ou d'une figure paternelle

1. Ça aide de se tourner vers cette personne en cas de besoin.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

2. J'ai l'habitude de discuter de mes problèmes et de mes préoccupations avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

3. Je discute avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

4. Je trouve facile de dépendre de cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

5. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

6. Je préfère ne pas montrer à cette personne ce que je ressens au fond de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

7. Je m'inquiète souvent que cette personne ne se soucie pas vraiment de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

8. Je crains que cette personne puisse m'abandonner.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

9. Je crains que cette personne ne se soucie pas de moi autant que je me soucie de lui.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

Veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes au sujet de votre partenaire

1. Ça aide de se tourner vers cette personne en cas de besoin.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
2. J'ai l'habitude de discuter de mes problèmes et de mes préoccupations avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
3. Je discute avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
4. Je trouve facile de dépendre de cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
5. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
6. Je préfère ne pas montrer à cette personne ce que je ressens au fond de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
7. Je m'inquiète souvent que cette personne ne se soucie pas vraiment de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
8. Je crains que cette personne puisse m'abandonner.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord
9. Je crains que cette personne ne se soucie pas de moi autant que je me soucie d'elle ou lui.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

Veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes au sujet de votre meilleur(e) ami(e)

1. Ça aide de se tourner vers cette personne en cas de besoin.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

2. J'ai l'habitude de discuter de mes problèmes et de mes préoccupations avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

3. Je discute avec cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

4. Je trouve facile de dépendre de cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

5. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à cette personne.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

6. Je préfère ne pas montrer à cette personne ce que je ressens au fond de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

7. Je m'inquiète souvent que cette personne ne se soucie pas vraiment de moi.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

8. Je crains que cette personne puisse m'abandonner.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

9. Je crains que cette personne ne se soucie pas de moi autant que je me soucie d'elle ou lui.
fortement en désaccord 1 2 3 4 5 6 7 fortement en accord

Annexe J

**Échelle révisée de l'alliance thérapeutique du couple
(CTAS-r; Pinsof, 1994)**

Les énoncés suivants portent sur vos pensées et vos sentiments au sujet de votre thérapeute et de votre thérapie **en ce moment**. S'il vous plaît travaillez rapidement. Nous sommes intéressés par vos **premières** impressions. Vos réponses sont **confidentielles**. Elles ne seront pas montrées à votre thérapeute ou à votre partenaire, et elles seront utilisées seulement qu'à des fins de recherche. Bien que certains des énoncés semblent être similaires ou identiques, chaque énoncé est unique. **S'il vous plaît assurez-vous de côter chaque énoncé**. Chaque énoncé est suivi d'une échelle de sept points. S'il vous plaît indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés **en ce moment**. Si vous êtes entièrement d'accord avec l'énoncé, encerclez le chiffre 7. Si vous êtes entièrement en désaccord avec l'énoncé, encerclez le chiffre 1. Utilisez les numéros entre les deux pour décrire les variations entre les extrêmes.

1. Le(la) thérapeute se soucie de moi en tant que personne.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

2. Le(la) thérapeute et moi ne sommes pas d'accord sur les objectifs pour cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

3. Mon partenaire et moi nous nous entraînons dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

4. Mon partenaire et moi ne nous sentons pas de la même façon au sujet de ce que nous voulons ressortir de cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

5. Je fais confiance au(à la) thérapeute.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

6. Le(la) thérapeute n'a pas les compétences et la capacité d'aider mon partenaire et moi avec notre relation.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

7. Mon partenaire se sent accepté par le(la) thérapeute.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

8. Le(la) thérapeute ne comprend pas la relation entre mon partenaire et moi.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

9. Le(la) thérapeute comprend mes objectifs en thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

10. Le(la) thérapeute et mon partenaire ne sont pas d'accord sur les objectifs de cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

11. Mon partenaire se soucie du(de la) thérapeute en tant que personne.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

12. Mon partenaire et moi ne nous sentons pas en sécurité l'un avec l'autre dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

13. Mon partenaire et moi nous comprenons les objectifs de l'un et l'autre pour cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

14. Le(la) thérapeute ne comprend pas les objectifs que mon partenaire et moi avons pour nous-mêmes pour cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

15. Mon partenaire et le(la) thérapeute sont d'accord sur la façon que la thérapie est menée.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

16. Le(la) thérapeute ne me comprend pas.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

17. Le(la) thérapeute aide mon partenaire et moi avec notre relation.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

18. Je ne suis pas satisfaite de la thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

19. Mon partenaire et moi comprenons ce que chacun de nous fait dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

20. Mon partenaire et moi ne nous acceptons pas dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

21. Le(la) thérapeute comprend les objectifs de mon partenaire pour cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

22. Je ne me sens pas acceptée par le(la) thérapeute.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

23. Le(la) thérapeute et moi sommes d'accord sur la façon dont la thérapie est menée.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

24. Le(la) thérapeute ne m'aide pas.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

25. Le(la) thérapeute est d'accord avec les objectifs que mon partenaire et moi avons pour nous-mêmes en tant que couple pour cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

26. Le(la) thérapeute ne se soucie pas de mon partenaire en tant que personne.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

27. Mon partenaire et moi sommes d'accord sur les objectifs pour cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

28. Mon partenaire et moi ne sommes pas d'accord sur ce que nous devons chacun faire dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

29. Le(la) thérapeute a les compétences et la capacité de m'aider.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

30. Le(la) thérapeute n'aide pas mon partenaire.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

31. Mon partenaire est satisfait avec la thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

32. Je ne me soucie pas du(de la) thérapeute en tant que personne.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

33. Le(la) thérapeute a les compétences et la capacité d'aider mon partenaire.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

34. Mon partenaire et moi ne sommes pas contents de ce que chacun de nous fait dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

35. Mon partenaire et moi nous nous faisons confiance dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

36. Mon partenaire et moi ne faisons pas confiance au(à la) thérapeute.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

37. Le(la) thérapeute se soucie de la relation entre mon partenaire et moi.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

38. Le(la) thérapeute ne comprend pas mon partenaire.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

39. Mon partenaire et moi nous nous soucions de l'un et l'autre dans cette thérapie.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1

40. Le(la) thérapeute n'apprécie pas l'importance pour moi de la relation entre mon partenaire et moi.

Entièrement d'accord	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Entièrement en désaccord
7	6	5	4	3	2	1