

L'effet de la thérapie conjugale axée sur l'émotion sur deux symptômes du trouble de stress post-traumatique et sur la satisfaction conjugale chez deux couples militaires

par

Geneviève Boudreault

Université du Québec en Outaouais

Département de Psychoéducation et de Psychologie

Essai Doctoral Présenté en vue de L'obtention du
Doctorat en Psychologie Clinique (D.Psy.)

Janvier 2020

Composition du jury

L'effet de la thérapie conjugale axée sur l'émotion sur deux symptômes du trouble de stress post-traumatique et sur la satisfaction conjugale chez deux couples militaires

par

Geneviève Boudreault

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Samuel Greenman Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Stéphane Bouchard, Ph.D., examinateur interne et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Michel Dugas, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Kathleen Lalande, Ph.D., examinateur externe, École de psychologie, Université d'Ottawa

Remerciements

Je voudrais remercier les militaires et vétérans de l'armée canadienne, pour avoir sacrifié vos vies, votre santé mentale pour que nous puissions être libres. Votre héroïsme a été l'inspiration de cette recherche. Je remercie les couples militaires qui ont participé à cette étude. Merci de votre confiance, merci d'avoir partagé avec moi la détresse que vous avez ramenée de la guerre à la maison. Les conjointes: merci pour votre sacrifice. Les déploiements se font en famille. Merci d'avoir accepté de partager votre conjoint, de subir la solitude des déploiements et la peur pour la sécurité de votre amoureux. Nous nous souviendrons.

Je voudrais aussi remercier mon superviseur, Paul Greenman pour avoir cru en moi, même si cette recherche était ambitieuse, pour m'avoir fait confiance et m'avoir encouragée à travers les difficultés.

Merci à Stéphane Bouchard pour son merveilleux pouvoir de vulgarisation des statistiques. J'ai même par moment trouvé cela agréable. C'est un coup de maître; merci Stéphane.

Merci au personnel de la base militaire de Val Cartier pour avoir offert gratuitement des locaux pour rencontrer les couples militaires.

Merci à Suzanne Bailey de m'avoir introduit dans plusieurs milieux militaires et de m'avoir fait découvrir R2MR (*Road to Mental Readiness*). Merci de m'avoir soutenue et m'avoir transmis cette passion de venir en aide à nos militaires qui font face à des problèmes conjugaux ou mentaux parce qu'ils se sont exposés à des événements traumatiques pour nous.

Merci à ma famille : Jean-Marie, Manon, Chloé et Simon Boudreault qui ont toujours soutenu de toutes les manières possibles et imaginables cette aventure périlleuse du doctorat. Merci d'avoir cru en moi, merci de votre patience et de votre amour.

Merci à mes amis qui m'ont encouragée, écoutée et soutenue durant mon doctorat : Pascal Talbot, Kathleen Cryans, Audrey Rancourt, Mike Bacic, Marie-Ève Campagna, Anne-Karine Gauthier, Sylvie Michaud, Allyson Lougheed, Catherine Juéry et Martin Brosseau.

Thanks to the embodiment of the ethos of the warrior, my love Aaron Dale. You are all the warriors. Your heroism, your values, and your greatness never stop to inspire me every day to be a better version of myself and to never give up. Thank you for your patience during these long months of writing and re-writing. I couldn't have done this without you.

Résumé

Les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les militaires qui reviennent d'un déploiement ont un impact sur la satisfaction conjugale. L'effet positif du soutien conjugal lorsque l'un des partenaires a un diagnostic de TSPT a été suggéré par de précédentes recherches. Deux symptômes importants du TSPT qui sont corrélés à l'insatisfaction conjugale sont l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité. Nous avons exploré l'efficacité potentielle de la Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) pour diminuer certains symptômes de TSPT (irritabilité et engourdissement émotionnel) chez les militaires et pour améliorer la satisfaction au sein de leurs relations conjugales. Afin d'évaluer l'impact de la TCÉ sur les symptômes de TSPT, les participants (deux couples) ont rempli des auto-enregistrements quotidiens et des questionnaires. Nous avons effectué des analyses de séries chronologiques sur les résultats des auto-enregistrements quotidiens après avoir établi des niveaux de base. Les résultats obtenus suggèrent une amélioration statistiquement significative du symptôme d'irritabilité chez les deux partenaires militaires, une amélioration statistiquement significative de l'engourdissement émotionnel de l'un des deux partenaires militaires et des changements statistiquement significatifs de la satisfaction conjugale de tous les participants, à la hausse pour les conjointes et à la baisse pour les militaires. Les scores critères des tests administrés avant le traitement et après le traitement ont suggéré des améliorations des symptômes de TSPT pour les militaires et une amélioration de la satisfaction conjugale de tous les participants. Ces résultats sont discutés à la lumière de facteurs méthodologiques et de facteurs reliés à la présentation clinique des deux couples.

Mots clés : militaire, thérapie conjugale axée sur l'émotion, trouble de stress post-traumatique, engourdissement émotionnel, irritabilité, satisfaction conjugale, séries temporelles.

Table des matières

Remerciements.....	iii
Résumé.....	v
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
Introduction.....	1
La culture militaire.....	2
Les déploiements	3
Impact psychologiques du déploiement.....	5
Le TSPT.....	5
La prévalence.....	6
TSPT et fonctionnement interpersonnel.....	7
Impact à long terme.....	7
Les blessures morales.....	8
L'impact psychologique du déploiement sur la conjointe	8
Santé mentale.....	9
Abus d'alcool	10
L'insatisfaction au sein de la relation conjugale.....	11
Les symptômes spécifiques de TSPT contribuant à l'insatisfaction conjugale	13
L'engourdissement émotionnel.....	14
L'irritabilité.....	15
Le soutien social et conjugal : une protection contre le développement du TSPT	16
La théorie de l'attachement.....	19
Le système d'attachement adulte	20
L'attachement en lien avec le TSPT	20
L'attachement insécurisant	21

L'attachement sécurisant	22
Le lien entre l'attachement, le déploiement et le TSPT chez les militaires	23
État actuel des recherches sur les thérapies de couple avec une population militaire ayant un diagnostic de TSPT	25
La Thérapie de couple cognitive-comportementale.....	26
La Thérapie de Couple d'Approche Structurée	26
L'approche Thérapeutique Stratégique.....	26
Programmes d'éducation relationnelle	27
Limites de ces approches.....	27
L'apport de cette étude avec des couples dont le militaire a un TSPT.....	29
La thérapie conjugale axée sur l'émotion : Une approche efficace	30
La TCÉ et la régulation émotionnelle.....	32
L'efficacité de la TCÉ dans un contexte de trauma et de TSPT.....	33
Le processus de la TCÉ.....	34
La TCÉ : une approche pour les militaires	35
La présente étude	37
Objectif	37
Hypothèses.....	37
Devis de recherche.....	38
Méthode	39
Participants.....	39
Procédures.....	42
Niveaux de base	43
Interventions thérapeutiques	44
Instruments de mesure	45
Mesures quotidiennes : les auto-enregistrements	46

Questionnaire socio démographique	Error! Bookmark not defined.
Analyse des résultats	47
Inspection visuelle	48
Analyse de la signification statistique.....	49
Amélioration des symptômes mesurée par le score critere.....	51
Résultats	52
Données manquantes	52
Auto-enregistrements.....	52
Mesures remplies avant le traitement et après le traitement	53
Inspection visuelle et analyse statistiques des séries chronologiques.....	54
Hypothèse 1: Engourdissement émotionnel	54
Hypothèse 2: Irritabilité.....	54
Hypothèse 3: Satisfaction conjugale	55
Les scores pré traitement et post traitement.....	54
Hypothèse 4: Symptômes de TSPT.....	56
Hypothèse 5: Satisfaction conjugale.....	56
Discussion.....	57
Engourdissement émotionnel, irritabilité et satisfaction conjugale.....	Error! Bookmark not defined.
Couple 1.....	58
Couple 2.....	60
Commentaires généraux.....	62
L'apport de cette étude dans le domaine des traitements conjugaux pour améliorer les symptômes de la TSPT	Error! Bookmark not defined.
Limites de cette étude	65
Recommandations pour futures recherches	69
Conclusion	71

Références.....	72
Tableaux 1 - 4	98
Figures 1 - 8	102
Annexes.....	110
Annexe A : Questionnaire d'informations générales version anglophone	110
Annexe B: Questionnaire d'informations générales version francophone	111
Annexe C : Auto-enregistrements quotidiens.....	112
Annexe D: Échelle d'ajustement dyadique, version francophone	113
Annexe E: Dyadic adjustment scale, version originale anglophone	116
Annexe F: PCL-5 version originale anglophone.....	118

Liste des tableaux

- Tableau 1 *Sommaire des résultats des analyses chronologiques (ARMA)
Engourdissement émotionnel (« Aujourd'hui mes sentiments sont engourdis »)*
- Tableau 2 *Sommaire des résultats des analyses chronologiques (ARMA): Irritabilité
(«Aujourd'hui je me sens irritable et fâché»).*
- Tableau 3 *Sommaire des résultats aux analyses chronologiques (ARMA): Satisfaction
conjugale (« Veuillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur
de votre couple aujourd'hui; extrêmement malheureux, passablement
malheureux, un peu heureux, heureux, très heureux, extrêmement heureux,
parfaitement malheureux »).*
- Tableau 4 *Résultats aux mesures des symptômes de TSPT (PCL-5) et de l'ajustement
dyadique (DAS).*

Liste des figures

- Figure 1 *Graphique des analyses ARMA du militaire 1 pour la variable engourdissement émotionnel*
- Figure 2 *Graphique des analyses ARMA du militaire 2 pour la variable engourdissement émotionnel*
- Figure 3 *Graphique des analyses ARMA du militaire 1 pour la variable irritabilité*
- Figure 4 *Graphique des analyses ARMA du militaire 2 pour la variable irritabilité*
- Figure 5 *Graphique des analyses ARMA du militaire 1 pour la variable satisfaction conjugale*
- Figure 6 *Graphique des analyses ARMA du militaire 2 pour la variable satisfaction conjugale*
- Figure 7 *Graphique des analyses de la conjointe 1 pour la variable satisfaction conjugale*
- Figure 8 *Graphique des analyses ARMA de la conjointe 2 pour la variable satisfaction conjugale*

L'effet de la thérapie conjugale axée sur l'émotion sur deux symptômes de stress post-traumatique et sur la satisfaction conjugale chez deux couples militaires

Introduction

Cet essai doctoral porte sur l'effet d'une intervention thérapeutique, la Thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ), sur deux symptômes particuliers du trouble de stress post-traumatique (TSPT) vécus par deux militaires: l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité. Nous avons également examiné la satisfaction conjugale des militaires et de leurs conjointes¹. Tout d'abord, nous définirons ce qu'est un militaire et ce qu'implique le fait d'être enrôlé dans l'armée. Ensuite, nous explorerons les conséquences des déploiements sur le militaire et sur sa conjointe, ainsi que l'impact d'un TSPT sur la relation conjugale. Nous nous pencherons sur l'importance du soutien social et en particulier sur le soutien de la conjointe afin de diminuer les symptômes de TSPT. Ensuite, nous ferons un bref survol de la théorie de l'attachement et de l'effet positif d'une figure d'attachement sécurisante comme antidote aux symptômes de TSPT.

Nous explorerons en détails l'approche TCÉ et nous présenterons nos résultats qui suggèrent ce traitement comme étant potentiellement utile pour des couples en détresse dont l'un des partenaires est militaire et a un diagnostic de TSPT. Nous ciblerons spécifiquement les symptômes d'engourdissement émotionnel et d'irritabilité.

Le terme *militaire* qui sera employé dans cette étude désigne à la fois le militaire du rang et l'officier. Le terme *vétéran* désigne un militaire qui n'est plus en fonction. Selon le site des Forces armées canadiennes (Forces.ca), le militaire du rang représente l'effectif qualifié des Forces armées canadiennes jouant un rôle technique, administratif et opérationnel à l'appui des

¹ NB. Les participants militaires de notre étude étant des hommes ayant des partenaires de vie féminines, nous utiliserons dans le texte le masculin pour parler du partenaire militaire et le féminin pour parler de la conjointe.

activités quotidiennes ou des opérations militaires complexes. L'officier, quant à lui, dirige le personnel et gère les ressources dont il est responsable. Son rôle est de prévoir et d'analyser les défis liés aux activités quotidiennes ou aux opérations militaires complexes. Le terme militaire englobe dans cet essai doctoral la force régulière (temps plein) la force de réserve (temps partiel), que ce soit au sein de la marine, de l'armée de terre ou de l'aviation.

Nous utiliserons le terme *conjointe du militaire* pour décrire la partenaire romantique du militaire, unie par un mariage ou une union libre. Lorsque nous parlons de *couple militaire*, nous faisons référence à un partenaire masculin militaire et sa conjointe féminine civile.

La culture militaire

La culture militaire est différente de la culture civile. Dans un article ayant pour but d'introduire les concepts généraux de la culture militaire, Redmond et ses collaborateurs (2015) décrivent ce en quoi elle consiste. Tout d'abord, le principal objectif de tous les militaires (à des degrés différents selon les professions) est de se préparer à la guerre. Les carrières des militaires consistent à focaliser sur la mission, que ce soit en termes de soutien, de préparation, de combat ou de retour du combat. Une personne qui s'inscrit dans les forces armées subit un entraînement de base qui a pour but la socialisation à la culture militaire et la déconstruction de l'identité civile par une identité militaire (Redmond et al, 2015). Cet entraînement de base obligatoire a été décrit comme étant humiliant, dégradant physiquement et émotionnellement épuisant. La recrue apprend un nouveau langage, des nouvelles normes et différents codes. L'entraînement de base a pour but de créer un plus grand engagement envers l'armée. L'apparence physique et l'uniforme contribuent à la conformité avec les autres militaires.

On entraîne la nouvelle recrue à contrôler ses émotions et à embrasser l'éthos du héros (« *warrior ethos* »; Redmond et al., 2015), qui est un état d'esprit fondé sur un ensemble de

valeurs que tous les militaires doivent adopter : placer la mission en premier, ne jamais être vaincu, ne jamais laisser tomber et ne jamais laisser un autre militaire derrière (Moore, 2019). Les exigences de leurs métiers sont plus sévères que les normes du travail civil; les militaires peuvent travailler durant 24 heures par jour, 7 jours sur 7, les temps de vacances peuvent être annulés par un supérieur, ils peuvent être déployés de manière inattendue et dans un délai très court (Redmond, 2015).

Les déploiements

Depuis le 11 septembre 2001, les militaires canadiens participent à travers le monde à la lutte contre le terrorisme. Ces guerres sont particulièrement violentes et accroissent les risques d'exposition à un événement traumatique. À titre d'exemple, les devis explosifs improvisés (voitures avec des bombes, bombes cachées sur le bord des routes, bombes suicides) sont des armes qui sont apparues avec les guerres en Afghanistan et en Iraq (Ursano et al., 2017). Selon un rapport de la *Technology and National Security Foreign Affairs, Defense, and Trade Division* (2006), depuis 2001, ces nouvelles armes ont été responsables de la mort de plus de la moitié des soldats américains durant ces guerres (Wilson, 2006). Basham (2008), explore l'impact des déploiements sur les militaires qui luttent contre le terrorisme et explique que les guerres comme celles perpétrées au Vietnam ou en Corée se composaient de périodes de menaces intenses, mais l'ennemi était visible et identifiable, c'est-à-dire un soldat armé. En Iraq et en Afghanistan, la menace peut provenir des civils (femmes ou enfants), qui portent sur eux des devis explosifs improvisés (Basham, 2008; Ursano et al., 2017). Le militaire se retrouve donc dans une position de stress, de qui-vive constant, sans la moindre base de sécurité. Il semblerait qu'une menace imprévisible, soudaine et incontrôlable soit corrélé à la peur et à la détresse chez les soldats (Tinker et Vaughan, 2004).

Ursano et ses collaborateurs (2017) ont étudié l'association entre la fréquence d'explosion de devis explosifs improvisés par mois et les tentatives de suicide chez les militaires américains déployés lors des guerres en Iraq et en Afghanistan. Ils ont découvert que 9791 soldats ont fait une tentative de suicide entre 2004 et 2008. Ils ont comparé ces individus aux soldats dans un groupe contrôle (N = 183 826 militaires) qui n'avaient pas d'historique de tentative de suicide. Ursano et collègues ont fait des analyses de régression logistique en prenant en considération la fréquence d'explosions des devis explosifs improvisés par mois, la fréquence des déploiements et redéploiements des militaires et les caractéristiques des métiers respectifs de leur échantillon. Leur conclusion suggère que la fréquence par mois d'explosion de devis explosifs improvisés soit positivement reliée au taux de suicide chez les soldats américains lors de déploiement en Iraq et en Afghanistan, en particulier chez les nouveaux soldats (Ursano et al., 2017). Par conséquent, tel que l'explique Basham (2008), « Les traumatismes liés aux combats sont composés d'une forme d'horreur bien particulière qui implique l'exposition aux événements violents, voire terrifiants, ainsi qu'un mélange de peur, d'anxiété, de désespoir, mais aussi de fierté, d'excitation, de loyauté et de patriotisme » (p.87). Toujours selon le même auteur, le mélange de stress et d'émotions fortes créerait une exacerbation des hormones de stress au quotidien qui se doivent d'être supprimées afin de se concentrer sur la mission (Basham, 2008).

Les impacts physiques des déploiements sont considérables. Il est courant que les militaires dorment moins de 4 heures par nuit sur une longue période de temps. De plus, la durée des missions est de plus en plus longue; on rapporte qu'un militaire pourrait être déployé entre 6 et 18 mois (Jordan, 2011).

Impact psychologique du déploiement

La dure réalité pour un militaire est que lorsqu'il est déployé dans un contexte de guerre,

il est placé devant plusieurs scénarios potentiellement traumatiques pouvant mener au développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) : être témoin de ou participer à de la violence impliquant des civils, être témoin d'attentats suicides, recevoir des devis explosifs improvisés, être incapable de prévenir la mort d'un civil ou d'un frère d'armes, etc. (Basham, 2008). Ce dernier scénario est courant dans les missions de paix où les règles d'engagement sont sévères et incontournables (Fontana et al., 1992). Selon les recherches du *Walter Reed Army Institute (Mental Health Advisory Team V Operation Iraqi Freedom, 2008)*, plus le temps de déploiement est long, plus les risques de développer un TSPT ou autres problèmes de santé mentale sont élevés.

Le Trouble de stress post-traumatique

Le TSPT se définit comme étant un trouble de santé mentale se développant à la suite d'une exposition directe (ou en être témoin) à un ou plusieurs événements traumatiques, tels les menaces de mort, les menaces sexuelles ou les menaces de violence sévère. Après avoir été exposé à l'évènement traumatique, l'individu peut revivre celui-ci sous forme de pensées envahissantes, de scènes rétrospectives (*flashbacks*) et de cauchemars. S'ajoutent des changements à l'humeur et aux cognitions, une augmentation de l'hypervigilance, de l'hyperréactivité, de l'irritabilité, de l'engourdissement émotionnel, de la dépersonnalisation et une capacité réduite à se rappeler les détails du traumatisme (*American Psychiatric Association, APA, 2013*). Selon Brockman et ses collaborateurs (2015), près de 50% des militaires auraient vu un frère d'armes ou un civil mort ou grièvement blessé et 45% ont dû porter un civil ou un frère d'armes blessé dans leurs bras (Brockman et al., 2015; Polusny et al., 2011). De telles expériences peuvent déclencher un TSPT, dont la prévalence, souvent en combinaison avec l'anxiété et la dépression, est élevée chez les militaires.

Prévalence

À titre d'exemple, parmi les militaires déployés en Iraq, on rapporte un taux de TSPT, de dépression majeure et d'anxiété généralisée entre 15,6 % et 17,1 %. Pour les militaires déployés en Afghanistan, le pourcentage est de 11,2% (Hoges et al., 2004). Une autre étude menée par le département de la Défense nationale américaine avance que 20,3% des soldats de l'armée régulière et 42,4% des soldats de la réserve revenant d'un déploiement en Iraq ont dû consulter pour des troubles de santé mentale (Milken et al., 2007). Dans une étude récente auprès de 341 militaires vétérans canadiens, King et ses collaborateurs (2020) ont découvert une forte association entre les expériences lors des déploiements (notamment l'expérience du combat, l'exposition à des événements traumatiques et les blessures morales) et la sévérité des symptômes de TSPT, de dépression et d'anxiété (King, 2020). Dans cette étude on rapporte que 73,5% des soldats de leur échantillon avaient des symptômes de TSPT; 66,9% avaient des symptômes de dépression majeure et 62,2% avaient de l'anxiété généralisée. Les deux tiers des soldats de l'échantillon avaient les trois diagnostics en comorbidité. On rapporte dans cette étude que dans 74,3% des cas, la sévérité des symptômes était due à l'exposition à des corps ou des débris humains, 70% des cas avaient subi de l'hostilité de la part des civils, 69,9% d'entre eux connaissaient un frère d'arme mort en mission, et dans 69,4% des cas, la sévérité des symptômes était liée au fait de travailler dans un endroit connu pour y avoir des devis explosifs improvisés (King et al., 2020). Sareen et son équipe (2007) ont effectué des recherches sur 8 441 militaires canadiens actifs. Leurs résultats indiquent que 14,9% d'entre eux rapportaient des troubles de santé mentale; 6,9% ont eu des symptômes de dépression et 2,3% ont reçu un diagnostic de TSPT après un déploiement (Sareen et al., 2007). Seal et ses collaborateurs (2009) ont étudié un échantillon de 289 328 vétérans qui ont été déployés en Iraq et en Afghanistan. Parmi ceux-ci,

37% ont reçu un diagnostic de santé mentale, plus précisément, 22% ont reçu un diagnostic de TSPT et 17% ont reçu un diagnostic de dépression (Seal et al., 2009).

TSPT et fonctionnement interpersonnel

Plusieurs symptômes de TSPT ont un effet sur le fonctionnement interpersonnel. Les individus ayant ce diagnostic ont, par exemple, tendance à se blâmer à l'excès et à ressentir une culpabilité aiguë (Richardson et al., 2020). Pour éviter de ressentir ces émotions perturbantes, l'individu peut développer un mécanisme de défense d'engourdissement émotionnel, qui entraîne un affect restreint et une incapacité à ressentir des émotions, y compris des émotions positives comme l'amour (Jordan, 2011). Par conséquent, chez une population militaire, le TSPT est associé à l'abus de substances, à une image de soi négative, à une attitude cynique face à la société, à la culpabilité du survivant, à une tendance à réagir de manière tactique aux événements stressants, à une hypersensibilité à l'injustice, à des insatisfactions conjugales et sexuelles et à une impression d'être endommagé de manière permanente (Lambert et al., 2012; Taft et al., 2011).

Impact à long terme

Les effets du déploiement se font sentir longtemps après le retour à la maison après un déploiement. Une étude ayant pour but de voir les effets à long terme d'un TSPT lors d'un déploiement a révélé que même 20 ans après un déploiement, les militaires ou vétérans continuaient à rencontrer le score indiquant un TSPT tel que mesuré sur le PCL-5 (Lee et al., 2020). Boulos et Zamorski (2013) rapportent les effets du déploiement en Afghanistan sur 30 000 militaires. Dans leur échantillon, huit ans après leur retour, 20% d'entre eux ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale (dépression ou TSPT) en raison d'évènements traumatiques vécus au cours de leur déploiement. À Kandahar, où les risques pour la sécurité

étaient plus élevés, ce taux passait à 28% (Boulos et Zamorski, 2013). Une autre étude sur les vétérans d'Iraq et d'Afghanistan a démontré que les troupes américaines revenant d'un déploiement ont vécu des difficultés lorsqu'ils ont dû se réadapter à la vie civile; les chercheurs ont enregistré une augmentation de la colère et de l'hostilité (Elbogen et al., 2010).

Les blessures morales

De plus, il n'est pas rare que les militaires aient l'impression d'avoir trahi leurs propres valeurs personnelles pour suivre les règles d'engagement, ce qui résulte en ce que les chercheurs ont appelé une « blessure morale », qui se définit comme étant une expérience où un individu provoque ou ne réussit pas à prévenir un acte qui transgresse son code moral ou ses valeurs personnelles (Litz et al. 2009; Maguen et Litz, 2012; Richardson et al., 2020). Dans une revue de littérature de plusieurs articles traitant des blessures morales, Richardson explique que lors d'un diagnostic de TSPT, l'individu est victime de l'acte traumatique alors que lorsqu'on parle de blessure morale, c'est l'individu qui est l'auteur de l'acte traumatique (Richardson, 2020). En effet, plusieurs situations peuvent être troublantes et ambiguës pour un militaire en théâtre opérationnel : le fait de tirer ou non sur un véhicule qui semble suspect; l'envie de se venger quand le sens de la justice de l'individu est compromis; et le comportement à suivre lorsque les ennemis sont des civils, des femmes ou des enfants (Bryan et al., 2018; Litz et al., 2009). Bryan (2018) avance que la blessure morale et le TSPT sont deux construits différents avec leurs caractéristiques propres; nous retrouvons dans le diagnostic de TSPT la perte de mémoire, la peur et des scènes rétrospectives; dans la blessure morale nous retrouvons de l'anhédonie, de la honte, de la difficulté à faire confiance et de la difficulté à pardonner (Bryan, 2018).

Bien que plusieurs symptômes de TSPT et de blessure morale se chevauchent (p. ex., la

colère, la dépression, l'anxiété, l'insomnie, les cauchemars et les comportements de coping), un individu ayant une blessure morale en comorbidité avec un TSPT est plus susceptible de faire une tentative de suicide (Bryan et al, 2018). Dans la présente étude, nous parlerons de symptômes de TSPT. Cependant, nous nous sommes rendus compte en cours de route qu'un partenaire militaire de notre échantillon avait aussi une blessure morale.

Pour résumer, nous pouvons dire qu'un déploiement peut changer fondamentalement un individu. Quand le déploiement prend fin, le militaire retourne au pays et doit se réintégrer au milieu familial et tenter de retourner à la vie normale, alors que pendant plusieurs mois, il a possiblement côtoyé l'horreur et la mort (Blow et al., 2015). Le militaire qui revient à la maison peut avoir été transformé par ce dont il a été témoin. Il peut avoir beaucoup de mal à se réintégrer à sa vie d'avant, à ressentir des émotions positives pour sa conjointe et ses enfants et à reprendre la routine (Jordan, 2011).

L'impact psychologique du déploiement sur la conjointe

Par conséquent, plusieurs chercheurs rapportent une forte corrélation entre les déploiements et la détérioration des relations conjugales. Dans une revue de littérature publiée entre 2001 et 2010 ayant pour but d'analyser l'impact des déploiements en Iraq et en Afghanistan sur les conjointes des militaires, les chercheurs ont recensé 14 études suggérant un lien entre les déploiements et les troubles de santé mentale (dépression, trouble du sommeil, anxiété, stress aigu et trouble de l'adaptation) chez celles-ci (de Burgh et al., 2011).

Santé mentale

Une recherche menée auprès de 105 conjointes de militaires déployés rapporte que l'anxiété vécue avant et pendant le déploiement est plus élevée que celui des conjointes des

militaires non déployés (Padden, Connors et Agazio, 2010). Warner et son équipe (2009) ont étudié un groupe de conjointes qui se préparaient au déploiement de leur partenaire militaire; 43% d'entre elles ont rencontré les critères cliniques de dépression modérée ou sévère et 88.5% d'entre elles rapportaient vouloir recevoir de l'aide psychologique durant le déploiement de leur partenaire (Warner et al., 2009). Quatre-vingt-cinq pourcent des conjointes de militaires considèrent que le déploiement a été l'évènement le plus stressant de leurs 5 dernières années de vie de couple (Dimiceli, Steinhardt et Smith, 2009). Elles rapportent les facteurs suivants comme étant les principales sources de stress : l'anxiété pour la sécurité de leur conjoint, la peur de l'inconnu, l'impression de n'avoir aucun contrôle, la solitude, les problèmes de communication (liés à la logistique), l'équilibre entre les responsabilités familiales et professionnelles et les soins donnés aux enfants. Eaton et ses collaborateurs (2008) ont étudié les symptômes des conjointes à la suite d'un déploiement; 20% des conjointes rapportaient que le stress vécu pendant le déploiement avait eu un impact négatif sur leur qualité de vie. De plus, elles satisfaisaient les critères cliniques de dépression majeure ou d'anxiété généralisée (Eaton et al., 2008). Plus de 250 000 conjointes de militaires déployés en Iraq et en Afghanistan ont rapporté une corrélation entre le déploiement prolongé de leur conjoint et le développement chez celles-ci de problèmes de dépression ou d'anxiété; plus la durée du déploiement est longue, plus le pourcentage des symptômes de dépression, de stress aigu, de trouble d'ajustement et de troubles du sommeil chez les conjointes augmente (Mansfield et al., 2010; Renshaw et Campell, 2011).

Abus d'alcool

L'alcool serait une stratégie de coping pour faire face aux défis liés à la réintégration familiale. Blow et ses collaborateurs (2013) ont mené une étude sur 661 couples de la Garde nationale américaine dans les 90 jours suivant le retour du déploiement du militaire. Ils ont

découvert que 11% des conjointes remplissaient les critères diagnostiques d'alcoolisme sévère (Blow et al., 2013). Une autre étude a été menée par Vest et son équipe (2018) sur 248 couples (provenant de la réserve et de la Garde nationale de l'armée américaine). Les chercheurs rapportent que le déploiement du militaire et son retour sont associés à de sévères et fréquents abus d'alcool chez la conjointe (Vest et al., 2018). Ces abus d'alcool seraient liés aux changements dans la personnalité du militaire qui a été exposé à des événements traumatiques (Vest et al., 2018). Les déploiements ont donc des conséquences psychologiques sur les deux partenaires. Les effets négatifs sont amplifiés quand le militaire déployé est exposé à un événement traumatique et revient avec un diagnostic de TSPT.

L'insatisfaction au sein de la relation conjugale

Des chercheurs ont suggéré que les conjointes des militaires aient eu un taux de satisfaction conjugale plus bas que les groupes civils contrôles, souvent en lien avec le TSPT de leur partenaire et les stratégies de coping néfastes, telle la consommation d'alcool (Evans et al., 2003; Galovski et Lyons, 2002; Karney et Crown, 2007). Deux méta analyses ont relevé une association entre le TSPT du partenaire militaire et la discorde conjugale (Lambert et al., 2012; Taft et al., 2011). Comme l'ont démontré quelques chercheurs, il semblerait que la relation entre les symptômes de TSPT chez le militaire et l'insatisfaction conjugale soit bidirectionnelle; les symptômes de TSPT contribuent à l'insatisfaction conjugale et l'insatisfaction conjugale peut aggraver les symptômes de TSPT (Blount et al., 2017; Monson et al., 2012). À titre d'exemple, Allen et ses collègues (2011) ont étudié un échantillon de 434 couples dont le partenaire était militaire dans l'armée américaine qui venaient de vivre un déploiement. Leurs résultats suggèrent que les symptômes de TSPT des militaires revenant d'un déploiement aient un impact négatif sur leur satisfaction conjugale. Ceux-ci ont rapporté avoir moins confiance dans leur

relation conjugale et être insatisfait de leur communication avec leur conjointe (Allen et al., 2011). Caska-Wallace et ses collaborateurs (2019) ont comparé un groupe de 32 vétérans ayant un diagnostic de TSPT et leurs conjointes à un groupe de 33 vétérans n'ayant pas de diagnostic de TSPT et leurs conjointes. En comparaison avec le groupe contrôle, les couples dont le partenaire avait un diagnostic de TSPT rapportaient plus de détresse psychologique, des insatisfactions sexuelles, une augmentation des conflits, une piètre communication, des comportements agressifs et une diminution du temps de loisir (Caska-Wallace et al. 2019).

Les résultats d'une autre étude de 138 vétérans portugais analysant le lien entre le TSPT et les insatisfactions conjugales rapporte que les vétérans avec un diagnostic de TSPT ont eu un score élevé d'insatisfaction conjugale et sexuelle, et ce, 40 ans après la fin de la guerre coloniale à laquelle ils avaient participé (Pereira et Pereira, 2019). Ahmadi et son équipe (2007) ont découvert que 45% des vétérans américains ayant un diagnostic de TSPT étaient insatisfaits sexuellement et que 11% vivaient une grave détresse conjugale (Ahmadi et al., 2007). Une autre étude menée sur 45 soldats revenus d'Afghanistan et d'Iraq a proposé que les symptômes du TSPT étaient corrélés à une augmentation de la détresse conjugale (Nelson Goff et al., 2007). Bakhurst et son équipe (2018) ont obtenu des résultats similaires; une étude faite avec 31 militaires australiens et leur conjointe a suggéré une association entre les symptômes de TSPT et l'insatisfaction conjugale (Bakhurst et al. 2018).

Gewirtz et ses collaborateurs (2010) ont effectué une étude longitudinale avec 468 militaires de la Garde nationale américaine qui ont été déployés en Iraq pendant 16 mois en moyenne (Gerwitz et al. 2010). Les participants ont complété le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976) et des mesures d'intensité du TSPT. Ils ont mesuré leur score rencontré lors du premier mois suivant leur retour de déploiement et ont mesuré les mêmes variables 12

mois après leur retour de déploiement pour voir les impacts de leur TSPT sur la satisfaction conjugale. Les résultats démontrent que plus les symptômes de TSPT étaient élevés, plus grande était l'insatisfaction conjugale chez ces militaires (Gerwitz et al. 2010). Knobloch-Fedders et al. (2017) ont filmé des interactions entre 64 couples militaires avec ou sans diagnostic de TSPT. Ils ont découvert que les couples dont le partenaire militaire avait un diagnostic de TSPT faisaient preuve de plus d'hostilité, se blâmaient l'un l'autre, étaient contrôlants, boudaient, ne s'affirmaient pas et faisaient moins d'efforts pour connecter avec leur partenaire; les deux partenaires contribuaient à cette dynamique hostile (Knobloch-Fedders, et al. 2017). Finalement, dans une étude avec 185 vétérans, Meis et ses collaborateurs (2013) ont découvert que 85% d'entre eux considéraient que leurs symptômes de TSPT avaient un impact négatif sur leur relation conjugale. Comme le suggèrent les résultats des études mentionnées, un diagnostic de TSPT peut créer beaucoup de dommages dans la relation entre un militaire et sa conjointe. Certains symptômes spécifiques du TSPT contribuent à augmenter la détresse des couples militaires.

Les symptômes spécifiques de TSPT contribuant à l'insatisfaction conjugale

Bien qu'un diagnostic de TSPT en général soit corrélé à des insatisfactions conjugales, nous nous sommes interrogés sur la constellation de symptômes du TSPT et comment certains symptômes spécifiques pourraient avoir une influence sur la satisfaction conjugale des partenaires. Les résultats de plusieurs études suggèrent une association entre les deux symptômes de TSPT suivants et la détresse conjugale: l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité (Brockman et al., 2015; Knobloch-Fedders et al., 2017; Monson et al., 2011; Renshaw, Rodrigues & Jones, 2008; Renshaw et al., 2011; Taft et al., 2008, 2009, 2011). Nous avons donc choisi de nous concentrer sur ces deux symptômes en particulier. Dans certains cas, la recherche

nous indique que les insatisfactions conjugales sont vécues par les deux partenaires, dans d'autres cas, seul le partenaire militaire a été testé. Nous pouvons cependant penser que si l'un des partenaires est insatisfait dans son couple, l'autre partenaire doit le ressentir (Nelson Goff et Smith, 2005).

L'engourdissement émotionnel

L'engourdissement émotionnel est l'impact fonctionnel d'un trauma sur un individu; il peut être défini comme étant une incapacité à demeurer en contact avec des pensées et des émotions reliées à l'évènement traumatique vécu (Brockman et al. 2015). Certains militaires suppriment leurs émotions par des distractions solitaires, par exemple regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo ou dormir (Sherman, Zanotti et Jones, 2005). En conséquence, certaines conjointes remarquent que leur partenaire n'arrive plus à exprimer ses émotions lors du retour de déploiement (Nelson Goff et Smith, 2005). Lorsque la conjointe fait une tentative de connexion émotionnelle, le militaire pourrait l'ignorer, se montrer distrait, manquer d'empathie et être invalidant (Sherman et al., 2005). Les interactions avec les proches deviennent donc très difficiles. Certains auteurs suggèrent que l'engourdissement émotionnel soit la cause principale des insatisfactions conjugales des deux partenaires (Knobloch-Fedders et al., 2017; Renshaw et Campbell, 2011). Knobloch-Fedders mentionne : « Il y a beaucoup de preuves que l'engourdissement émotionnel est la raison de plusieurs, si ce n'est pas de toutes les associations entre les symptômes de TSPT et les problèmes au sein des relations » (Knobloch-Fedders, 2017, p.257, traduction libre). Selon le même auteur, le symptôme d'engourdissement émotionnel du TSPT est lié à la perte d'intimité, au retrait, et à des oublis (Knobloch-Fedders, 2017).

Cook et ses collaborateurs (2004) ont isolé ce symptôme comme étant associé aux difficultés conjugales chez les partenaires militaires, indépendamment des autres symptômes de

la constellation du TSPT et de la sévérité du diagnostic (Cook et al., 2004). Lunney et Shnurr (2007) ont étudié 319 vétérans américains et ont découvert que le symptôme d'engourdissement émotionnel était celui ayant un impact négatif sur la sphère conjugale de la vie du militaire (Lunney et Shnurr, 2018). De façon semblable, Erbes et ses collaborateurs ont mené une recherche auprès de 313 couples de la Garde nationale américaine et ont découvert que l'engourdissement émotionnel était le symptôme le plus relié aux insatisfactions conjugales du partenaire militaire (Erbes et al., 2011). Selon Campbell et Renshaw (2011), qui ont étudié un échantillon de 206 militaires provenant de la Garde nationale et leurs conjointes, seul l'engourdissement émotionnel était lié à la détresse conjugale des deux partenaires, suggérant notamment que ce symptôme particulier était préjudiciable pour les conjointes (Renshaw et Campbell, 2011). Nous retrouvons par ailleurs quelques autres études suggérant que l'engourdissement émotionnel crée de la détresse chez la conjointe (Monson et al., 2009; Renshaw, Blais et Caska, 2011). Si la conjointe est elle-même en détresse en réaction à l'engourdissement émotionnel de son partenaire militaire, il est difficile d'apporter son soutien. Brockman et son équipe (2015) ont mené une étude sur 184 membres de la Garde nationale et rapportaient que si la conjointe réagit de manière agressive à l'engourdissement émotionnel de son conjoint, la détresse de celui-ci augmente; ils ont rapporté une augmentation de l'engourdissement émotionnel et une diminution de l'implication familiale et sociale du militaire. Les symptômes d'engourdissement émotionnel peuvent donc grandement interférer avec la réintégration d'un militaire avec son conjoint au retour d'un déploiement (Brockman et al. 2015; Erbes et al. 2011). L'irritabilité est l'autre symptôme du TSPT identifié par plusieurs chercheurs comme étant associé aux insatisfactions conjugales.

L'irritabilité

Quelques auteurs se sont attardés sur la corrélation entre l'irritabilité et les insatisfactions conjugales chez une population militaire puisque l'irritabilité provoque une escalade rapide des conflits. Knobloch-Fedders (2017) et ses collègues ont analysé les comportements des militaires avec un TSPT durant des discussions avec leurs conjointes. Ils ont constaté que l'irritabilité se manifestait par des comportements d'hostilité, un manque de chaleur envers la conjointe et une difficulté à contrôler les gestes et paroles agressives (Knobloch-Fedders et al., 2017). Selon eux, ces comportements auraient un impact sur le fonctionnement conjugal et la qualité de la communication au sein du couple. À la maison, le militaire peut être tendu, anxieux et colérique, ce qui provoque plus d'hostilité lors des conflits (Allen et al., 2011). En fait, des conjointes de militaires avec un TSPT rapportent être constamment nerveuses et soucieuses de ne pas exacerber la tension dans le couple afin d'éviter de déclencher la colère du militaire (Lane et Hobfoll, 1992; Sherman et al, 2005). L'irritabilité est parfois liée à la violence; lors d'une étude avec des vétérans du Vietnam, on s'est rendu compte que 42 % des militaires avaient agressé physiquement leurs conjointes et 92% étaient psychologiquement agressifs envers leur conjointe (Byrne et Riggs, 1996).

Le soutien de la part de la conjointe étant un élément important lors du retour d'un déploiement, les symptômes de TSPT peuvent donc interférer avec la disponibilité émotionnelle de celle-ci puisque le conjoint pourrait la rejeter, l'ignorer ou être agressif.

Le soutien social et conjugal : une protection contre le développement du TSPT

Plusieurs chercheurs démontrent que le soutien social perçu (que nous désignons ainsi puisque les chercheurs que nous citons ont utilisé des mesures de soutien social auto-rapportées par les participants) est un facteur de protection important dans la prévention ou l'amélioration des symptômes du TSPT (Allen et al., 2011; Bourassa et al., 2020; Guay et al. 2006; Keane et al.

2006; Knobloch-Fedders et al., 2017; Polusny et al., 2011; Zang et al., 2017). Un sentiment de camaraderie et de cohésion parmi les membres de l'unité semble avoir pour effet d'accroître la résilience chez les militaires qui reviennent d'un déploiement (Pietrzak et al., 2010) Choi et ses collaborateurs (2020) ont analysé les données de 3079 soldats américains déployés en Iraq ou en Afghanistan. Les résultats de leur étude suggèrent que même chez un individu avec une prédisposition génétique pour la dépression, le soutien social perçu (la cohésion au sein de l'unité mesuré par la *Military Cohesion Scale* (Vaiktus, 1994) soit un facteur de protection contre la dépression majeure (Choi et al., 2020). Keane et ses collègues (2006) ont construit un modèle de prévention du TSPT chez les militaires et stipulent que le manque de soutien social au retour du déploiement est le plus grand risque de vulnérabilité au développement du TSPT (Keane et al. 2006). Polusny et son équipe (2011) ont mené une étude auprès de 522 membres de la Garde nationale qui ont été déployés en Iraq de mars 2006 à juillet 2007. Leurs résultats démontrent que les militaires revenant d'un déploiement sont plus vulnérables au développement d'un TSPT s'ils n'ont pas de réseau social (Polusny et al., 2011).

Dans le même ordre d'idées, Zang et ses collaborateurs (2017) ont effectué une étude de 366 militaires en service de l'armée américaine ayant un diagnostic de TSPT après avoir été déployés en Iraq ou en Afghanistan. Ils ont découvert que le soutien social semblait diminuer les symptômes de TSPT (Zang et al., 2017). Dans une autre étude, Han et son équipe (2014) ont étudié l'association entre le soutien social et la diminution des symptômes de TSPT avec 835 participants de l'armée américaine et 173 participants de la Garde nationale. Pour les deux groupes, les militaires qui avaient un bon réseau social (amis, conjoint, famille, collègues) avaient moins de symptômes de TSPT que ceux qui n'avaient pas de soutien social au retour d'un déploiement (Han et al., 2014). Une étude de Cox et son équipe (2017) menée auprès de 90

vétérans ayant un diagnostic de TSPT a démontré que le soutien social diminuait la dérégulation émotionnelle liée au TSPT (Cox et al., 2017).

Le soutien social peut venir de différents réseaux et de diverses personnes, mais les études avec des militaires suggèrent que la conjointe ait une influence particulièrement importante, puisqu'en général, les partenaires de vie ont tendance à être la principale source de soutien à l'âge adulte dans les sociétés occidentales individualistes (Blow et al., 2015; Meis, 2012). La recherche empirique soutient cette notion. À titre d'exemple, les militaires déployés qui entretenaient une communication fréquente avec leurs conjointes ont eu des symptômes de TSPT moins sévères à leur retour de déploiement (Carter et al., 2011). Par ailleurs, selon Khaylis et ses collègues (2011), qui ont étudié 100 soldats américains de la Garde nationale, les militaires, réticents par nature à rechercher des traitements psychologiques, rapportaient être plus intéressés par des thérapies incluant leurs conjointes (Khaylis et al., 2011) que par des thérapies qui n'incluaient pas leurs conjointes. Batten et ses collègues (2009) ont fait des recherches sur 114 vétérans américains. De ceux-ci, 86% ont déclaré que leur TSPT était une source importante de stress au sein de la famille et 79% ont exprimé vouloir que leur conjointe soit impliquée dans le traitement (Batten et al. 2009).

Suite aux résultats de la littérature scientifique sur l'importance du soutien social comme étant un facteur de protection du TSPT, l'institut de médecine du département de la défense a publié un rapport recommandant aux programmes traitant les militaires et les vétérans à utiliser une approche systémique afin d'inclure la famille (DoD; *Institute of Medicine*, 2013; Mac Dermid Wadsworth et al., 2013). Rivière et son équipe (2017) ont étudié un échantillon de 2 475 militaires. Ceux d'entre eux qui avaient une relation de couple insatisfaisante, c'est-à-dire peu de soutien de la part de la conjointe, souffraient davantage de leur diagnostic de TSPT et ont eu des

scores plus élevés aux questionnaires mesurant l'anxiété, la dépression et les problèmes de santé physique en général (Rivière, Merrill et Clark-Walper, 2017). Par conséquent, il est de plus en plus indiqué par la recherche et les cliniciens d'inclure la conjointe dans le traitement du TSPT des militaires (Campbell et al., 2019; Reid et al., 1996; Weissman et al., 2011, 2017). Puisque le soutien de la conjointe semble être aussi important pour un militaire revenant d'un déploiement, surtout quand celui-ci a un diagnostic de TSPT, il est capital de comprendre l'impact d'un déploiement sur le lien d'attachement ou la connexion émotionnelle entre les deux individus.

La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement est la science des liens affectifs entre les gens (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988; Johnson, 2002). Selon la théorie de l'attachement, tous les êtres humains deviennent émotionnellement attachés à ceux qui leur prodiguent des soins et les réconfortent dans leurs vulnérabilités. Ils manifestent de la détresse quand ils sont séparés de ces êtres chers. Cette tendance naturelle aurait contribué à la survie de l'espèce humaine (Bowlby, 1969/1982, 1988). Ce système de protection inné serait un produit de l'évolution de notre espèce où un enfant, vulnérable, avait besoin des autres pour sa survie dans un monde dangereux. En cas d'anxiété ou de détresse, l'activation du système d'attachement pousse les enfants à rechercher les figures d'attachement afin de trouver protection et réconfort (Bowlby, 1969/1982, 1988). La figure d'attachement est le pourvoyeur de soins principal, généralement la mère ou le père de l'enfant.

La figure d'attachement émotionnellement disponible et chaleureuse crée un milieu où l'enfant se sent sûr de pouvoir explorer son environnement tout en sachant que si un danger survient, il pourra retourner auprès de sa figure d'attachement pour trouver réconfort et sécurité (Feeney et Thrush, 2010). Ce phénomène produit un cercle de sécurité (Marvin et al., 2002) qui

permet à l'enfant d'explorer son environnement sans crainte, sachant que sa figure d'attachement est à proximité. L'inverse est aussi vrai. Les enfants qui ne peuvent avoir confiance dans le soutien de leurs figures d'attachement parce que celles-ci ne sont pas sensibles à leurs besoins ou à leur détresse font en sorte qu'ils ne peuvent pas explorer le monde de manière confiante. Cette indisponibilité des figures d'attachement aurait tendance à laisser des traces sur sa façon de voir le monde. Par conséquent, la qualité de l'attachement (sécurisant ou insécurisant) de la part de la figure d'attachement primaire influence fortement la façon dont un individu entrera en relation dans sa vie et devient un point de départ important du style d'attachement de l'individu (Vrticka et Vuilleumier, 2012). Selon la théorie de l'attachement, les individus qui ont confiance en la présence et la disponibilité émotionnelle de leur figure d'attachement seraient moins sujets à l'anxiété. Ce système d'attachement opérera tout au long de la vie de l'individu, du « berceau au cercueil » (Bowlby, 1979, p.129).

Le système d'attachement adulte

De plus en plus de recherches scientifiques indiquent que les relations conjugales à l'âge adulte sont des relations d'attachement analogues à celles entre les enfants et leur figure d'attachement (Zeifman et Hazan, 2016). Comme chez l'enfant, le système d'attachement adulte s'active en période de stress ou à la perception d'une menace; toute menace concernant un lien d'attachement avec une figure d'attachement crée de la détresse chez l'individu (Bowlby, 1988). Le bien-être émotionnel d'un individu adulte est lié à la confiance en l'accessibilité d'une figure d'attachement en période de détresse. Chez l'individu adulte, la figure d'attachement principale a tendance à être le partenaire romantique (Bowlby, 1988; Feeney, 2007). Une relation sécurisante pourrait générer de la résilience en période de stress chez les partenaires (Wiebe et Johnson, 2017).

L'attachement en lien avec le TSPT

Selon Mikulincer et Shaver (2016), qui ont fait de nombreuses études en lien avec l'attachement adulte, il y a deux formes principales d'attachement : l'attachement sécurisant et insécurisant.

L'attachement insécurisant

L'attachement insécurisant a trois composantes : l'anxiété, l'évitement et la désorganisation. Le style d'attachement anxieux se caractérise par l'inquiétude que le partenaire ne soit pas disponible en temps de détresse et se manifeste par une recherche hyperactive de connexion où l'individu inquiet craint l'abandon et poursuit son partenaire. Cet individu pourrait faire n'importe quoi pour recevoir une réaction du partenaire. Ces individus ont besoin de l'approbation de leur partenaire et éprouvent une détresse excessive lors de la perception d'un manque de disponibilité émotionnelle (Mikulincer, Shaver et Pereg, 2003; Mikulincer et Shaver, 2016). L'attachement anxieux se caractérise par une hyper activation du système émotionnel (Mikulincer et Shaver, 2016) et est corrélé au TSPT (Elwood et Williams, 2007; Sandberg et al., 2010). Certaines études démontrent que l'attachement insécurisant est un facteur de risque pour le développement de certaines psychopathologies, notamment du TSPT (Declercq et Willemsen, 2006).

À l'opposé, le style d'attachement évitant est la suppression des besoins d'attachement afin d'éviter la détresse émotionnelle. Toute forme d'intimité, affective ou sexuelle, est évitée (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer et Shaver, 2016). Un individu qui a un style d'attachement évitant aurait du mal à demander du soutien et à se confier à son partenaire (Johnson, 2002, 2019). Les recherches dans le domaine de l'attachement démontrent que les individus avec un style d'attachement évitant font beaucoup d'efforts afin de maintenir leur indépendance et

conserver une distance émotionnelle. De plus, ces individus se régulent émotionnellement en niant leurs besoins d'attachement. À l'inverse du style d'attachement anxieux, ils ont une hypoactivation du système d'attachement (Mikulincer et Shaver, 2016; Ein-Dor et al., 2010). Certains auteurs avancent que ce type d'attachement chez les militaires est corrélé à une augmentation de la sévérité des symptômes de TSPT (Clark et Owens, 2012; Renaud, 2008).

Le troisième type d'attachement est le style d'attachement désorganisé. Ce type d'attachement se produit quand un individu a été traumatisé par une figure d'attachement primaire et se retrouve dans un état ambivalent d'amour et de peur, ayant besoin à la fois de connexion et de distance (Johnson, 2019). L'individu avec ce type d'attachement a tendance à répondre de manière incohérente et confuse aux manifestations de proximité émotionnelle; il pourrait attaquer la personne qui lui offre du soutien, démontrer qu'il n'a pas besoin des autres, mais ressentir en même temps un grand besoin de proximité émotionnelle (Johnson, 2019; Mikulincer et Shaver, 2016). L'attachement désorganisé est relié à de la détresse conjugale (Johnson, 2019).

L'attachement sécurisant

L'attachement sécurisant se caractérise par la confiance dans la disponibilité émotionnelle et le soutien d'une figure d'attachement (Ein-Dor et al., 2010). Il a été démontré que les individus adultes ayant une figure d'attachement émotionnellement disponible sont plus autonomes, acceptent plus de défis et sont plus performants lors de tâches stressantes (Feeney, 2004, 2007, 2010). Selon Feeney (2004), une relation de couple sécurisante doit remplir deux fonctions: 1) être un havre de paix et 2) une base de sécurité. La fonction « *havre de paix* » est le type de soutien reçu en période de détresse. Un partenaire doit pouvoir rassurer l'autre en période de détresse par le biais d'encouragements verbaux, de contacts physiques et d'aide concrète. La

fonction « *base de sécurité* » peut se définir comme une retraite émotionnelle sécurisante où l'individu peut venir se ressourcer au sein du couple; un endroit où il peut recevoir du soutien dans son exploration, ses découvertes et son développement personnel (Feeney, 2004).

Pour créer cette de base de sécurité au sein du couple et par conséquent, augmenter la satisfaction conjugale des couples militaires, il est important de développer la qualité de l'attachement entre les conjoints (Bowlby, 1988). Feeney (2010) utilise par ailleurs une analogie militaire pour illustrer le concept de base sécurisante : une base militaire a pour but d'être en contact avec les troupes durant la mission et de se montrer disponible en cas de besoin ou de danger. Un partenaire sécurisant soutient le partenaire dans ses objectifs et est disponible lorsque l'autre a besoin de soutien et de réassurance (Feeney, 2010). L'attachement sécurisant est la confiance en la disponibilité émotionnelle du partenaire. Les partenaires doivent pouvoir répondre positivement à cette question : « Pourrais-je compter sur toi en cas de besoin ? ». Si le partenaire se montre disponible, il est beaucoup plus facile de relever des défis et de prendre des risques (Feeney, 2010). Cette confiance dans le partenaire est associée à une impression de compétence, à une amélioration de l'humeur et à l'augmentation de l'estime personnelle (Feeney, 2007). Une relation d'attachement sécurisante contribue à la résilience et à la régulation émotionnelle en contexte de trauma (Andersen et al., 2011; Johnson, 2002).

Le lien entre l'attachement, le déploiement et le TSPT chez les militaires

Le cycle des déploiements peut avoir un impact sur l'attachement. Selon Jordan (2011), lors d'un déploiement, au lieu de compter l'un sur l'autre pour se donner du réconfort en cette période difficile, le militaire focalise sur le déploiement et la conjointe focalise sur l'ampleur des tâches qu'elle devra effectuer seule (Jordan, 2011). Quand le vétéran revient de mission, ce processus de détachement émotionnel perdure et la réintégration du militaire au sein de la famille

peut être un défi (Jordan, 2011; Makin-Byrd et al., 2011). De plus, certaines conjointes doivent faire le deuil de leur partenaire tel qu'il était avant le déploiement, en particulier lorsqu'il y a un diagnostic de TSPT (Makin-Byrd et al. 2011). Une caractéristique à la fois du TSPT et de l'attachement insécurisant est la difficulté à réguler les émotions. La théorie de l'attachement stipule que les insécurités d'un partenaire peuvent affecter les cognitions, les émotions, le comportement et la satisfaction conjugale de l'autre partenaire (Mikulincer et Shaver, 2016). Les deux partenaires sont donc interreliés; le comportement de l'un influence les réactions de l'autre et vice versa (Johnson, 2019). Par exemple, au retour du déploiement, la conjointe pourrait réagir négativement aux comportements d'évitement et d'engourdissement émotionnel de son partenaire militaire, ce qui pourrait amplifier les symptômes d'évitement de celui-ci (Jordan, 2011; Knobloch-Fedders et al., 2017).

En résumé, à la lumière de l'importance de la relation conjugale face au TSPT, nous suggérons que la thérapie de couple puisse s'avérer un moyen d'améliorer les symptômes de TSPT, et ce pour 3 raisons : 1) les deux conjoints sont affectés par le déploiement, 2) le soutien conjugal est important et est associé à une amélioration du TSPT et 3) on rapporte que les militaires désirent que leur conjointe soit plus largement impliquée dans le traitement (Batten et al., 2009; Meis, et al., 2013). Le département de la défense américaine (*Department of Defense Task Force on Mental Health*, 2007) a révélé que les problèmes au sein de la relation conjugale sont le motif de consultation le plus courant au sein des Centres de Santé Mentale des Vétérans (VAMC: *Veterans Affairs Medical Center*). Sayers et son équipe (2009) rapportent aussi que 78% des vétérans consultent pour des problèmes familiaux dans les Centres de Santé Mentale des Vétérans (Sayers et al., 2009). Par conséquent, nous croyons qu'une thérapie de couple efficace pourrait remplir le double objectif d'être une protection contre les symptômes de TSPT et

améliorer la satisfaction conjugale (Blow et al., 2015; Campbell et al., 2019; Weissman et al., 2011, 2017)

État actuel des recherches sur les thérapies de couple avec une population militaire ayant un diagnostic de TSPT

Davantage de recherches doivent être menées auprès des couples militaires afin d'évaluer les meilleures pratiques pour réduire leur détresse quand le militaire revient d'un déploiement (Blow et al. 2015; Doss et al., 2012; Kale Monk et al. 2016; Nowlan et al., 2017). Doss et ses collaborateurs (2012) ont été les premiers chercheurs à tester l'efficacité des thérapies de couple offertes aux vétérans par le biais des Centres Médical des Vétérans (Doss et al., 2012). Le type d'approche n'est pas spécifié dans cette recherche et les symptômes de TSPT n'ont pas été mesurés. Un échantillon de 177 couples militaires ont rempli des questionnaires sur la satisfaction conjugale avant et durant la thérapie de couple. Les chercheurs ont rapporté que 44% des militaires et 47% des conjointes ont démontré une augmentation de la satisfaction conjugale (Doss et al., 2012). La recommandation générale de cette étude était d'augmenter l'accessibilité des thérapies de couple puisque les militaires en retirent des bénéfices. Kugler et son équipe (2019) ont fait une méta-analyse de 7 interventions de couple avec des vétérans afin de voir l'efficacité de différents types de thérapies de couple sur la satisfaction conjugale, mais aussi sur les symptômes de TSPT. Ils ont découvert que la thérapie de couple cognitive-comportementale est l'approche la plus utilisée (Kugler et al., 2019). Les conclusions de cette méta analyse sont que la thérapie de couple pourrait être une solution efficace pour l'amélioration des symptômes de TSPT et l'augmentation de la satisfaction conjugale (Kugler et al., 2019). Voici quelques approches qui ont été utilisées avec de couples en détresse conjugale où le partenaire militaire avait un diagnostic de TSPT.

La Thérapie de couple cognitive-comportementale (*Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy : CBCT*)

Blount et son équipe (2017) ont testé la CBCT avec un couple dont le partenaire militaire avait un diagnostic de TSPT et ils ont enregistré une amélioration de la satisfaction conjugale et une diminution du score de TSPT (Blount et al., 2017). LA CBCT est une approche qui cible les cognitions et croyances dysfonctionnelles qui amplifient les effets traumatiques et améliore les stratégies de communication entre les partenaires (Blount et al., 2017). Trois autres études de cas sur la CBCT avec des couples militaires ont été testées; ils ont enregistré une augmentation de la satisfaction conjugale et une diminution des symptômes de TSPT (Blount et al., 2015; Freedman et al, 2011; Monson et al., 2008). Monson et son équipe (2012) ont également eu des résultats similaires : amélioration de la satisfaction conjugale et diminution du score de TSPT. Cependant, seulement 30% de l'échantillon de cette étude provenait d'une population militaire (Monson et al., 2012).

La Thérapie de couple d'approche structurée (*Structured Approach Therapy, SAT*)

Sautter et ses collaborateurs (2015) ont testé la thérapie d'approche structurée sur des militaires vétérans et leurs conjointes (Sautter et al., 2015). Cette approche encourage l'exposition répétée du militaire à son traumatisme par des discussions avec le partenaire, ce qui favorisent la régulation émotionnelle. Cinquante-sept couples ont reçu un traitement de 12 séances et les résultats ont suggéré une amélioration significative des symptômes de TSPT ainsi qu'une augmentation de la satisfaction conjugale chez les militaires, mais pas chez les conjointes (Sautter et al., 2015). Une autre étude de Sautter et son équipe (2009) a été menée sur SAT avec des couples militaires (Sautter et al., 2009). Cette approche focalise sur la réduction de l'évitement par des techniques de communication positive. Les résultats de cette étude indiquent

une diminution des symptômes de TSPT. Cependant, la satisfaction conjugale du couple n'a pas été mesurée (Sautter et al., 2009).

Programmes d'éducation relationnelle

Certains programmes sont en place pour aider les militaires et leurs familles. Prenons, par exemple, « La Retraite intégrative intensive pour les couples vétérans » (*Veterans Couples Integrative Retreat : VCIR*), qui focalise sur la réduction des symptômes de TSPT et favorise la réintégration familiale (Monk, Ogolsky et Bruner, 2016). Le format de cette retraite de 7 jours inclut de la psychoéducation de groupe, de la thérapie quotidienne selon une approche axée sur les solutions, de la thérapie narrative et différents types de relaxation (yoga, massages, plein air ou équitation). On a testé l'efficacité de VCIR et on a enregistré une diminution des symptômes de TSPT (Monk et al., 2016). Un autre programme d'éducation relationnelle pour les militaires et leurs conjointes est *Couple CARE (Couple Commitment and Relationship Enhancement)*. Il s'agit d'un programme de 14 heures axé sur la manière de communiquer durant un déploiement afin de garder une connexion émotionnelle malgré la distance et ainsi, prévenir les problèmes au retour du déploiement. Le format de *Couple Care* n'est pas défini; il peut s'effectuer par un aumônier ou un thérapeute, en groupe ou en individuel, lors d'une retraite ou par du matériel didactique à visionner en format DVD (Halford et al., 2017).

Limites de ces approches

En résumé, les études que nous avons mentionnées plus haut suggèrent que la thérapie de couple puissent être utile afin d'aider les couples en détresse dont l'un des partenaires est militaire et a un diagnostic de TSPT. Cependant, les résultats des études mentionnées plus haut ont beaucoup de limites. Prenons le cas de la Thérapie de couple cognitivo-comportementale (CBCT). Kugler (2019) met en lumière que les deux études de cas de Blount (2015, 2017) sont

effectuées avec des participants qui n'avaient pas de détresse conjugale avant le traitement (Kugler et al., 2019). À titre d'exemple, dans l'étude de Blount et ses collaborateurs (2017), le participant militaire avait un score pré traitement de satisfaction conjugale élevée (Blount et al., 2017). Il paraît donc difficile de suggérer le traitement comme étant une source d'amélioration de la satisfaction conjugale. Il est également difficile de dire que cette approche serait efficace sur une population militaire ayant de la détresse conjugale élevée, comme c'est souvent le cas avec des militaires ayant un diagnostic de TSPT. De plus, ces deux études sont des études de cas (Blount et al., 2015, 2017). Certaines études ont mesuré soit l'effet de la thérapie sur la satisfaction conjugale, soit sur les symptômes de TSPT. De plus, dans une étude en particulier (Monson et al., 2009) les chercheurs n'ont pas testé la CBCT exclusivement avec des militaires (12 vétérans sur un total de 40 couples).

Pour ce qui est de la Thérapie de couple d'approche structurée, les recherches de Sautter et son équipe (2009) n'ont pas mesuré la satisfaction conjugale (Sautter et al., 2009). Pour ce qui est de la thérapie d'approche stratégique, Sautter (2015) a mesuré la satisfaction conjugale et s'est rendu compte que les militaires seulement ont eu une amélioration de la satisfaction conjugale, pas les conjointes (Sautter et al., 2015). Comme les conjoints ont un impact l'un sur l'autre, une thérapie de couple efficace devrait avoir un impact sur les deux partenaires.

Pour les limites des programmes de retraite de couples, une étude sur l'efficacité de VCIR, Monk et ses collaborateurs (2016) ont enregistré une amélioration des symptômes de TSPT du militaire et les couples qui avaient un score d'insatisfaction conjugale peu élevé ont amélioré leur score, cependant, les mesures prises 12 mois après le programme ont démontré que ces améliorations s'atténuent dans le temps (Monk et al., 2016). Pour ce qui est de *Couple Care*, on a testé l'efficacité de ce programme sur la satisfaction conjugale seulement. Les critères

d'inclusion ne comprenaient pas de seuil de détresse conjugale et on a calculé le score en faisant la moyenne des scores des deux participants. Les chercheurs ont enregistré une augmentation de la satisfaction conjugale des couples qui avaient un score de satisfaction conjugale peu élevé. On n'a pas mesuré les symptômes de TSPT dans cette étude (Halford et al., 2017).

L'apport de cette recherche avec les couples dont le militaire a un TSPT

À la lumière de ces lacunes, il devient clair que plus de recherches doivent être faites afin de trouver des traitements efficaces pour les militaires aux prises avec un TSPT et leurs conjointes. Dans une revue de littérature importante, Fincham et Beach (2010) ont parlé d'un besoin urgent de faire des recherches sur l'efficacité des thérapies de couple pour les besoins particuliers d'une population militaire qui revient d'un déploiement. Les auteurs mentionnent même que l'accent de ces recherches sur les thérapies de couple efficaces devrait être le symptôme d'engourdissement émotionnel (Fincham et Beach, 2010).

Notre étude mesure l'effet de la Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) sur les symptômes d'engourdissement émotionnel et d'irritabilité et sur la satisfaction conjugale chez deux couples provenant d'une population militaire. De plus, les participants dans notre échantillon avaient des scores de détresse conjugale élevés. Comme Sautter (2015) en a fait la démonstration, les traitements qui ciblent à la fois l'engourdissement émotionnel et l'anxiété (manifestée par l'irritabilité) des militaires qui reviennent d'un déploiement contribuent à la stabilité de la dynamique conjugale (Sautter et al., 2015). La TCÉ ne cible pas spécifiquement ces symptômes en soi, mais elle encourage la vulnérabilité des partenaires, ce qui pourrait avoir un impact sur ces symptômes. Puisque les événements traumatiques ont un impact sur la régulation émotionnelle, une thérapie conjugale dont le processus est de cibler les émotions pourrait avoir un effet positif sur les partenaires (Johnson, 2019). Weissman (2017) a testé

l'efficacité de la TCÉ avec une population militaire et a obtenu des résultats significatifs et prometteurs sur l'amélioration de la satisfaction conjugale et sur les symptômes généraux de TSPT (Weissman et al., 2017). Nous croyons que la TCÉ pourrait avoir un impact sur les symptômes spécifiques d'engourdissement émotionnel et l'irritabilité des partenaires militaires.

La thérapie conjugale axée sur l'émotion : Une approche efficace

La TCÉ pourrait être le traitement de choix des couples en détresse dans un contexte où l'un des partenaires est militaire et aurait des symptômes de TSPT. Nous avons choisi cette approche en raison de la grande importance qui est accordée à l'attachement et la régulation émotionnelle (Johnson, 2019; Wiebe et Johnson, 2017). De plus, 30 ans de recherches ont fait la démonstration de son efficacité chez des couples en détresse avec ou sans pathologies (Johnson, 2019). Une récente méta analyse a évalué 9 études afin d'évaluer l'efficacité de la TCÉ et de voir si les effets perdurent. Les résultats de cette analyse suggèrent que non seulement les interventions de la TCÉ augmentent la satisfaction conjugale, mais aussi que ces résultats se maintiennent après le traitement (Beasley et Ager, 2019).

La TCÉ est une approche expérientielle et humaniste où l'on utilise des interventions systémiques afin d'améliorer la satisfaction conjugale (Lebow et al., 2012; Johnson, 2020). Le processus de changement de la TCÉ est de focaliser sur la réponse émotionnelle qui sous-tend les positions interrelationnelles négatives maintenues par le couple. La détresse en TCÉ est perçue comme étant le résultat d'une déconnexion émotionnelle et d'un lien d'attachement insécurisant au sein du couple. Le thérapeute TCÉ guide les partenaires afin qu'ils puissent identifier leurs dynamiques négatives qui sous-tendent les comportements menant à des conflits (Johnson, 2019; Wiebe et Johnson, 2017). La TCÉ est utile pour renforcer les liens d'attachement, la qualité de la relation conjugale, l'interdépendance entre les partenaires, le sentiment de sécurité, le réconfort

et la confiance mutuelle (Johnson, 2019; 2020)

Trois études avec une population générale ont été menées sur cette approche pour démontrer son efficacité en comparaison avec d'autres thérapies de couple, notamment la thérapie de couple cognitive comportementale (Johnson et Greenberg, 1985; Wittenborn et al., 2018) et la thérapie de couple systémique intégrée (Goldman et Greenberg, 1992). Les auteurs des études ont remarqué que la TCÉ a obtenu de meilleurs résultats que les thérapies cognitives-comportementales dans les domaines suivants : ajustement dyadique, intimité et réduction des difficultés conjugales. En comparaison avec la thérapie systémique intégrée, la TCÉ enregistre de meilleurs résultats sur la diminution de la détresse conjugale, les couples ont une meilleure résolution de conflits et ont l'impression d'atteindre leurs objectifs thérapeutiques (Whisman et al., 2012).

En ce qui a trait à des populations cliniques particulières, la TCÉ a démontré son efficacité en termes d'augmentation de la satisfaction conjugale dans les cas où l'un des partenaires du couple souffrait d'une dépression majeure (Denton et al., 2012; Dessaulles et al., 2003; Wittenborn et al., 2018). La TCÉ est efficace pour augmenter la satisfaction conjugale des couples où l'un des partenaires souffre d'une maladie physique, notamment, le cancer du sein (Naaman, 2008), le diabète (Greenman et al., 2012), les troubles alimentaires (Maier, 2015) et les troubles cardiaques (Larocque, 2014). Entre 86-90 % des couples en détresse rapportent une augmentation de leur satisfaction conjugale après avoir eu des séances de TCÉ et les effets perdurent dans le temps (Beasley et al., 2019; Halchuk, Makinen et Johnson, 2010; Johnson, 2019).

Les couples qui vivent de la détresse sont souvent emprisonnés dans des interactions émotionnelles intenses et négatives (Johnson, 2019; 2020). Cet état se cristallise au fil du temps et crée un cycle de désespoir et de frustration qui empêche les partenaires d'être disponibles l'un pour l'autre (Johnson, 2019; 2020). Le but de la TCÉ est que les partenaires puissent se montrer vulnérables dans le contexte sécurisant de la thérapie. Quand la vulnérabilité est exprimée, elle suscite la compassion, tandis que la colère ou l'engourdissement émotionnel suscite de la distance. Il est important de démontrer l'efficacité de cette approche avec des couples dont le militaire souffre d'un TSPT.

La TCÉ et la régulation émotionnelle

La TCÉ serait prometteur dans un contexte de trauma (Johnson, 2002). Comme le souligne l'auteur de l'approche, Dr Johnson : « Les traumas ne sont pas infligés par le partenaire, mais les effets secondaires du trauma sont rejoués dans les relations intimes des victimes avec des conséquences désastreuses. La thérapie de couple joue un rôle capital pour adresser les effets interpersonnels de l'exposition à un évènement traumatique et peut aider les partenaires à transformer leur relation en un havre de paix (...) » (Johnson, 2002, p. 5, traduction libre). Au cours du processus thérapeutique de la TCÉ, l'expression des émotions est encouragée et le but est de susciter une réponse empathique de la part du partenaire. Cette forte expérience émotionnelle est un élément clé du changement (Johnson, Makinen et Milliken, 2001; Johnson, 2002; Johnson, 2020). Le traitement TCÉ aide le couple à tolérer l'intensité des réactions affectives et d'augmenter la vulnérabilité des partenaires l'un envers l'autre. Ce processus favorise la régulation émotionnelle et est particulièrement réparateur dans un contexte de traumatisme (Blow et al., 2015; Turner, McFarlane et Van Der Kolk, 1996; Wiebe et Johnson, 2017).

Selon Coan et son équipe (2006), le lien d'attachement avec nos proches est primordial à notre capacité biologique de réguler nos émotions en période de stress (Coan et al., 2006). Une récente étude s'est penchée sur cette habileté de se coréguler après avoir reçu des séances de TCÉ. L'activation dans les zones du cerveau était mesurée (avec un fMRI : *fonctionnal magnetic resonance imaging*; imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) chez des participantes avant et après avoir reçu des séances de TCÉ avec leur partenaire. L'évènement générateur de stress était la menace de recevoir une décharge électrique. On a mesuré les participantes dans trois conditions: 1) seule dans un scanner; 2) en tenant la main d'un étranger et 3) en tenant la main de leur partenaire d'attachement. Avant les séances de TCÉ, on a noté beaucoup d'activation dans les zones du cerveau qui traitent la peur, peu importe la condition des participantes. Après avoir reçu des séances de TCÉ, les participantes démontraient une diminution neurologique du stress et rapportaient moins de douleur physique lorsqu'elles tenaient la main de leur partenaire, mais pas de réduction du stress quand elles étaient seules ou quand elles tenaient la main d'un étranger (Johnson et al., 2013). Cette étude vient appuyer la théorie qu'un lien d'attachement sécurisant crée de la résilience face au stress et que la TCÉ peut potentiellement aider les couples face aux traumatismes (Wiebe et Johnson, 2017).

L'efficacité de la TCÉ dans un contexte de trauma et de TSPT

Des chercheurs ont testé l'efficacité de la TCÉ en contexte de trauma avec un échantillon de couples dont l'un des partenaires avait reçu un diagnostic de TSPT à la suite d'un abus sexuel dans l'enfance. Plus de 50% des participants ont enregistré une amélioration de leurs symptômes de TSPT après avoir complété 19 séances de TCÉ (MacIntosh et Johnson, 2008). Dalton et ses collaborateurs (2013) ont rapporté une augmentation de la satisfaction conjugale de femmes ayant subi un abus sexuel dans l'enfance après 20 séances de TCÉ (Dalton et al., 2013).

Une étude de cas a eu des résultats prometteurs en utilisant la TCÉ pour le traitement du TSPT, en particulier par rapport à la reviviscence et à l'isolement émotionnel (Greenman et Johnson, 2012). Pour ce qui est d'une population militaire, dans une autre étude récente, Weissman et ses collègues (2017) ont étudié 7 couples militaires ayant reçu entre 26 et 36 séances de TCÉ. Les participants ont enregistré une amélioration leur satisfaction conjugale, une diminution de leurs symptômes dépressifs et une diminution des symptômes de TSPT (Weissman et al., 2017). Ces études suggèrent l'efficacité potentielle de la TCÉ pour aider les couples à créer des relations conjugales qui sont un havre de paix, qui contribuent à la résilience face aux stress et à la régulation émotionnelle. Nous croyons donc que cette thérapie de couple pourrait avoir un double objectif: diminuer les symptômes de TSPT et améliorer la satisfaction conjugale (Greenman et Johnson, 2012; Wiebe et Johnson, 2017).

Le processus de la TCÉ

Les interactions entre les membres d'un couple dont l'un des partenaires est militaire et sa conjointe peuvent être transformées au cours des trois stades de la TCÉ, eux-mêmes se divisant en 9 étapes, au cours de 8-20 séances (pour une description détaillée des stades et étapes, voir: Johnson, 2020). Le cadre théorique de la TCÉ perçoit le conjoint en poursuite (c'est-à-dire celui qui cherche à entrer en contact avec l'autre parfois par la frustration, parfois par de l'agressivité) comme un individu ayant un type d'attachement anxieux, qui cherche désespérément à connecter émotionnellement avec son partenaire. Le partenaire en retrait, quant à lui, aurait un style d'attachement évitant. Il utilise le retrait pour réprimer sa peur du rejet, son désespoir de ne pas être à la hauteur et pour supprimer les émotions négatives (Burgess-Moser et al., 2017). Le thérapeute TCÉ guide le couple afin qu'il réalise que ce cycle est le résultat de besoins d'attachement non comblés. Il y a 3 événements majeurs dans la TCÉ pour que ce processus ait

lieu : la désescalade, l'engagement du partenaire en retrait et l'adoucissement du conjoint en poursuite. Dans le processus de désescalade (au stade 1), les partenaires reconnaissent leur position dans le cycle et comprennent comment ceux-ci représentent des besoins d'attachement non comblés. Dans le réengagement du partenaire en retrait (Stade 2), celui-ci exprime ses besoins d'attachement, démontrant ainsi à son partenaire sa disponibilité émotionnelle et sa vulnérabilité (Blow et al., 2015; Burgess-Moser et al., 2017). Dans la phase de l'adoucissement du partenaire en poursuite, celui-ci, encouragé par le réengagement de son partenaire en retrait, lui fait confiance en lui partageant ses propres besoins de sécurité et de réconfort. À ce stade (Stade 3), les deux partenaires ont appris à reconnaître et à répondre positivement à l'autre dans une recherche commune de connexion émotionnelle (Burgess-Moser et al., 2017; Johnson, 2020).

La TCÉ : une approche pour les militaires

Comme suggéré par plusieurs chercheurs, la TCÉ est une approche qui aide les partenaires à diminuer les symptômes de TSPT par le biais d'une relation chaleureuse et sécurisante (Johnson, 2019; Wiebe et Johnson, 2017). La TCÉ encourage les couples à ne pas éviter les émotions inconfortables. Pour ce faire, le thérapeute favorise une relation sécurisante en encourageant les partenaires à partager leurs expériences, à se montrer vulnérables sans peur du jugement de l'autre et à répondre de façon rassurante aux expressions de vulnérabilité chez le partenaire. Les partenaires construisent ainsi ensemble un lien de confiance en la disponibilité émotionnelle de l'autre et la certitude qu'il offrira son soutien. Par conséquent, le partenaire ayant vécu un événement traumatique pourrait, dans le contexte sécurisant de la relation, se montrer vulnérable et partager ses émotions en lien avec le trauma au lieu de les engourdir ou de ressentir de la colère. Ainsi, au lieu de réagir négativement à l'engourdissement émotionnel et

l'irritabilité, le partenaire qui voit cette vulnérabilité peut devenir une source de réconfort et de soutien. Cette expérience émotionnelle correctrice est un antidote aux effets négatifs de l'exposition à un trauma. Ce processus pourrait être idéal avec une population militaire avec un diagnostic de TSPT (Blow et al., 2015).

Selon Dagleish et ses collaborateurs (2014), les individus qui suppriment leurs émotions négatives enregistrent une augmentation de la satisfaction conjugale après des séances de TCÉ (Dagleish et al., 2014). Comme nous l'avons vu, beaucoup de militaires sont conditionnés à supprimer et éviter leurs émotions afin d'être efficaces en période de stress (Jordan, 2011). La suppression des émotions (négatives ou positives) est typique du symptôme d'engourdissement émotionnel, c'est-à-dire un affect restreint et le détachement d'avec les autres (Riggs, et al., 1998; Sherman, et al., 2005). Gottman (1993) appelle le phénomène de suppression émotionnel le « mur de pierre » (*stone walling*), qui est un prédicteur important de divorces (Gottman, 2013; Gottman et Levenson, 1999). Un traitement de TCÉ pourrait aider les militaires à développer des stratégies émotionnelles plus efficaces afin d'entrer en contact avec leur partenaire à leur retour d'un déploiement (Dagleish et al., 2014).

Comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs recherches ont été menées avec une population militaire pour démontrer l'efficacité de certaines thérapies de couple, notamment la CBTC. Ces recherches se sont penchées soit sur la satisfaction conjugale, soit sur les symptômes généraux de TSPT. En ce qui a trait à la TCÉ spécifiquement, une étude s'est intéressée à l'augmentation de la satisfaction conjugale et à la diminution générale des symptômes de TSPT (Weissman et al., 2017). Peu de recherches ont été menées en utilisant la TCÉ avec une population militaire, et encore moins de chercheurs se sont intéressés aux mécanismes spécifiques des symptômes de TSPT qui influencent négativement la relation conjugale. À notre

connaissance, notre étude est la première à tenter de suggérer l'efficacité d'une thérapie de couple avec des militaires sur des symptômes spécifiques de TSPT directement reliés à la détresse conjugale : l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité. Notre étude propose que la TCÉ puisse contribuer à diminuer l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité du militaire et augmenter la satisfaction conjugale des partenaires.

La présente étude

Objectif

L'objectif principal de la présente étude était d'évaluer l'impact d'une intervention TCÉ sur deux symptômes de TSPT chez un partenaire militaire : l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité. Nous voulions également évaluer l'impact de la TCÉ sur la satisfaction conjugale des deux partenaires.

Hypothèses

- 1) Il y aura une diminution statistiquement significative des symptômes d'engourdissement émotionnel, mesurés par les auto-enregistrements quotidiens des militaires, après l'introduction du traitement TCÉ.
- 2) Il y aura une diminution statistiquement significative des symptômes d'irritabilité, mesurés par les auto-enregistrements quotidiens des participants militaires, après l'introduction du traitement TCÉ.
- 3) Il y aura une augmentation statistiquement significative de la satisfaction conjugale des deux partenaires, mesurée par les auto-enregistrements quotidiens après l'introduction du traitement TCÉ.
- 4) Il y aura une amélioration des symptômes de TSPT des participants militaires, mesurés par le PCL-5 à la fin du traitement TCÉ.

- 5) Il y aura une augmentation de la satisfaction conjugale des partenaires, mesurée par le DAS à la fin du traitement TCÉ.

Devis de recherche

Un protocole à cas unique avec des niveaux de base multiples en fonction des couples a été choisi afin d'effectuer des analyses chronologiques. Ce type de protocole a l'avantage de focaliser sur le changement chez un même individu à travers le temps (Borckardt et al., 2008; Westen et Bradley, 2005). Le sujet est le témoin de ses propres changements dans les phases prétraitement et post-traitement, c'est-à-dire qu'il devient son propre contrôle (Borckardt et al., 2008). Les analyses de séries chronologiques permettent de voir l'impact d'une intervention sur des variables au fil du temps et l'interaction entre les variations chez un même individu. Cela est particulièrement utile lorsque les participants d'une recherche sont peu nombreux, comme c'est le cas dans la présente étude. Un des avantages de ce type d'analyses est que : « la démonstration de l'efficacité d'une intervention ne se fonde généralement pas sur une comparaison avec un groupe contrôle, mais plutôt sur la comparaison du sujet avec ses comportements antérieurs ou ses comportements subséquents » (Ladouceur et Begin, 1980, p.89).

Pour effectuer des analyses de séries chronologiques, le niveau de base des variables dépendantes est mesuré pour chaque participant à chaque jour pendant la période avant le début de la phase active du traitement. Lorsque les variables dépendantes observées sont stables et stationnaires dans le temps, la variable indépendante (dans notre cas, le traitement) est introduite à des moments différents pour chaque participant. Lorsque qu'un changement dans les comportements des variables dépendantes est observé, nous pouvons supposer que le traitement en est la cause (Tabachnik et Fidell, 2013). Dans la présente étude, nous avons mesuré les trois variables dépendantes suivantes sur deux couples provenant d'une population militaire: 1)

l'engourdissement émotionnel (pour les partenaires militaires), 2) l'irritabilité (pour les partenaires militaires) et 3) la satisfaction conjugale (pour tous les partenaires). Ces variables ont été mesurées pendant une période de 4 semaines à l'aide d'auto-enregistrements quotidiens (28 auto-enregistrements). Cette phase représentait l'établissement du niveau de base du comportement des couples participants.

Un nombre minimum d'entre 20 et 50 mesures par participant est requis pour établir les niveaux de base (Vélicier et Colby, 2005). Quand les scores des auto-enregistrements se sont avérés stables et stationnaires dans le temps, nous avons introduit la variable indépendante, l'intervention TCÉ, à des moments différents pour les deux couples participants de notre étude, ce qui nous a permis d'isoler l'effet de l'intervention. L'intervention TCÉ a duré 15 semaines (105 auto-enregistrements) pour un total de 19 semaines (133 auto-enregistrements par participants au total).

En complément des auto-enregistrements, nous avons ajouté des questionnaires validés : le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976) pour mesurer la satisfaction conjugale des deux partenaires, et le *PTSD Checklist for DSM-5*, (PCL-5; Blevins et al., 2015) pour mesurer les symptômes de TSPT du militaire. Ces questionnaires nous ont permis de voir si les participants rencontraient nos critères d'inclusion. De plus, ils ont servi de mesures pré-traitement et post traitement de l'intensité des symptômes de TSPT des militaires et de la satisfaction conjugale des deux partenaires. Ces mesures nous ont permis de voir l'évolution des changements dans leur vie après l'intervention. De plus, les participants ont dû remplir un questionnaire démographique en début de traitement.

Méthode

Participants

Nous avons recruté trois couples volontaires provenant d'une population militaire. Le militaire (actif ou vétéran) devait avoir été déployé au cours des dix dernières années. Le recrutement s'est effectué de bouche à oreille et par la distribution massive de notre affiche sur le site web d'un chercheur de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Celui-ci était à la tête d'une équipe d'intervention sur la santé mentale des anciens combattants. Le recrutement s'est effectué sur une période de deux ans. Les critères d'inclusion étaient: a) le membre du couple militaire devait avoir été déployé au moins une fois durant les dix dernières années, b) le militaire devait avoir vécu une exposition au trauma et pouvait avoir un diagnostic de TSPT, c) le couple devait être en relation depuis au moins un an et d) le couple devait vivre des insatisfactions conjugales. Pour mesurer celles-ci, ils ont dû remplir le questionnaire de l'échelle d'ajustement dyadique (DAS). Nous recherchions des couples qui avaient tous les deux un score ≤ 97 , ce qui représente le score critère de détresse conjugale (Spanier, 1976). Les critères d'exclusion étaient les suivants : a) un diagnostic sévère de trouble de santé mentale autre qu'un TSPT (par exemple, des psychoses), b) un trauma crânien et c) un trouble d'alcool sévère. Les couples devaient être disponibles pour des séances hebdomadaires de 50 minutes, et ce, pour 15 rencontres, ce qui signifiait que le partenaire militaire du couple ne pouvait pas être déployé pour trois mois. Il s'est avéré que les militaires participants à notre étude étaient tous en arrêt de travail indéterminé pour des troubles de santé physique ou mentale.

En raison des critères d'inclusion, le recrutement a été un travail ardu qui a duré deux ans. Il semblerait que dans un contexte militaire, le stigma personnel et l'influence du milieu entraînent une certaine difficulté à avouer un diagnostic de TSPT en plus de vivre de la détresse conjugale. Finalement, grâce à la distribution des affiches sur le Web, trois couples ont contacté la chercheuse principale pour participer à la recherche. Deux des couples étaient originaires de la

région de Québec et le troisième couple provenait de la région de la capitale du Canada, Ottawa, le lieu géographique où la chercheuse principale conduisait l'étude.

Les partenaires du couple 1 de notre étude étaient ensemble depuis 10 ans, mariés depuis six ans et avaient deux enfants. Le militaire avait joint les rangs à 19 ans. Sa conjointe l'avait suivi au cours de ses nombreuses formations et relocations au Canada et aux États-Unis, sacrifiant ainsi sa carrière d'enseignante pour soutenir son conjoint. Le partenaire militaire était démineur pour l'armée canadienne, ce qui l'a emmené à être témoin de nombreuses scènes traumatiques. Suite à un diagnostic de TSPT et de dépression majeure, ce militaire avait été congédié pour causes de santé mentale après 20 ans de service.

Les partenaires du couple 2 étaient ensemble depuis huit ans, n'étaient pas mariés et avaient 4 enfants provenant d'unions précédentes. Le militaire n'était plus en service lors de l'étude. Celui-ci avait été témoin de la mort de ses frères d'armes lors d'une explosion de mine anti-personnel au cours de son dernier déploiement. Il avait un diagnostic de TSPT et souffrait de douleurs chroniques suite à des blessures graves subies lors de cette explosion. La conjointe avait quitté sa ville d'origine pour venir s'installer avec lui sur une base militaire et avaient eu beaucoup de mal à s'adapter à la vie en région loin de sa famille.

Pour ce qui est du couple 3, ils étaient ensemble depuis cinq ans, ils n'étaient pas mariés et avaient également des enfants d'une union précédente. Le militaire n'était plus en service pour cause de santé mentale; il souffrait d'un TSPT sévère et de blessures morales profondes. Ce qu'il avait vécu lors de son déploiement en Afghanistan l'avait profondément affecté et il avait du mal à ressentir des émotions positives. Sa conjointe manifestait beaucoup d'empathie à son égard et recherchait de tout cœur à l'aider, mais sans succès. Malgré l'enthousiasme manifesté lors de la rencontre initiale, le couple 3 a cessé le suivi lors de la troisième semaine, dans la phase

d'établissement des niveaux de base. Nous n'avons donc pas pu établir le niveau de base et par conséquent l'effet de l'intervention. Nous n'incluons donc pas dans cet essai les données de ce couple.

On requiert un minimum de 50 mesures pour faire des analyses de séries chronologiques (Tabachnick et Fidell, 2013), mais il n'y a pas de règles spécifiques sur le nombre de participants requis puisque l'on ne compare pas l'individu à une moyenne de groupe, mais à lui-même (Borckardt et al., 2008). Ces analyses permettent d'utiliser un seul sujet; l'important n'étant pas le nombre de participants, mais le nombre de mesures par participant. Pour cette raison, plusieurs études utilisant des analyses de séries chronologiques ont été faites avec 3 ou 4 participants (Ladouceur et al., 1996; Gauvreau et Bouchard, 2008; Laforest et al., 2016).

Procédures

Les participants potentiels devaient contacter la chercheuse principale par courriel. Celle-ci leur a répondu et leur a suggéré des dates afin de planifier un rendez-vous téléphonique pour que les objectifs de l'étude leur soient expliqués. Lors de cet appel, la chercheuse principale a invité les couples pour une première rencontre afin que ceux-ci remplissent les formulaires de consentement et les questionnaires. Les deux premiers couples qui ont contacté la chercheuse principale ont été invités à une entrevue initiale qui a eu lieu sur la base militaire de Val-Cartier où ceux-ci habitaient. Lors de l'entrevue initiale, la chercheuse principale a vérifié qu'ils satisfaisaient aux critères d'inclusion en leur demandant s'il y avait présence de troubles de santé mentale sévères, de traumatismes crâniens, s'il y avait de l'alcoolisme sévère et enfin, leur disponibilité à ne pas être déployés durant la durée du traitement. Ensuite, les deux partenaires en couple ont rempli le DAS pour mesurer la satisfaction conjugale et le partenaire militaire seulement a rempli le PCL-5. Ils ont tous signé un formulaire de consentement (annexes A et B)

qui avait été approuvé au préalable par le comité d'éthique de l'hôpital Montfort et de l'UQO. Ces deux comités étaient impliqués puisque des séances de TCE ont eu lieu à l'hôpital Montfort au sein du Service de psychologie de la santé, et à la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais (CSPUQO). Qui plus est, la chercheuse principale était étudiante à l'UQO et le superviseur y était professeur. La chercheuse principale a remis aux partenaires des deux couples 7 formulaires d'auto-enregistrements puisque la prochaine rencontre d'évaluation avait lieu 7 jours plus tard.

Niveaux de base

L'établissement du niveau de base des couples a débuté lors de la rencontre initiale et s'est poursuivi durant les 3 prochaines semaines de rencontres d'évaluation TCE. Lors de l'entrevue initiale, la chercheuse principale a remis 7 questionnaires par personne à remplir à chaque jour et à rapporter lors de la rencontre suivante. Lors de la deuxième semaine, les couples ont été rencontrés pour une deuxième séance d'évaluation en couple. Lors de la troisième et quatrième semaine, ils ont eu une rencontre individuelle, qui servaient également aux fins d'évaluation. Chaque semaine, les partenaires recevaient sept formulaires (format papier) d'auto-enregistrements quotidiens à remplir et à rapporter lors de la rencontre suivante. Ces enregistrements quotidiens avaient pour but d'établir un niveau de base sur les variables dépendantes suivantes : engourdissement émotionnel et irritabilité chez le partenaire militaire et satisfaction conjugale chez les deux partenaires. Les questions des auto-enregistrements étaient mesurés sur une échelle de 0-100. Comme nos variables étaient stationnaires, c'est-à-dire que la moyenne et la variance de nos observations se sont avérées stables dans le temps, nous avons introduit le traitement à la cinquième semaine pour une durée de 15 semaines.

Nous avons constaté un niveau de base stable sur les auto-enregistrements quotidiens chez tous les participants pendant les quatre premières semaines après la première rencontre. Tel qu'élaboré par Johnson (2020), les quatre premières séances de la TCÉ consistent principalement en une collecte d'informations sur le couple et sur leur historique d'attachement (Johnson, 2020). Nous considérons donc cette phase comme étant la phase passive.

Interventions thérapeutiques

Afin de s'assurer de la qualité et de la fidélité des interventions au modèle théorique de la TCÉ, la thérapie a été administrée par 2 thérapeutes candidates au doctorat en psychologie clinique dans la même année et avec une expérience clinique similaire. Ces deux thérapeutes avaient toutes les deux suivi des cours du niveau doctoral sur la TCÉ et avaient terminé la formation de base de la TCÉ du *International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy (ICEEFT)*. Une de ces thérapeutes était la chercheuse principale. De plus, elles ont été supervisées en continu par des psychologues experts en TCÉ. La thérapeute chercheuse principale a été supervisée à toutes les semaines par le Dr Normand Gingras, PhD, formateur accrédité par l'ICEEFT, et l'autre thérapeute par la Dre Mélanie Joannis, PhD, thérapeute accréditée par l'ICEEFT. Les séances ont toutes été enregistrées et analysées en détails par les superviseurs des thérapeutes à chaque semaine. Toutes les séances ont été effectuées en couple, sauf une séance individuelle par personne dans le cadre de l'évaluation initiale. Les séances étaient d'une durée de 50 minutes et ont été offertes de manière hebdomadaire. La thérapie a eu lieu au Service de psychologie clinique de la santé de l'hôpital Montfort à Ottawa pour le couple 3. Les couples 1 et 2 ont été rencontrés sur la base militaire de Val Cartier à Québec par la thérapeute chercheuse principale. Les séances ont été offertes gratuitement et ont été enregistrées avec le consentement préalable du couple.

Instruments de mesure

Mesures quotidiennes: les auto-enregistrements

Dans un protocole à cas unique avec des niveaux de base multiples, il est nécessaire d'évaluer les variables de manière quotidienne et de voir les effets au fil du temps (Kazdin, 2019). Il faut donc utiliser des mesures brèves à remplir quotidiennement. Selon Kazdin (2019), il est important d'utiliser des questionnaires qui ont été empiriquement validés. Cependant, il n'est pas toujours simple de trouver des questionnaires validés qui sont courts et mesurent exactement les variables recherchées. Il n'est pas rare de retrouver des questionnaires créés par les chercheurs pour tester des variables précises dans les études utilisant des analyses chronologiques (Fitzgerald et al., 2018; Fraser et al., 2017; Totterdell, Spelten et Pokorski, 1995). C'est pourquoi nous avons créé notre questionnaire en utilisant des items tirés de questionnaires validés. Cette méthode figure de façon proéminente dans plusieurs études (Cooley et al., 2017; Michael et Juarascio, 2019). Dans cet essai, nous avons utilisé un item du DAS pour mesurer la satisfaction conjugale et deux items du PCL-5 mesurant les deux symptômes du TSPT ciblés, soit l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité. Deux minutes suffisaient pour le remplir. Nous avons utilisé les auto-enregistrements pour établir le niveau de base et pour voir l'évolution des variables après l'introduction de la phase active du traitement TCÉ.

Variable *engourdissement émotionnel*. Le participant devait répondre à l'énoncé provenant du PCL-5: « *Aujourd'hui mes sentiments sont engourdis* ». Le participant devait encercler sur une échelle de 0-100 le niveau qui correspondait le mieux à son état du jour. Le chiffre 100 correspondait parfaitement à leur situation et le chiffre 0 ne correspondait pas du tout à leur situation.

Variable *irritabilité*. Le participant devait répondre à l'énoncé provenant du PCL-5 : « *Aujourd'hui je me sens irritable et fâché* ». Le participant devait encercler sur une échelle de 0-100 le niveau qui correspondait le mieux à son état du jour. Le chiffre 100 correspondait parfaitement à leur situation et le chiffre 0 ne correspondait pas du tout à leur situation.

Variable *satisfaction conjugale*. Le participant devait répondre à l'énoncé provenant du DAS : « *Veillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd'hui* ». Le participant devait encercler sur une échelle de 0-100 le niveau qui correspondait le mieux à son état du jour. Le chiffre 100 correspondait parfaitement à leur situation et le chiffre 0 ne correspondait pas du tout à leur situation.

Questionnaire socio démographique

Ce questionnaire permet de prendre connaissance de la distribution démographique des participants. Il comporte des informations telles que l'âge, l'ethnicité, la durée de la relation, le revenu annuel et le niveau d'éducation. Il est joint en annexe (Annexe A et B) et a été complété par tous les couples participants au moment de l'évaluation initiale seulement.

Le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976; Busby et al., 1995)

Le DAS a été administré au militaire et à la conjointe lors de l'évaluation initiale et à la fin du traitement. Cette échelle est une mesure de la détresse conjugale et consiste en 32 questions mesurant 1) le degré de satisfaction (10 items portant sur les comportements interpersonnels dans le couple), 2) le consensus (13 items qui mesurent l'entente conjugale sur différents sujets tels que les objectifs communs ou la foi), 3) la cohésion (5 items mesurant les activités partagées), 4) l'expression d'affection (4 items mesurant les interactions physiques). Nous avons utilisé le score total dans cette étude. Plus le score est élevé, plus le couple est satisfait de leur relation et moins la détresse conjugale est importante. La fidélité du DAS est

considérée comme étant bonne, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,96 pour le score total des échelles (Spanier 1976). La version originale du DAS étant en anglais, les participants francophones ont rempli le DAS en français (Baillargeon et al., 1986), qui a un coefficient de Cronbach de 0.91 pour le score total des échelles. Les scores de la version francophone se distribuent normalement et se rapprochent essentiellement des données rapportées par Spanier auprès de gens mariés (Baillargeon et al., 1986).

Le PTSD Checklist for DSM-5(PCL-5)

Ce questionnaire a été rempli par les partenaires militaires seulement au début et à la fin du traitement. Il est composé de 20 items qui mesurent l'intensité du TSPT. Les réponses sont sur une échelle de 1-4, 0 indiquant une absence de symptômes et 4 indiquant des symptômes sévères; la sévérité totale des symptômes s'évalue sur un score variant entre 0-80 (Weathers et al., 2013). Cet instrument a été validé auprès des militaires et des vétérans (Wortmann et al., 2016). Le PCL-5 possède une consistance interne satisfaisante, avec un alpha de Cronbach entre 0.56 à 0.77 (Weathers et al., 2013). Comme les deux militaires étaient parfaitement bilingues, la version anglais leur a été administrée.

Analyses

L'objectif principal de l'étude était de vérifier si la TCÉ aurait un impact sur l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité des partenaires militaires. Nous nous intéressions également à l'effet du traitement sur la satisfaction conjugale des deux partenaires. L'analyse de l'efficacité du traitement s'est faite d'abord selon la méthode et les étapes suggérées par Box et Jenkins (1970), résumées par Bouchard et son équipe (1993): 1) l'inspection visuelle des représentations graphiques des tendances des participants à l'aide du logiciel SPSS, et 2) l'analyse de séries chronologiques par ARMA (acronyme pour *auto-regressive and moving*

average, expliqué en détails plus bas; Bouchard et al.,1993; Box et Jenkins, 1970). Les inspections visuelles et l'analyse des séries chronologiques ont été faites avec les données des auto-enregistrements quotidiens. En compléments des analyses chronologiques, nous avons vérifié les scores pré traitement et post traitement avec les questionnaires que les participants ont remplis lors de la première rencontre et à la fin du traitement (le DAS et le PCL-5). Si le score post traitement signifiait une amélioration du score critère, nous pouvions suggérer une amélioration des symptômes de TSPT pour le militaire et de la satisfaction conjugale de tous les participants.

Inspection visuelle

Pour analyser les séries chronologiques, l'inspection visuelle des graphiques est considérée comme étant valide et comporte des avantages comme l'accessibilité et la facilité avec laquelle elle permet d'observer les tendances et variations dans le temps (Baer, 1977; Houle, 2009; Kazdin, 2019; Parker et Brossart, 2003). Ces inspections étaient le premier élément à observer pour chaque individu afin d'évaluer si le traitement avait eu un impact sur les variables mesurées par les auto-enregistrements. Nous avons donc créé des graphiques avec l'aide de SPSS pour chaque individu, mesurant chaque variable (l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité pour les partenaires militaires et la satisfaction conjugale pour tous les partenaires). Nous avons vérifié avec attention chacun de ces graphiques pour voir s'il y avait eu des changements après l'introduction de l'intervention TCÉ. Une pente descendante signifiait une diminution des scores de la variable mesurée et une pente montante signifiait une augmentation du score de la variable mesurée. Comme l'inspection visuelle est une source de biais pour les chercheurs, surtout dans les cas où l'autocorrélation est élevée (comme c'est le cas des observations répétées chez le même individu à travers le temps), nous avons également fait

des analyses de séries chronologiques, le principal instrument d'analyse de notre étude (Jones et al., 1977; Kazdin, 2019).

Analyse de la signification statistique

Pour cette étude, nous avons suivi les procédures ARMA établies par Box et Jenkins (1970) résumées par Bouchard (1993) pour les analyses des séries chronologiques. Ces analyses permettent de faire une évaluation de la signification statistique des changements après avoir introduit un traitement après avoir établi le niveau de base des séries chronologiques (Jones et al., 1977). La comparaison avec les niveaux de base permet d'induire que l'intervention (variable indépendante) utilisée a eu un effet sur les variables dépendantes. Pour établir les niveaux de base, nous avons utilisé les scores issus des auto-enregistrements mesurant l'engourdissement émotionnel, l'irritabilité des militaires et la satisfaction conjugale de tous les partenaires sur une période de 28 jours. Les deux couples ont commencé à des dates différentes; le couple 1 a débuté le 14 mai et le couple 2 le 28 mai. Nous avons introduit l'intervention TCE dans la cinquième semaine lorsque nos variables se sont avérées stables dans le temps.

ARMA est une procédure statistique qui permet d'estimer un modèle mathématique qui sépare la série en deux composantes : l'autocorrélation des données et la fluctuation aléatoire et indépendante des données (Box et Jenkins, 1970). La présence d'autocorrélation dans la série se vérifie soit par un paramètre d'autorégression que l'on nomme « AR » (*autoregression*), soit un paramètre de la moyenne mobile (MA pour « *moving average* »), soit une combinaison des deux (« ARMA » ; Bouchard et al., 1993; Box et Jenkins, 1970). Le paramètre AR représente la fonction d'une constante et la valeur d'une observation précédente; AR (1) signifie l'observation précédente et AR (2) signifie la deuxième observation précédente, et ainsi de suite. Le paramètre MA, quant à lui, représente l'influence des changements aléatoires dans les données recueillies.

Par conséquent, le paramètre combiné ARMA permet une évaluation de l'impact d'un traitement tout en contrôlant l'autocorrélation dans les données (Bouchard et al., 1993; Box et Jenkins, 1970).

Les analyses ont été menées de manière indépendante pour chacune des séries chronologiques (c'est-à-dire chaque variable de chaque enregistrement pour chaque participant). Ces analyses ont été faites avec le logiciel SPSS à partir des étapes de Box et Jenkins (1970). Tout d'abord (étape 1), nous avons utilisé l'approche de modélisation afin d'estimer le meilleur modèle à utiliser (AR, MA ou la combinaison ARMA) et de nous assurer de la stabilité des variables. Nous avons ensuite calculé une fonction d'autocorrélation (ACF) et une fonction d'autocorrélation partielle (PACF). Ensuite, nous avons conçu des graphiques qui représentaient ces fonctions afin de faire une estimation visuelle du modèle (Tabachnick et Fidell, 2013). Lorsque les corrélations ACF étaient significatives, cela correspondait au modèle MA. Lorsque les corrélations PACF étaient significatives, cela suggérait un modèle AR. Par conséquent, si les deux corrélations ACF et PACF étaient significatives, cela suggérait un modèle mixte (Tabachnick et Fidell, 2013).

Deuxièmement (étape 2), nous devons nous assurer que le modèle estimé était bien conforme à ce qui était attendu d'un processus temporel univarié afin de pouvoir estimer les valeurs du modèle provisoire (MA, AR ou ARMA). Tous les paramètres inclus dans le modèle devaient être statistiquement significatifs. Les données devaient démontrer qu'elles étaient 1) indépendantes les unes des autres, 2) constantes par rapport à la moyenne et 3) constantes par rapport à la variance en fonction du temps (nombre de jours). Pour ce faire, nous avons utilisé des outils diagnostics permettant de détecter l'autocorrélation significative. À l'aide de la mesure statistique Ljung-Box, nous avons systématiquement vérifié si l'ACF et le PACF des résidus

étaient tous non significatifs. Si tel était le cas, cela suggérerait un modèle acceptable. Lorsque plus d'un modèle s'avéraient acceptable, nous avons utilisé la statistique du BIC (*Bayesian Information Criterion*) normalisée afin de comparer les modèles et suggérer le modèle le plus rigoureux (le BIC le moins élevé suggère le modèle le plus rigoureux). Si l'estimation des résultats était inadéquate, il fallait retourner à l'étape 1 et s'assurer de construire un modèle plus adéquat (Box et Jenkins, 1970).

La dernière étape (étape 3), était de tester l'impact du traitement TCE sur les variables dépendantes en incluant une fonction qui mesure l'effet de l'intervention et qui permettait d'évaluer s'il y avait eu un changement statistiquement significatif dans les séries chronologiques lors de l'introduction de la phase active de l'intervention TCE. Nous pouvions suggérer que l'intervention était statistiquement significative si l'étape 3 (introduction de l'intervention) apportait des changements dans les variables dépendantes. Finalement, il fallait s'assurer de la rigueur du modèle ARMA choisi en répétant la troisième étape et en ajustant le modèle dans le cas de la présence de valeurs extrêmes (Bouchard et al., 1993; Box et Jenkins, 1970).

Amélioration des symptômes mesuré par le score-critère

Nous avons mesuré les symptômes de TSPT des militaires à l'aide du PCL-5. Cet instrument de 20 items (échelle de 0–80) est utilisé et validé avec les militaires et les vétérans (Boivin, 2016; Wortmann et al., 2016). Le score critères du PCL-5 est de 31-33. Cette mesure nous a permis de voir si le score de sévérité mesuré par le score critère était différent à la fin du traitement. Pour ce qui est de la satisfaction conjugale, nous avons utilisé le DAS. Une cote de moins de 97 sur le DAS se situe à un écart-type sous la moyennes des couples utilisés dans l'échantillon de Spanier (1976) et est considérée comme le seuil entre la détresse conjugale et

l'absence de détresse conjugale (Spanier, 1976). Nous avons pu voir si le score post traitement suggérait une amélioration au niveau de la satisfaction conjugale.

Résultats

Les hypothèses postulées au départ étaient qu'après le traitement TCÉ, il y aurait une diminution de l'engourdissement émotionnel et de l'irritabilité chez les partenaires militaires et une amélioration de la satisfaction conjugale chez les deux partenaires. Nous pensions trouver des différences statistiquement significatives (tel que mesurées par les auto-enregistrements quotidiens) et une amélioration des scores aux DAS et PCL-5, administrés au début et à la fin du traitement. Nous avons débuté les analyses en testant chacune des variables à l'aide du modèle statistique ARMA pour vérifier si les changements observés étaient statistiquement significatifs. Cependant, nous devions, avant les analyses, nous occuper des données manquantes (Velicier et Colby, 2005).

Données manquantes

Auto-enregistrements

Comme les analyses en séries requièrent une certaine discipline chez le participant (remplir les auto-enregistrements à tous les jours), il n'est pas rare de se retrouver avec des données manquantes (Laird, 1988). Selon Velicier et Colby (2005), dans les études caractérisées par les mesures répétées, en particulier si la mesure est un individu, il est courant d'observer des données manquantes (Velicier et Colby, 2005). Plus il y a de mesures, plus la chance de retrouver des données manquantes augmente. Lorsqu'il y a plus de 100 observations, il est rare de ne pas se retrouver devant ce problème (Laird, 1988; Velicier et Colby, 2005). Dans notre étude, nous avons 133 auto-enregistrements pour chaque participant. Malgré tout, un seul

participant, le militaire du couple 2, a rapporté 21 jours consécutifs de données manquantes, ce qui équivaut à 27.3 % de notre échantillon de données. Cette perte n'a pas eu lieu durant la phase d'établissement des niveaux de base mais pendant la phase de traitement. Tel que mentionné plus haut, les participants recevaient 7 formulaires à remplir à chaque semaine (un par jour). Durant 3 semaines, le participant en question mentionnait qu'il allait apporter les formulaires lors de la rencontre suivante. Cependant, cela ne s'est jamais produit et le participant a rapporté avoir perdu trois semaines de mesures quotidiennes.

Pour pallier à ce problème, nous avons utilisé des méthodes reconnues et valides pour faire la gestion de ces 21 jours de données manquantes (Velicier et Colby, 2005). En raison du pourcentage de plus de 20% de données manquantes, nous ne pouvions pas utiliser la méthode de suppression des données manquantes dans l'analyse. Nous avons donc choisi d'utiliser la méthode de substitution de la moyenne des points voisins à l'aide du logiciel SPSS. Cette méthode est celle qui est le plus souvent utilisée pour faire la gestion des données manquantes dans les analyses de séries chronologiques et permet d'estimer de manière raisonnable la pente. Nous en avons tenu compte dans les analyses effectuées (Laird, 1988, Vélacier et Colby, 2005).

Mesures remplies avant le traitement et après le traitement

Il n'y a eu aucune donnée manquante pour les questionnaires car ceux-ci ont été complétés devant la chercheuse principale au début du traitement et à la fin du traitement.

Inspection visuelle et analyses statistiques des séries chronologiques

L'inspection visuelle des analyses de séries chronologiques a été effectuée sur le couple 1 et le couple 2 à l'aide des figures 1-6 (voir en annexe). Ensuite, nous avons fait les analyses statistiques ARMA (voir Tableau 1-3). Il est à noter que le nombre total de mesures ainsi que la durée des niveaux de base et des phases d'intervention correspondent aux séries chronologiques

après avoir appliqué la méthode de substitution de la moyenne des points voisins à l'aide du logiciel SPSS. Chacun des graphiques démontre les résultats des analyses ARMA après la modélisation telle que décrite dans la section **analyse des résultats**. Ils indiquent aussi les niveaux de signification des paramètres du modèle ainsi que les significations des paramètres d'intervention (un paramètre d'intervention significatif suggère qu'il y a eu un changement statistiquement significatif à la variable avec l'introduction de l'intervention).

Hypothèse 1 : Engourdissement émotionnel

Nous avons émis l'hypothèse qu'il y aurait une diminution statistiquement significative des symptômes d'engourdissement émotionnel mesurée par les auto-enregistrements quotidiens des militaires après l'introduction du traitement TCÉ. Les résultats sont présentés au Tableau 1. L'inspection visuelle des graphiques nous emmène à voir qu'il y a eu des changements chez un des partenaires militaires après l'introduction du traitement (figure 1 et 2). Nous pouvons voir une diminution de l'engourdissement émotionnel dans la figure 1 chez le militaire 2, mais pas chez le militaire 1. Les analyses statistiques indiquent qu'il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif de l'engourdissement émotionnel du militaire du couple 1 après l'introduction de l'intervention TCÉ (voir le tableau 1). Il semble toutefois qu'il y ait eu un impact statistiquement significatif du traitement sur l'engourdissement émotionnel du militaire du couple 2 (voir le tableau 1).

Hypothèse 2 : Irritabilité

Nous avons postulé qu'il y aurait une diminution statistiquement significative des symptômes d'irritabilité mesurée par les auto-enregistrements quotidiens des participants militaires après l'introduction du traitement TCÉ (voir le Tableau 2). L'inspection visuelle des graphiques nous emmène à voir que le traitement semble avoir apporté des changements chez les

deux partenaires militaires; nous constatons aux figures 3 et 4 des graphiques signifiant une diminution de l'irritabilité chez le militaire du couple 1 et chez celui du couple 2. Les analyses ARMA indiquent une diminution statistiquement significative de l'irritabilité du militaire du couple 1 et du couple 2 après l'introduction du traitement TCÉ (voir le tableau 2).

Hypothèse 3 : Satisfaction conjugale

Nous avons postulé qu'il y aurait une augmentation statistiquement significative de la satisfaction conjugale des partenaires mesurée par les auto-enregistrements quotidiens après l'introduction du traitement TCÉ. L'inspection visuelle des graphiques nous emmène à voir que le traitement semble avoir apporté des résultats positifs chez les conjointes (voir figure 7 et 8). Nous pouvons constater une pente montante, ce qui signifie une augmentation de la variable mesurée. Pour ce qui est des partenaires militaires, nous constatons par l'inspection visuelle que cette tendance est à la baisse, ce qui signifie une diminution de la variable (voir figure 5 et 6). Les résultats des analyses ARMA sont présentées au tableau 3. Les analyses ARMA indiquent une différence statistiquement significative après l'introduction du traitement TCÉ sur la satisfaction conjugale du militaire du couple 1, mais cette tendance est à la baisse. Nous retrouvons le même phénomène, autant dans les analyses statistiques que l'inspection visuelle, chez le militaire du couple 2. Les résultats des analyses statistiques ARMA suggèrent cependant une amélioration significative du traitement sur la satisfaction conjugale de la conjointe du couple 1 et sur celle de la conjointe du couple 2 (voir le tableau 3).

Les scores des test pré traitement et post traitement

Nous avons comparé les scores aux tests administrés au début et à la fin du traitement (DAS et PCL-5).

Hypothèse 4 : Symptômes de TSPT (Tableau 4)

Nous avons émis l'hypothèse qu'il y aurait une amélioration des symptômes de TSPT des participants militaires tel que mesurés par le PCL-5. Pour cet instrument de mesure, un score d'entre 31-33 signifie que l'individu a un probable diagnostic de TSPT (Blevins et al., 2015, Boivin et al. 2016). Le militaire du couple 1 a commencé le traitement avec un score de 31 et à la fin du traitement, il avait un score de 22, ce qui suggère une amélioration de ses symptômes de TSPT. Le militaire du couple 2 a eu un score pré traitement de 49 et après le traitement, il a obtenu un score de 22; ce qui signifie également une amélioration de ses symptômes de TSPT. Ces résultats sont le reflet partiel des résultats obtenus dans les analyses statistiques. Les résultats des tests suggèrent que les deux militaires ont eu une amélioration de leurs symptômes de TSPT, mais nous ne pouvons pas conclure à 100% que cela est attribuable à l'intervention TCÉ.

Hypothèse 5 : Satisfaction conjugale

Les résultats présentés au Tableau 4 permettent de constater une amélioration de la satisfaction conjugale mesurée par le DAS chez tous les partenaires. Un score de moins de 97 sur le DAS est considéré comme le seuil entre la détresse conjugale et l'absence de détresse conjugale (Spanier, 1976). Le militaire 1 a débuté avec un score de 86 et post traitement, la mesure était de 97. Pour le militaire 2, il a débuté le traitement avec un score de 79 et après le traitement, son score était de 131. La conjointe du couple 1 a eu un score pré traitement de 60 et un score post traitement de 83. La conjointe du couple 2 a eu un score pré traitement de 96 et un score post traitement de 122. Ces résultats suggèrent que tous les participants ont eu une amélioration de leur satisfaction conjugale. Nous retrouvons une amélioration de la satisfaction conjugale du militaire 1, mais le score est cependant sur le seuil du score critère. La conjointe du couple 2 est sous le seuil du score critère, ce qui signifie qu'elle vivait toujours des insatisfactions conjugales, mais moins qu'en début de traitement. Les analyses statistique ont

enregistré une augmentation statistiquement significative de sa satisfaction conjugale. Le militaire 2, cependant, aurait eu une amélioration de sa satisfaction conjugale, ce que les analyses chronologiques n'ont pas démontré. Ces changements ont certainement eu un impact dans leur vie, mais ne signifient pas à 100% que le traitement TCÉ en est la cause.

Discussion

Le but principal de notre étude était d'observer l'impact de la TCÉ sur les couples dont l'un des partenaires est militaire sur les deux symptômes de TSPT suivants : l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité. Nous voulions aussi voir si la TCÉ aurait un impact sur la satisfaction conjugale des deux partenaires.

Engourdissement émotionnel, irritabilité et satisfaction conjugale

Le militaire du couple 1 et le militaire du couple 2 ont eu une amélioration (diminution) statistiquement significative de leurs symptômes d'irritabilité après l'introduction du traitement TCÉ. Seul le militaire du couple 2 a eu une amélioration statistiquement significative sur la variable d'engourdissement émotionnel. Ces résultats confirment donc partiellement nos hypothèses de départ. Les résultats des analyses ARMA suggèrent une amélioration statistiquement significative de la satisfaction conjugale chez les conjointes mais pas chez les partenaires militaires. Cependant, les scores obtenus aux tests suggèrent une amélioration de la satisfaction conjugale de tous les partenaires, mais nous ne pouvons pas l'attribuer nécessairement au traitement TCÉ. Ces résultats s'arriment partiellement avec nos hypothèses de départ.

Couple 1

Le militaire du couple 1 était démineur pour l'armée canadienne et a vécu de multiples déploiements. De par la nature de son métier, il a été exposé à des traumatismes intenses; il a été

témoin de la mort de ses collègues et a vu des corps démembrés suite à des explosions de bombes et de mines anti-personnel. De surcroît, ce militaire avait été témoin de et participé à de la torture de soldats ennemis. L'intensité des traumatismes vécus a été révélée en cours de traitement. La littérature scientifique sur les traumatismes vécus en zone de guerre indique que le fait d'être témoin de ou participant à la violence et la torture peut provoquer des traumatismes multidimensionnels qui posent un plus grand défi thérapeutique (Fontana et al., 1992, dans Johnson, 2002; Munjiza et al., 2017). De plus, ce militaire souffrait d'une importante blessure morale. Comme nous l'avons mentionné à l'introduction, les blessures morales aggravent le TSPT (Bryan, 2018; King, 2020). Les symptômes qui viennent se greffer au TSPT sont l'anhédonie, le manque de confiance, l'isolement social et la honte. Tous ces symptômes supplémentaires auraient pu aggraver l'engourdissement émotionnel de ce militaire, qui était potentiellement un mécanisme de défense pour se couper de ses émotions dans le but de l'empêcher de sombrer dans les regrets et la honte profonde.

Selon Bryan (2018), le sentiment de blâme typique d'une blessure morale est pire que le sentiment de culpabilité qui est caractéristique du TSPT. La culpabilité se vit comme tel : « je me sens mal de ce que j'ai fait », la honte est plutôt ce type de raisonnement : « je me sens mal de ce que je suis ». Pour ajouter au sentiment de honte, ce militaire avait vécu une impression de trahison de la part de l'armée canadienne; après avoir été dans l'armée durant 20 ans, l'intensité de ses symptômes de TSPT lui ont valu un congédiement. Il a mentionné en cours de traitement qu'il avait tellement pleuré au cours de sa vie qu'il était dorénavant incapable de produire des larmes. Par conséquent, l'engourdissement émotionnel de cet individu avait des racines profondes et peut être que 15 séances de TCE n'ont pas été suffisantes pour diminuer ses symptômes. L'ajout d'un traitement individuel axé sur l'acceptation des gestes commis, le

pardon de soi et une quête de sens aurait peut-être été nécessaire dans son cas (Bryan, 2015). Malgré tout cela, le militaire du couple 1 a eu une amélioration statistiquement significative de son irritabilité, ce qui est important en raison de la grande colère qu'il éprouvait envers l'armée canadienne qui l'avait mis à pied lorsqu'il a eu besoin d'aide psychologique. Les résultats pré traitement et post traitement du score du PCL-5 suggèrent une amélioration de ses symptômes de TSPT.

En termes de satisfaction conjugale, les deux partenaires ont démontré une amélioration de leur score au DAS, ce qui suggère une amélioration de la satisfaction conjugale, et la conjointe a eu une amélioration statistiquement significative de la satisfaction conjugale. Pendant plusieurs années, le militaire avait tenu sa conjointe à l'écart de ses émotions, évitant toute tentative de connexion de sa part, les contacts physiques et les conversations. Celle-ci était très anxieuse et comme c'est le cas dans bien des couples où l'un des membres est un vétéran, elle prenait le rôle d'aidante naturelle tout en éprouvant beaucoup de colère envers lui (Johnson, 2002). Elle tentait sans relâche d'établir un lien émotionnel mais sans succès. La TCÉ semble les avoir emmenés à établir cette connexion, qui a été un processus très ardu pour le militaire puisqu'il a dû se montrer vulnérable. Il semblerait cependant que la conjointe en ait retiré des bénéfices importants puisque la satisfaction conjugale a augmenté dans son cas. Elle a manifesté au cours du traitement un grand intérêt pour toutes les émotions que son conjoint partageait avec elle, comme si celui-ci était pour elle un mystère derrière le mur de pierre de son engourdissement émotionnel. Cependant, il est important de souligner au passage que ce militaire se blâmait à un point tel que sa vie n'avait aucun sens. Toutefois, au cours de la TCÉ, il s'est rendu compte que sa conjointe l'aimait énormément, était fière de lui et le soutenait en dépit

de tout. Il a trouvé dans cet amour une raison de vouloir survivre et la force de décider d'aller en traitement psychologique individuel dans un hôpital militaire.

Blow et ses collaborateurs (2015) ont par ailleurs suggéré la TCÉ comme étant une approche conjugale potentiellement efficace avec des militaires qui ont de la difficulté à parler de leurs émotions difficiles. En effet, cette intervention pourrait procurer une expérience émotionnelle correctrice au sentiment de blâme et de honte qui pourrait changer la vision négative que le militaire a de lui-même à la suite d'expériences traumatiques (Blow 2015). Il semble que ce processus s'est produit avec le couple 1 de notre étude.

Couple 2

Le militaire du couple 2 était un homme très anxieux et irritable, en particulier envers sa conjointe, qui par conséquent se protégeait de lui par un mur d'indifférence. En guise de protestation, il essayait maladroitement de la faire réagir en la rabaissant ou en se retirant pour consommer de l'alcool. La conjointe, épuisée des explosions de colère de celui-ci, ne réagissait plus à ses tentatives de connexion et était persuadée que celui-ci la jugeait, l'infantilisait ou la trouvait stupide. Elle éprouvait également beaucoup de colère envers lui, mais elle l'internalisait et se renfermait. Lors de la première rencontre de traitement (correspondant à la cinquième séance) un événement thérapeutique marquant a eu lieu. Le couple était dans une impasse parce qu'une blessure d'attachement avait été créée par un déploiement. Nous définissons la blessure d'attachement comme étant un moment de désarroi associé au manque perçu de la disponibilité émotionnelle de la part de la figure d'attachement dans un moment de vulnérabilité (Makinen & Johnson, 2006). Dès l'introduction du traitement actif (à la séance de la semaine 5), cette blessure a été nommée et recadrée en termes d'attachement et les conjoints ont eu un moment de grande vulnérabilité émotionnelle. La conjointe a été vraiment étonnée de constater à quel point

son conjoint l'aimait et combien il avait pris des risques afin de garder contact avec elle durant son déploiement en Afghanistan, se levant aux aurores et allant même jusqu'à risquer la cour martiale pour pouvoir entendre sa voix à tous les jours par téléphone satellite. Cette prise de conscience semble avoir eu un impact sur le réengagement de la conjointe. Cet évènement thérapeutique très tôt après l'introduction du traitement semble se refléter dans les analyses statistiques, et l'effet positif s'est poursuivi dans le temps. Cela explique peut-être l'absence de variations dans les résultats des scores des autos enregistrements et l'absence de résultats statistiquement significatifs sur la satisfaction conjugale du partenaire militaire. Cependant, pour ce militaire, il est important de souligner la diminution statistiquement significative de son irritabilité et de son engourdissement émotionnel. Cela est un important changement compte tenu des fréquentes explosion de colère de celui-ci. Nous pensons qu'une augmentation de la vulnérabilité de la conjointe a eu un impact sur son adoucissement émotionnel. Les résultats du PCL-5 vient compléter cette tendance en ce sens que ses symptômes généraux de TSPT se sont améliorés. De plus sur le score au DAS, ce militaire a eu une amélioration de sa satisfaction conjugale. La conjointe a aussi eu une augmentation statistiquement significative de sa satisfaction conjugale ainsi qu'une augmentation de son score au DAS, même si le résultat final (83) était sous le seuil du score critère (97).

Nous pouvons donc dire que la TCÉ a eu un effet généralement positif sur la relation du couple 1 et du couple 2 de notre étude. Les analyses statistiques nous permettent de constater une baisse de l'engourdissement émotionnel du militaire du couple 2 et une baisse de l'irritabilité des deux militaires. Les résultats des tests nous permettent de constater une amélioration des symptômes généraux de TSPT des militaires et une amélioration de leur satisfaction conjugale mesurée par le DAS. Les conjointes ont eu une amélioration statistiquement significative de leur

satisfaction conjugale ainsi qu'une amélioration de la satisfaction conjugale mesurée par le DAS. Ces résultats viennent partiellement s'ajouter à une étude qui a déjà suggéré un impact positif de la TCÉ sur la satisfaction conjugale de couples dont l'un des membres est militaire ayant vécu des événements traumatiques (Weissman, 2017). Weissman (2017) a fait une étude sur 7 couples dont l'un des membres est militaire avec un diagnostic de TSPT. Les résultats de cette étude suggèrent qu'après avoir reçu un traitement de TCÉ (26-36 séances), la satisfaction conjugale s'améliore et les symptômes de TSPT diminuent (Weissman et al., 2017).

Commentaires généraux

Notre recherche est une étude de l'impact de la TCÉ sur des couples militaires qui ont un TSPT et vivent de la détresse conjugale. Nous avons constaté des améliorations statistiquement significatives de la variable irritabilité chez les deux militaires et des améliorations statistiquement significatives de l'engourdissement émotionnel chez l'un des deux militaires. Les deux conjointes ont eu une amélioration statistiquement significative de la satisfaction conjugale. Les améliorations enregistrées par le PCL-5 des symptômes de TSPT chez les militaires et de la satisfaction conjugale mesurée par une amélioration du score au DAS chez tous les partenaires suggèrent que la TCÉ pourrait être un traitement de couple pouvant avoir un effet combiné d'améliorer la satisfaction conjugale et de diminuer certains symptômes de TSPT. En effet, la TCÉ peut aider les partenaires à créer au sein du couple une connexion sécurisante et réconfortante qui favorise la vulnérabilité et la régulation émotionnelle (Blow, 2015). Comme la relation deviendrait de plus en plus sécurisante, l'engourdissement émotionnel diminuerait, la confiance en l'autre augmenterait et la réorganisation du souvenir de l'évènement traumatique, au lieu d'être évitée, pourrait s'effectuer. Le partenaire peut ainsi devenir un allié pour lutter contre les symptômes de TSPT : cauchemars, reviviscence et scènes rétrospectives (Johnson,

2002). Comme il semblerait que les conjointes ont bénéficié de la TCÉ, elles pourraient être une influence positive dans l'aide apportée au partenaire militaire.

L'apport de cette étude dans le domaine des traitements conjugaux pour améliorer les symptômes de TSPT

Cette étude est la première à notre connaissance à porter sur les effets de la TCÉ sur les symptômes d'engourdissement émotionnel et d'irritabilité.

Symptômes de TSPT spécifiques

Comme nous l'avons mentionné dans notre introduction, ces deux symptômes empêchent les deux partenaires de se brancher émotionnellement au retour d'un déploiement. Dans notre étude, il a été évident que l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité des partenaires militaires donnaient l'impression à leurs conjointes qu'ils n'avaient pas d'émotions et ne se souciaient pas de la relation. L'irritabilité des partenaires militaires empêchait leur conjointe de se montrer vulnérable par peur d'être blessée. De plus, cette irritabilité favorisait chez les deux couples une escalade rapide des conflits. Cependant, au cours du traitement, les symptômes d'irritabilité ont diminué et l'engourdissement émotionnel a diminué chez l'un d'entre eux. Nous croyons que l'effet de la TCÉ sur ses symptômes qui ont un impact sur la relation pourrait avoir eu un effet sur l'amélioration de la satisfaction conjugale des conjointes.

Le type d'analyse rigoureux

Jusqu'à ce jour, la vaste majorité des recherches faites avec des couples provenant d'une population militaire ont mesuré les effets de la thérapie cognitive-comportementale pour les couples (Kugler et al., 2019; Monson et al., 2009). Monson et ses collaborateurs (2009) ont suggéré que des futures recherches devraient se pencher sur d'autres types de traitement et

utiliser des méthodes statistiques plus poussées afin de tester celles-ci. Kugler et ses collaborateurs (2019) ont exprimé les mêmes recommandations (Kugler et al., 2019). Après avoir fait une revue de littérature de 7 traitements conjugaux, Kugler et ses collaborateurs (2019) ont soulevé que la majorité des traitements appuient leurs résultats positifs sur les scores pré et post-traitement (Kugler et al., 2019). Les auteurs ont critiqué ce manque de rigueur. Notre essai suit les lignes directrices de ces recommandations en utilisant des analyses statistiques (analyses de séries chronologiques) afin de mesurer l'efficacité potentielle de la TCÉ. Nous avons également mesuré dans cet essai la satisfaction conjugale de la conjointe, ce que d'autres chercheurs n'ont pas mesuré (Kugler et al., 2019; Monson et al., 2009).

La contribution de la TCÉ avec une population de couples militaires

En général, le traitement du TSPT chez une population militaire s'effectue en thérapie individuelle. De plus en plus de recherches démontrent l'importance du soutien du conjoint dans le traitement du TSPT (Blow, 2015; Greenman et Johnson, 2012; Weissman et al., 2017). Notre étude apporte des preuves supplémentaires à l'appui de la thérapie de couple TCÉ pour aider les couples dont l'un des partenaires est militaire et a des symptômes de TSPT.

La satisfaction conjugale de la conjointe

Nous avons observé dans notre étude une augmentation de la satisfaction conjugale des conjointes. Quelques explications potentielles de ce phénomène se retrouvent dans la littérature scientifique. Carter et ses collaborateurs (2019) ont étudié 64 couples où les militaires avaient un diagnostic de TSPT. Ils ont observé que le soutien de la conjointe avait l'effet de diminuer l'affect négatif des militaires et d'augmenter leur affect positif. Plus les symptômes de TSPT étaient importants, plus il semblerait que la conjointe se sentait utile et altruiste. De plus, au lieu

de voir leur conjoint comme s'il avait changé de personnalité, elles étaient conscientes que les symptômes observés étaient la conséquence du TSPT (Carter et al., 2019). Cette nuance est importante en sachant que l'engourdissement émotionnel a un impact négatif sur la satisfaction conjugale. Nous croyons donc que l'augmentation de la satisfaction conjugale de la conjointe pourrait avoir un impact sur la symptomatologie du militaire à long terme. Il est possible que la TCÉ ait contribué à augmenter l'engagement et la compréhension des conjointes parce qu'elles se sentaient impliquées dans l'amélioration de la symptomatologie de leur partenaire. Renshaw, Blais et leurs collaborateurs (2011) ont aussi découvert dans leurs recherches que si le partenaire est en mesure de comprendre que l'engourdissement émotionnel de leur conjoint est dû à une réaction à l'exposition à un événement traumatique au lieu d'être un changement des sentiments du partenaire militaire à leur égard, les conjointes ont moins de détresse, démontrent plus d'empathie et se sentent plus connectées à leur partenaire (Renshaw, Blais et al., 2011). Le lien entre la détresse conjugale et l'engourdissement émotionnel s'atténue lorsque les conjointes sont mises au courant que leur partenaire a vécu des événements traumatiques (Renshaw et Campbell, 2011). Il est plausible que ce phénomène s'est produit au cours de notre étude où nous avons vu des conjointes préalablement en colère et insatisfaites s'adoucir pour être vulnérables, exprimer leurs émotions et créer un contexte favorisant l'ouverture du partenaire militaire.

Limites de cette étude

Le nombre de participants était limité. Il y a eu trois couples au début et l'un d'entre eux a cessé le traitement avant même l'établissement des niveaux de base. Cependant, d'autres études utilisant des analyses de séries chronologiques ont été faites avec un petit nombre de participants sans perte de puissance statistique (Laforest et al., 2016). Nous sommes tout de même conscients que la perte de ce couple représente un grand pourcentage de notre échantillon.

Il semblerait que ce couple ait cessé les séances parce que les disponibilités des deux partenaires ne permettaient pas un suivi hebdomadaire. Ce couple était très intéressé par l'étude au départ mais n'a pas réussi à y accorder le temps nécessaire. Pour de futures études, il serait primordial d'expliquer plus en détails ce que le traitement exige en termes de temps et d'implication afin de s'assurer que les couples participants ont un agenda qui leur permet ce type d'engagement. Une autre hypothèse sur la cessation de la participation de ce couple est que le partenaire militaire avait une blessure morale suite à un acte commis lors d'un déploiement et sa conjointe n'en était pas au courant. Peut-être la crainte de devoir divulguer ce lourd secret en thérapie de couple a fait en sorte que ce militaire n'a pas voulu continuer le traitement. Si tel est le cas, il serait important dans des études et des interventions futures de rassurer les militaires avec une blessure morale qu'ils ne sont pas tenus de divulguer ce qu'ils ont vécu et de s'en tenir plutôt au contenu émotionnel. Il serait important de préciser cela dans la rencontre initiale avec le couple et rassurer le militaire qui semble réticent à se confier.

De plus, notre échantillon étant petit, il est difficile de pouvoir généraliser les résultats à une population élargie. Les protocoles à cas unique ne peuvent remplacer des protocoles de groupe avec des essais randomisés et des échantillons larges et diversifiés (Borckardt et al., 2008).

Les données manquantes représentent une autre limite. Un des participants (le militaire du couple 1) a eu un taux important de données manquantes après que l'intervention TCÉ ait été introduite (plus de 20%), ce qui peut avoir un effet sur les analyses (Rankin et Marsh, 1985). Les autres participants n'ont pas rapporté de données manquantes. Pour le militaire du couple 1, nous avons corrigé statistiquement les données manquantes par la méthode de remplacement des points voisins (Velicer et Colby, 2005). Cette procédure permet de réduire la longueur de la

série et peut avoir un impact (surestimation de la pente) sur l'inspection visuelle et les analyses ARMA. Les changements significatifs ont donc été plus difficiles à détecter. Dans une étude future, il faudrait mettre plus d'accent sur l'importance des auto-enregistrements et fournir plus d'encadrement aux participants. Il faudrait peut-être aussi créer un format d'auto enregistrement plus agréable et pratique (par exemple un sondage en ligne de type *Survey Monkey* au lieu d'un format papier à rapporter lors des séances). Cela permettrait au chercheur de vérifier quotidiennement si les auto-enregistrements ont été remplis et de contacter les participants afin de faire un rappel en cas d'oubli. De plus, le fait que le sondage soit en ligne réglerait le problème de perte de documents.

Un des participants militaires recevait, en parallèle, une thérapie individuelle et les deux militaires étaient médicamenteux, ce qui pourrait être une menace à la validité interne. Le fait d'avoir une thérapie individuelle ou de la médication en même temps que la thérapie de couple n'est pas une contre-indication à la TCÉ (Johnson 2002, 2020). D'autres études ont démontré que bien que la TCÉ puisse aider à diminuer les symptômes de TSPT, il est suggéré de poursuivre le suivi individuel (Weissman et al., 2017). Nous ne pouvons donc pas conclure que le traitement TCÉ est l'unique responsable des changements des symptômes de TSPT. De toute évidence, il n'aurait pas été éthique, voire carrément dangereux, de demander à nos participants souffrant d'un TSPT de cesser la médication pendant la durée du traitement TCÉ. Cependant, la prise de médication n'a pas commencé au début ni durant le traitement TCÉ. Les deux militaires étaient médicamenteux depuis plusieurs années. Cela n'a donc pas affecté les niveaux de base et les changements subis après l'introduction du traitement TCÉ. Par ailleurs, un des militaires a débuté en cours de thérapie de couple un suivi individuel sans en avertir au préalable la chercheuse principale.

Le modèle thérapeutique a été appliqué selon les recommandations de Johnson (2019). Les thérapeutes étaient des étudiantes au doctorat qui avaient complété plusieurs stages et avaient reçu une formation TCÉ avancée (Johnson, 2019). Toutes les deux étaient supervisées par des experts en TCÉ pour s'assurer que le traitement était conforme, standardisé et uniforme, comme cela a été fait dans d'autres études (Bradley et Furrow, 2004; Laroque, 2014). Une des thérapeutes étant la chercheuse principale et cela a pu engendrer certains biais. En dépit d'efforts pour conserver une neutralité et une fidélité au traitement TCÉ, la thérapeute qui était la chercheuse principale aurait pu, de manière involontaire et non verbale, influencer ou renforcer certaines réponses favorables au sujet de la recherche; de plus la personnalité du thérapeute ainsi que son enthousiasme par rapport au projet peut affecter favorablement ou défavorablement l'issue du traitement (Munder et al., 2011). Mentionnons aussi que la fidélité au traitement n'a pas été vérifiée systématiquement par des vérificateurs indépendants.

Nous avons mentionné en introduction l'impact important de la culture militaire; celle-ci favorise la suppression émotionnelle. Le traitement TCÉ a duré trois mois; il est possible que 15 séances n'aient pas été suffisantes pour changer une mentalité que l'armée a créée, façonnée et encouragée tout le long de leur carrière militaire, en particulier dans le cas du militaire du couple 1 qui avait passé 19 ans dans les Forces armées canadiennes.

Recommandations pour futures recherches

Le recrutement au sein d'une population militaire dans le cadre de cette étude n'a pas été une tâche facile, et ce, pour deux raisons: 1) le stigma personnel entourant la santé mentale et 2) la difficulté pour des militaires d'avouer avoir des problèmes conjugaux pour des raisons d'ordre de santé mentale. Les couples ont été très engagés dans le traitement même si, malheureusement, un couple s'est retiré de l'étude. Tous les participants nous ont mentionné avoir trouvé très

contraignant de remplir les auto-enregistrements à chaque jour. De plus, les participants militaires de cette étude étaient de genre masculin. Une autre étude pourrait porter sur un partenaire militaire de genre féminin et voir si les résultats se répliquent ou si le genre change les résultats. De plus, dans des recherches futures de plus grande envergure, nous recommandons un plus grand échantillon de couples, une assignation aléatoire et des essais randomisés sur les couples participants avec des groupes contrôles.

Une étude sur le processus de changement pourrait apporter une compréhension sur la question de l'amélioration des symptômes de TSPT et de la satisfaction conjugale. Est-ce la diminution des symptômes de TSPT qui emmène une amélioration de la satisfaction conjugale ou bien est-ce l'amélioration de la satisfaction conjugale qui entraîne l'amélioration des symptômes de TSPT? La présente étude n'apporte pas de réponses à cette question. Il serait intéressant de comprendre les changements plus en profondeur. Une étude du processus de changement thérapeutique pourrait aider à déterminer si la diminution des symptômes d'irritabilité a contribué au réengagement de la conjointe et que cela aurait amélioré leur satisfaction conjugale. Nous pensons que plus de recherches doivent être menées afin de mesurer l'effet de la TCÉ sur les différents symptômes de TSPT avec un plus grand nombre de couples et avec des groupes contrôles. Nous espérons que d'autres études focaliseront sur les symptômes spécifiques d'engourdissement émotionnel puisque nous n'avons pas pu suggérer dans cette étude que la TCÉ avait un impact sur ce symptôme chez tous les participants militaires.

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les militaires souhaitent que leur conjointe soit impliquée dans le traitement. Par ailleurs, le manque de satisfaction conjugale a un impact dans la symptomatologie du TSPT. Le fait que les conjointes de notre étude ont vu leur satisfaction conjugale augmenter aura peut-être un impact positif à long terme sur les symptômes

de TSPT et la satisfaction conjugale de leur partenaire militaire. Dans une future recherche, des analyses de suivi post traitement (dans un an, par exemple) pourraient mesurer les résultats à long terme de l'augmentation de la satisfaction conjugale des conjointes sur le partenaire militaire.

Le fait d'avoir une blessure morale semble avoir eu un impact sur le TSPT de certains de nos participants. La différenciation entre les symptômes de blessures morales et les symptômes de TSPT a fait l'objet de quelques récentes études. Les mécanismes par lesquelles les blessures morales aggravent le TSPT seraient des pistes à explorer dans des études suivantes (Bryan, 2018). Une autre avenue intéressante en lien avec la thérapie de couple, en prenant en considération que les militaires veulent que leur conjoint soit inclus dans le processus de guérison, est-ce souhaitable ou même possible de divulguer à son conjoint cet acte commis que l'individu trouve répréhensible? Si oui, quelles seraient les conséquences psychologiques de ce dévoilement sur le conjoint? Quel impact la divulgation d'une blessure morale peut avoir sur la satisfaction conjugale des deux partenaires? Nous croyons que la TCE ne devrait pas seulement être utilisée dans un contexte militaire lorsque des difficultés conjugales surviennent; nous croyons que des techniques de TCE devraient être enseignées dans un programme de type R2MR (*Road to Mental Readiness*; RVPV: En Route Vers la Préparation Mentale²) aux deux partenaires du couple, le militaire et la conjointe en vue de préparer le couple à la rupture du lien d'attachement possible lors d'un déploiement. Ce suivi pourrait s'effectuer avec la conjointe qui reste au pays afin d'offrir un soutien et la préparer aux changements qui risquent de se produire si le militaire fait face à des événements traumatiques. Le suivi pourrait s'effectuer en couple si nécessaire et si la technologie (maintenant accessible sur les bases militaires à l'étranger) permet

² <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/guide/dgestsb/rvpm.html>)

une connexion sécuritaire et confidentielle. Quand le militaire revient, le suivi pourrait s'effectuer en couple, en guise de prévention, mais aussi, afin de favoriser la vulnérabilité émotionnelle (en particulier en présence de symptômes de TSPT pour prévenir l'engourdissement émotionnel, l'irritabilité et l'insatisfaction conjugale qui en résulte).

Conclusion

En conclusion, la présente étude est la seule, à notre connaissance, à cibler deux symptômes précis de TSPT reliés à la détresse conjugale : l'engourdissement émotionnel et l'irritabilité dans un contexte militaire. Les résultats de cette étude offrent des preuves préliminaires que la TCÉ pourrait être une approche efficace dans un contexte militaire où le partenaire du couple militaire a un TSPT et que le couple vit de la détresse conjugale. Nous espérons que plus de recherches auprès de cette population soient effectuées sur un échantillon plus grand afin d'approfondir et d'étoffer les résultats préliminaires prometteurs que nous avons obtenus. Puisque nos militaires sont prêts à risquer leur bien-être pour la sécurité de notre pays, que ce sacrifice signifie souvent qu'au retour ils auront des symptômes de stress post-traumatiques particulièrement handicapants et que le soutien conjugal est tellement important, il est impératif que des traitements efficaces leur soient accessibles afin de contribuer à leur bien-être.

Références

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.

- Allen, E.S., Rhoades, G.K, Stanley, S.M., and Markman, J.H. (2011). Hitting Home: Relationships between Recent Deployment, Posttraumatic Stress Symptoms, and Marital Functioning for Army Couples., *Journal of family psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 24, 280–288. DOI:10.1037/a0019405.
- Ahmadi, K., Ranjeban-Shayan, H., & Raisi, F. (2007). Sexual dysfunction and marital satisfaction among the chemically injured veterans. *Indian Journal Of Urology: IJU: Journal Of The Urological Society Of India*, 23(4), 377–382.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.4103/0970-1591.36710>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 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.
- Baillargeon J., Dubois G., Marineau R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioral Science* 18, 25-34.
- Bakhurst, M., McGuire, A., & Halford, W. K. (2018). Trauma Symptoms, Communication, and Relationship Satisfaction in Military Couples. *Family Process*, 57(1), 241–252.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/famp.12285>.
- Basham, K., (2008) Homecoming as Safe Haven or the New Front: Attachment and Detachment in Military Couples, *Clinical Social Work Journal*, 36, 83–96. DOI:10.1007/s10615-007-0138-9.
- Batten, S. J., Drapalski, A. L., Decker, M. L., Deviva, J. C., Morris, L. J., Dixon, L. B.

- (2009). Veterans' interest in family involvement in PTSD treatment. *Psychological Services*, 6, 184–189.
- Beasley, C.C., & Ager, R. (2019). “Emotionally Focused Couples Therapy: A Systematic Review of its Effectiveness Over the past 19 Years.” *Journal of Evidence-Based Social Work*, 16(2), 144-159.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal Of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1002/jts.22059>
- Blount, T. H., Fredman, S. J., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., & Monson, C. M. (2015). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Application to an operation enduring freedom veteran. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 458–467.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.001>
- Blount, T. H., Peterson, A. L., & Monson, C. M. (2017). A case study of cognitive-behavioral conjoint therapy for combat related PTSD in a same sex military couple. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 319–328. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.004>.
- Blow, A. J., Gorman, L., Ganoczy, D., Kees, M., Kashy, D. A., Valenstein, M., Chermack, S. (2013). Hazardous drinking and family functioning in National Guard veterans and spouses post-deployment. *Journal of Family Psychology*, 27, 303 - 313. doi: 10.1037/a0031881.

- Blow, A.J., Curtis, A.F., Wittenborn, A.K., Gorman, L. (2015). Relationship Problems and Military Related PTSD: The Case for Using Emotionally Focused Therapy for Couples, *Contemporary Family Therapy*, 37, 261–270. DOI:10.1007/s10591-015-9345-7.
- 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
- Boulos, D., Zamorski, M., A. (2013). Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001-2008; *Canadian Medical Association Journal*, vol.185 n.11.
- 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.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Bourassa, K. J., Smolenski, D. J., Edwards-Stewart, A., Campbell, S. B., Reger, G. M., & Norr, A. M. (2020). The impact of prolonged exposure therapy on social support and PTSD symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 260, 410–417.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.jad.2019.09.036>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock

- 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
- Brockman, C., Snyder, J., Gewirtz, A., Gird, S.,R., Quattlebaum, J., Schmidt, N. (2015): Relationship of service members deployment trauma, PTSD symptoms, and experiential avoidance to post deployment family reengagement. *Journal Family Psychology*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000152>
- Bryan, C. J., Graham, E., & Roberge, E. (2015). Living a life worth living: Spirituality and suicide risk in military personnel. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 74–78. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/scp0000056>
- Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., & Rozek, D. C. (2018). Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 36–45. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/tra0000290>
- Busby, D.M., Christensen, C., Crane, R.,& Larsen, J.H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and non-distressed couples Construct hierarchy and multidimensional scale. *Journal of marital and family therapy* 21(3):289 – 308.

- Burgess-Moser, M., Johnson, S., Dalgleish, T., Tasca, G. A., & Wiebe, S. (2017). The impact of blamer softening on romantic attachment in Emotionally Focused Couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 44, (4), 640-654.
- Byrne, C. A., & Riggs, D. S. (1996). The cycle of trauma: Relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 11, 213-224.
- Carter, S., Loew, B., Allen, E., Stanley, S., Rhoades, G., & Markman, H. (2011). Relationship between soldiers' PTSD symptoms and spousal communication during deployment/ *Journal of Traumatic Stress*, 24, 352-355
- Carter, S. Giff, S.T., Campbell, S. B., & Renshaw, K. D. (2019). Supporting a Spouse With Military Posttraumatic Stress: Daily Associations With Partners' Affect. *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 323–329. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1002/jts.22390>
- Caska-Wallace, C. M., Smith, T. W., Renshaw, K. D., Allen, S. N. (2019). Standardized assessment of relationship functioning in OEF/OIF veterans with and without PTSD. *Military Psychology*, 31:5, 373-383. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/08995605.2019.1645536>
- Choi, K. W., Chen, C.-Y., Ursano, R. J., Sun, X., Jain, S., Kessler, R. C., Koenen, K. C., Wang, M.-J., Wynn, G. H., Campbell-Sills, L., Stein, M. B., Smoller, J. W., & Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2020). Prospective study of polygenic risk, protective factors, and incident depression following combat deployment in US Army soldiers. *Psychological Medicine*, 50(5), 737–745. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1017/S0033291719000527>

- Clark, A. A., & Owens, G. P. (2012). Attachment, personality characteristics, and posttraumatic stress disorder in U.S. veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal Of Traumatic Stress, 25*(6), 657–664. Retrieve from <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1002/jts.21760>.
- Coan, J.A., Schaefer, H.S., Davidson, R.J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science 17*, 1032–1039.
- Cooley, J. L., Frazer, A. L., Fite, P. J., Brown, S., & DiPierro, M. (2017). Anxiety symptoms as a moderator of the reciprocal links between forms of aggression and peer victimization in middle childhood. *Aggressive Behavior, 43*(5), 450–459.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1002/ab.21703>
- Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Current Relationship Functioning Among World War II Ex-Prisoners of War. *Journal of Family Psychology, 18*(1), 36–45.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/0893-3200.18.1.36>
- Cox, D.W., Myfanwy Bakker, A., Naifeh, J.A., (2017). Emotion dysregulation and social support in PTSD and depression: as study of trauma-exposed veterans. *Journal of Traumatic stress, 30*, 545-549.
- Dagleish, T.L., Johnson, S.M., Burgess-Moser, M., Lafontaine, M.F., Wiebe, S., Tasca, G. (2014). Predicting Change in Marital Satisfaction Throughout Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of marital and family therapy, 41*,1–16 DOI:10.1111/jmft.12077.
- Dalton, E. J., Greenman, P.S., Classen, C.C., Johnson, M.S., (2013). Nurturing Connections in the Aftermath of Childhood Trauma: A Randomized Controlled Trial of Emotionally Focused Couple Therapy for Female Survivors of Childhood Abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 2*, 209–221 DOI:10.1037/a0032772.

- de Burgh, H. T., White, C. J., Fear, N. T., & Iversen, A. C. (2011). The impact of deployment to Iraq or Afghanistan on partners and wives of military personnel. *International Review of Psychiatry, 23*(2), 192–200.
- <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.3109/09540261.2011.560144>
- Declercq, F., Willemsen, J. (2006). Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 256–263
- 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*, 23-38. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.002912.x
- Dessaulles, A., Johnson, S., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353. DOI: 1080/01926180390232266.
- Dimiceli, E. E., Steinhardt, M. A., & Smith, S. E. (2009). Stressful experiences, coping strategies, and predictors of health-related outcomes among wives of deployed military servicemen. *Armed Forces & Society, 36*(2), 351–373.
- Doss, B. D., Rowe, L. S., Morrison, K. R., Libet, J., Birchler, G. R., Madsen, J. W., (2012). Couple therapy for military veterans: Overall effectiveness and predictors of response. *Behavior Therapy, 43*, 216–227.
- Eaton, K. M., Hoge, C. W., Messer, S. C., Whitt, A. A., Cabrera, O. A., McGurk, D., Castro, C. A. (2008). Prevalence of mental health problems, treatment need, and barriers to care among primary care-seeking spouses of military service members involved in Iraq and

Afghanistan deployments. *Military Medicine*, 173(11), 1051–1056. Retrieved from <https://proxybiblio.uqo.ca:2097/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19055177&lang=fr&site=ehost-live>

- Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Fuller, S. R., Calhoun, P. S., Kinneer, P. M., (2010). Mid-Atlantic Mental Illness Research, Education, and Clinical Center Workgroup, & Beckham, J. C: Correlates of anger and hostility in Iraq and Afghanistan war veterans. *The American journal of psychiatry*, 167(9), 1051–1058. DOI:10.1176/appi.ajp.2010.09050739.
- Elwood, L. S., & Williams, N. L. (2007). PTSD-related cognitions and romantic attachment style as moderators of psychological symptoms in victims of interpersonal trauma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1189–1209. doi:10.1521/jscp.2007.26.10.1189
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 317-327. Retrieved from <http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1037/a0019500>.
- Erbes, C. R., Meis, L. A., Polusny, M. A., & Compton, J. S. (2011). Couple adjustment and posttraumatic stress disorder symptoms in National Guard veterans of the Iraq war. *Journal Of Family Psychology: JFP: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43)*, 25(4), 479–487. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/a002400>
- Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M., & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 765–772.

- Feeney, B.C., (2004). A Secure Base: Responsive Support of Goal Strivings and Exploration in Adult Intimate Relationships. *Journal of personality and social psychology*, 87, 631–648.
DOI:10.1037/0022-3514.87.5.631.
- Feeney, B. C. (2007). The Dependency Paradox in Close Relationships: Accepting Dependence Promotes Independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268–285.
DOI:10.1037/0022-3514.92.2.268.
- Feeney, B. C., & Thrush, R. L. (2010). Relationship influences on exploration in adulthood: The characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 57-76.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2010). Marriage in the new millennium: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 630-649. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/j.1741-3737.2010.00722.x>
- Fitzgerald, N., Egan, M., de Vocht, F., Angus, C., Nicholls, J., Shortt, N., Bauld, L. (2018). Exploring the impact of public health teams on alcohol premises licensing in England and Scotland (ExILEnS): protocol for a mixed methods natural experiment evaluation. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 123.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1186/s12874-018-0573-z>
- Fontana, A., Rosenheck, R., & Brett, E. (1992). War zone traumas and posttraumatic stress disorder symptomatology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 748–755.
- Fraser, K. D., Sales, A. E., Baylon, M. A. B., Schalm, C., & Miklavcic, J. J. (2017). Data for Improvement and Clinical Excellence: a report of an interrupted time series trial of feedback in home care. *Implementation Science: IS*, 12(1), 66.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1186/s13012-017-0600-1>

- Freedman, S. J., Monson, C. M., & Adair, K. C. (2011). Implementing cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD with the newest generation of veterans and their partners. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 120–130.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.007>
- Galovski, T., Lyons, J., A. (2002). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions, *Aggression and Violent Behavior*, 9, 477–501.
- Gauvreau, P., Bouchard, S. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder. *Journal of EMDR Practice Research*, 2, 26–40.10.1891/1933-3196.2.1.26.
- Gewirtz, A. H., Polusny, M. A., DeGarmo, D. S., Khaylis, A., & Erbes, C. R. (2010). Posttraumatic stress symptoms among National Guard soldiers deployed to Iraq: associations with parenting behaviors and couple adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 599-610. doi:10.1037/a002571
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 962–969. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/0022-006X.60.6.962>
- Gottman, J. M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 57–75. DOI:10.1037/0893-3200.7.1.57.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W., (1999). Dysfunctional marital conflict: Women are being unfairly blamed. *Journal of Divorce and Remarriage*, 31(3–4), 1–17.

- Greenman, P.S., Johnson, S.M. (2012). United We Stand: Emotionally Focused Therapy for Couples in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 561–569 . DOI:10.1002/jclp.21853.
- Greenman, P. S., Fontaine-Paquet, M.-P., Grenier, J., Chauret, D., Argibay-Poliquin, A., Côté Grimes, S., (2012). The management of diabetes and comorbid depression: A biopsychosocial, multidisciplinary approach. Manuscrit en préparation.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327–338.
- Halchuk, R. E., Makinen, J., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using Emotionally Focused Therapy: A three-year follow-up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9, 31–47. DOI: 10.1080/15332691.2011.613306.
- Halford, W. K., Rahimullah, R. H., Wilson, K. L., Occhipinti, S., Busby, D. M., & Larson, J. (2017). Four year effects of couple relationship education on low and high satisfaction couples: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 495–507. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/ccp0000181>
- Han, S. C., Castro, F., Lee, L. O., Charney, M. E., Marx, B. P., Brailey, K., Vasterling, J. J. (2014). Military unit support, postdeployment social support, and PTSD symptoms among active duty and National Guard soldiers deployed to Iraq. *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(5), 446–453. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.janxdis.2014.04.004>
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer S.C., McGurk D., Cotting D.I., Koffman, R.L. (2004) Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal Medecine*. 351(1), 13-22.

- 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.
- Institute of Medicine. (2013). *Returning home from Iraq and Afghanistan and preventing Psychological disorders in service members and their families*. Washington, DC: National Academies Press. Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2013/Returning-Home-from-Iraq-and-Afghanistan.aspx>
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, *11*, 313-317. DOI: 10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.
- Johnson, S. M., Makinen, C., & Milliken, J. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *27*, 145–155.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors : Strengthening Attachment Bonds*. New York, NY : The Guilford Press.
- Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., Beckes, L., Smith, A., Dalgleish, T., Halchuk, R., Hasselmo, K., Greenman, P. S., Merali, Z., Coan, J. A. (2013). Soothing the threatened brain: leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *Plos One*, *8*(11), e79314. DOI:10.1371/journal.pone.0079314.
- Johnson, S.M (2019). *Attachment theory in practice, Emotionally Focused Therapy (EFT) with individuals, couples and family*. The Guildford Press New York London
- Johnson, S.M., (2020). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: creating connections* (3rd Edition). Routledge, New York.

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.

Jordan, K. (2011). Counselors Helping Service Veterans Re-Enter Their Couple Relationship

After Combat and Military Services: A Comprehensive Overview. *The Family Journal*, 19,

263–273 DOI:10.1177/1066480711406689

Kale Monk J., Brian G., J., Bruner, O., Bruner, V. (2016). Veteran Couples Integrative Intensive

Retreat Model: An Intervention for Military Veterans and Their Relational Partners, *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15:2, 158-176, DOI: 10.1080/15332691.2015.1089803.

Khaylis, A., Polusny, M. A., Erbes, C. R., Gewirtz, A., & Rath, M. (2011). Posttraumatic stress,

family adjustment, and treatment preferences among National Guard soldiers deployed to

OEF/OIF. *Military Medicine*, 176, 126–131. DOI:10.7205/MILMED-D-10-00094.

Karney, B., R., Crown, J., S., (2007). *Family Under Stress, An Assessment Data, Theory, and*

Research on Marriage and Divorce in the Military, Santa Monica, CA: Rand Co; 2007.

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.

Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and

clinical practice. *Behaviour Research And Therapy*, 117, 3–17.

<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.brat.2018.11.015>

Keane, T., Marshall, A., & Taft, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology,

epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161–197.

King, L., Ketcheson, F., St. Cyr, K., Marlborough, M., & Richardson, J. D. (2020). Factor

structure of deployment experiences and relations to mental health disorders among

treatment-seeking Canadian armed forces personnel and veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 413–421.

<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/tra0000493>

Knobloch-Fedders, L.M., Caska-Wallace, C., Smith, T.W., Renshaw, K. (2017). Battling on the home front: posttraumatic stress disorder and conflict behavior among military couples.

Behavior Therapy, 48, 247-261

Kugler, J., Andresen, F. J., Bean, R. C., & Blais, R. K. (2019). Couple-based interventions for PTSD among military veterans: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*,

75(10), 1737-1755 <http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1002/jclp.22822>

Laird, N. M. (1988). Missing data in longitudinal studies. *Statistics in Medicine*, 7(1-2), 305-315.

doi : 10.1002/sim.4780070131

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Rhéaume, J. (1996). Traitement cognitif et comportemental du trouble obsessionnel-compulsif. Partie I: modèle explicatif. *Revue québécoise de psychologie* 17, 87–102.

Ladouceur, R., Bégin, G. (1980). *Protocole de recherches en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe. Québec : Edisen

Laforest, M., Bouchard, S., Bossé, J., & Mesly, O. (2016). Effectiveness of In Virtuo Exposure and Response Prevention Treatment Using Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Study Based on a Single-Case Study Protocol. *Frontiers in psychiatry*, 7, 99. DOI:10.3389/fpsyt.2016.00099.

Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., & Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 729-737.

- Lane, C., & Hobfoll, S. E. (1992). How loss affects anger and alienates social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 935–942.
- Larocque G. (2012). La Thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) auprès de couples dont un membre a une maladie cardiaque et de couples en bonne santé physique : une étude du processus thérapeutique. *Essai doctoral, Université du Québec en Outaouais, en préparation.*
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 145–168
- Lee, D. J., Lee, L. O., Bovin, M. J., Moshier, S. J., Dutra, S. J., Kleiman, S. E., Rosen, R. C., Vasterling, J. J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2020). The 20-year course of posttraumatic stress disorder symptoms among veterans. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/abn0000571>
- Litz, B. T., Stein, N., Delany, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war Veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*, 695-706. DOI:10.1016/j. Cpr.2009.07.003.
- Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2007). Domains of quality of life and symptoms in male veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 955–964.
- MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*, 298–315. DOI:10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x.

- Mac Dermid Wadsworth, S. M., Lester, P., Marini, C., Cozza, S., Sornborger, J., Strouse, T., & Beardslee, W. (2013). Approaching family-focused systems of care for military and veteran families. *Military Behavioral Health*, 1, 31–40. DOI:10.1080/21635781.2012.721062.
- Maguinen S., Litz, B. (2012). Moral Injury in veterans of war. *PTSD Research Quarterly*, Vol 23/no.1 ISSN : 1050-1835.
- Makin-Byrd, K., Gifford, E., McCutcheon, S., Glynn, S. (2011). Family and couples treatment for newly returning Veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 47-55
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1055–1064. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1055>
- Maier, C.A. (2015). Feminist-Informed Emotionally Focused Couples Therapy as Treatment for Eating Disorders. *The American Journal of Family Therapy*, 43(2), 151-162.
- Mansfield, A., Kaufman, J. S., Marshall, S. W., Gaynes, B. N., Morrissey, J. P., & Engel, C. C. (2010). Deployment and the use of mental health services among U.S. army wives. *New England Journal of Medicine*, 302, 101–109.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with care-giver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107–124.
- Meis, L. A., Schaaf, K. W., Erbes, C. R., Polusny, M. A., Miron, L. R., Schmitz, T. M., & Nugent, S. M. (2013). Interest in partner-involved services among veterans seeking mental health care from a VA PTSD clinic. *Psyc*

hological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5(4), 334–

342. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/a0028366>

- Meis, L. A., Schaaf, K. W., Erbes, C. R., Polusny, M. A., Miron, L. R., Schmitz, T. M., & Nugent, S. M. (2013). Interest in partner-involved services among veterans seeking mental health care from a VA PTSD Clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 334–342. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/a0028366>.
- Michael, M. L., & Juarascio, A. (2019). Differences in eating disorder symptoms and affect regulation for residential eating disorder patients with problematic substance use. *Eating And Weight Disorders: EWD*. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1007/s40519-019-00789-3>
- Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*, 298(18), 2141–2148
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamic development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102. DOI:10.1023/A:1024515519160.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2016) Attachment in Adulthood. Second Edition Structure, Dynamics, and Change. New York, NY. Guilford Press
- Monk, J. K., Ogolsky, B. G., & Bruner, V. (2016). Veteran couples integrative intensive retreat model: An intervention for military veterans and their relational partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15(2), 158–176. <https://doi.org/10.1080/15332691.2015.1089803>
- Monson, C. M., Fredman, S. J., & Adair, K. C. (2008). Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: application to operation enduring and Iraqi Freedom veterans.

Journal Of Clinical Psychology, 64(8), 958–971.

<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1002/jclp.20511>

- Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory driven research and intervention development. *Clinical Psychological Review*, 29, 707–714. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.002>
- Monson, C., Fredman, S., Adair, K., Stevens, S., Resick, P., Schnurr, P., (2011). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 97–101. DOI:10.1002/jts.20604.
- Monson, C., Fredman, S., MacDonald, A., Pukay-Martin, N., Resick, P., & Schnurr, P. (2012). Effects of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 308(7), 700–709.
- Moore, B. A. (2019). *Understanding and working within the military culture*. In B. A. Moore & W. E. Penk (Eds.), *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook* (p. 9–21). The Guilford Press.
- Munder, T., Gerger, H., Trelle, S., & Barth, J. (2011) Testing the allegiance bias hypothesis: a meta analysis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for psychotherapy research* 21(6), 670-684
- Munjiza, J., Britvic, D., Radman, M., & Crawford, M. J. (2017). Severe war-related trauma and personality pathology: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 17, Article ID 100.
- Naaman, S. C. (2008). Evaluation of the clinical efficacy of emotionally focused couples therapy on psychological adjustment and natural killer cell cytotoxicity in early breast cancer (Unpublished doctoral dissertation). University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada.

- Nelson Goff, B. S., & Smith, D. (2005). Systemic traumatic stress The Couple Adaptation to Traumatic Stress Model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 145–157
- Nelson Goff, B. S. N., Crow, J. R., Reisbig, A. M. J., & Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 344–353.
- Nowlan, K.M., Georgia, B.D., Doss, B.D., (2017). Long-Term Effectiveness of Treatment-as-Usual Couple Therapy for Military Veterans, *Behavior Therapy*, Volume 48, Issue 6, November 2017, Pages 847-859.
- Padden, D. L., Connors, R. A., Agazio, J. G. (2010). Stress, coping, and wellbeing in military spouses during deployment separation. *Western Journal of Nursing Research*, 33(2), 247–267. DOI: 10.1177/0193945910371319.
- 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.
- Pereira, M.G., Pereira, D., Pedras, S. (2019). PTSD, psychological morbidity and marital dissatisfaction in colonial war veterans. *Journal Of Mental Health*. DOI: 10.1080/09638237.2018.1487532.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: The role of resilience, unit support, and post deployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 188–192. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.jad.2009.04.015>

- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Murdoch, M., Arbisi, P. A., Thuras, P., Rath, M. B. (2011). Prospective risk factors for new-onset posttraumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychological Medicine*, 41, 687-698. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170002047>.
- 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
- Redmond, S. A., Wilcox, S. L., Campbell, S., Kim, A., Finney, K., Barr, K., & Hassan, A. M. (2015). A brief introduction to the military workplace culture. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 50(1), 9–20.
- Renaud, E. F. (2008). The attachment characteristics of combat veterans with PTSD. *Traumatology*, 14, 1–12. DOI:10.1177/1534765608319085.
- Renshaw, K. D., Rodrigues, C. S., & Jones, D. H. (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal Of Family Psychology: JFP: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43)*, 22(4), 586–594. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/0893-3200.22.3.586>
- Renshaw, K.D., Campell, S.B. (2011). Combat Veterans Symptoms of PTSD and Partners Distress: The Role of Partners Perceptions of Veterans Deployment Experiences. *Journal of Family Psychology* 2011, Vol. 25, No. 6, 953–96.
- Renshaw, K. D., Blais, R. K., & Caska, C. M.(2011). *Distress in spouses of combat veterans with PTSD: The importance of interpersonally based cognitions and behaviors*. In S. M. Wadsworth & D. Riggs (Eds.), *Risk and resilience in U.S. military families* (p. 69–84).

Springer Science + Business Media. https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1007/978-1-4419-7064-0_4

- Richardson, N. M., Lamson, A. L., Smith, M., Eagan, S. M., Zvonkovic, A. M., & Jensen, J. (2020). Defining moral injury among military populations: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*. Advance online publication. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1002/jts.22553>
- Riggs, D., Byrne, C., Weathers, F., & Litz, B. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 87-101.
- Rivière, L. A., Merrill, J. C., & Clarke-Walper, K. (2017). Marital status and marital quality differences in the post deployment mental and physical health of service members. *Military Behavioral Health, 5*, 254–264. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/>
- Sandberg, D. A. (2010). Adult attachment as a predictor of posttraumatic stress and dissociation. *Journal Of Trauma & Dissociation: The Official Journal Of The International Society For The Study Of Dissociation (ISSD), 11*(3), 293–307. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1080/15299731003780937>
- Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., Stein, M.B., Belik, S.-L., Meadows, G. (2007). Combat and Peacekeeping Operations in Relation to Prevalence of Mental Disorders and Perceived Need for Mental Health Care. *Archive of General Psychology 64*, 843–852
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Thompson, K. E., Franklin, L., & Han, X. (2009). A couple-based approach to the reduction of PTSD avoidance symptoms: Preliminary findings. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(3), 343–349. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00125.x>

- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Cretu, J. B., Senturk, D., & Vaught, A. S. (2015). Efficacy of structured approach therapy in reducing PTSD in returning veterans: A randomized clinical trial. *Psychological Services, 12*(3), 199–212. <https://doi.org/10.1037/ser0000032>
- Sayers, S. L., Farrow, V. A., Ross, J., & Oslin, D. W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 163–170.
- Seal, K. H., Metzler, T. J., Gima, K. S., Bertenthal, D., Maguen, S., & Marmar, C. R. (2009). Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. *American journal of public health, 99*(9), 1651–1658. doi:10.2105/AJPH.2008.150284
- Sherman, M.D., Zanotti, K.D., Jones, D., E. (2005). Key Elements in Couples Therapy With Veterans With Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 626–633. DOI:10.1037/0735-7028.36.6.626.
- 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 : Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/350547>.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2013) *Using Multivariate Statistics* (6th Edition) Pearson, Boston.
- Taft, C. T., Schumm, J. A., Panuzio, J., & Proctor, S. P. (2008). An examination of family adjustment among Operation Desert Storm veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 648–656. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/a0012576>

- Taft, C. T., Weatherill, R. P., Woodward, H. E., Pinto, L. A., Watkins, L. E., Miller, M. W., & Dekel, R. (2009). Intimate partner and general aggression perpetration among combat veterans presenting to a posttraumatic stress disorder clinic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 461–468. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1037/a0016657>
- Taft, C. T., Walkins, L.E., Stafford, J., Street, A.E., Monson, C.M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationships problems: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79, 22-33. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/a0022196>.
- Tinker, T. L., & Vaughan, E. (2004). *Communicating the risks of bioterrorism*. In R. J. Ursano, A. E. Norwood, & C. S. Fullerton (Eds.), *Bioterrorism: Psychological and public health interventions* (p. 308–329). Cambridge University Press.
- Totterdell, P., Spelten, E., & Pokorski, J. (1995). The effects of nightwork on psychological changes during the menstrual cycle. *Journal Of Advanced Nursing*, 21(5), 996–1005.
Retrieved from <https://proxybiblio.uqo.ca:2097/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=7602010&lang=fr&site=ehost-live>
- Turner, S.W., McFarlane A.C., Van Der Kolk, B. (1996). The therapeutic environment and new explorations in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Traumatic Stress : The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford.
- Ursano, R. J., Kessler, R. C., Naifeh, J. A., Mash, H. H., Fullerton, C. S., Bliese, P. D., Wynn, G. H., Aliaga, P. A., Wryter, C., Sampson, N. A., Kao, T.-C., Colpe, L. J., Schoenbaum, M., Cox, K. L., Heeringa, S. G., Stein, M. B., & Army STARRS collaborators. (2017). Frequency of improvised explosive devices and suicide attempts in the U. S. Army. *Military*

Medicine, 182(3), e1697–e1704. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.7205/MILMED-D-16-00270>

- Vaitkus, MA (1994) Unit Manning System: Human Dimensions Field Evaluation of the COHORT Company Replacement Model. In *Report No. WRAIR/TR-94e0017*. Walter Reed Army Institute of Research: Washington, DC. [OpenURL query](#) | [Google Scholar](#)
- 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
- Vest, B. M., Heavey, S. C., Homish, D. L., & Homish, G. G. (2018). Alcohol Misuse in Reserve Soldiers and their Partners: Cross-Spouse Effects of Deployment and Combat Exposure. *Substance Use & Misuse*, 53(5), 800–807.
<https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1080/10826084.2017.1385632>
- Vrticka, P., Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-17.
- Warner, C. H., Appenzeller, G.N., Warner, C.M., Grieger, T. (2009). Psychological effects of deployments on military families. *Psychiatric Annals* 39 (2)
- Walter Reed Army Institute of Research; US Army Medical Research Unit, Europe (2008) *Mental Health Advisory Team (MHAT) V, Operation Iraqi Freedom 06-08: Iraq, Operation Enduring Freedom 8: Afghanistan*. Retrieved July 10, 2009, from U.S. Army Medical Department, Office of the Surgeon General: Retrieved from http://www.armymedicine.army.mil/reports/mhat/mhat_v/MHAT_V_OIFandOEF-Redacted.pdf.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013).

The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov>.

Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395.

Weissman, N., Batten, S.V., Rheem, K. D., Wiebe, K.S., Pasillas, M. R., Potts, W., Barone, Brown, C.H., Dixon L. (2017) The Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy With Veterans With PTSD: A Pilot Study Pages 25-41

Weissman, N., Batten, S. V., Dixon, L., Pasillas, R. M., Potts, W., Decker, M., & Brown, C. H. (2011). The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) with veterans with PTSD. Poster presented at the Veterans Affairs National Annual Conference: Improving Veterans Mental Health Care for the 21st Century, Baltimore, MD.

Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 266–271.

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

Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2017). Creating Relationships that Foster Resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65–69.

Wilson, C. (2006). Improvised Explosive Devices (IEDs) in Iraq and Afghanistan: Effects and Countermeasures. *Library of congress, Congressional research services*. Washington, DC.

- Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Rouleau, E. and Seedall, R. B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1– 15. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392–1403.
- Zang, Y., Gallagher, T., McLean, C. P., Tannahill, H. S., Yarvis, J. S., & Foa, E. B. (2017). The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions. *Journal Of Psychiatric Research*, 86, 18–25. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.jpsychires.2016.11.005>
- Zeifman, D., & Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachments: Re-evaluating the evidence. In Cassidy & P. R. Shaver (Eds), *Adult attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.) (pp. 436-455). London: Guilford.

Tableaux 1 - 4

Tableau 1

*Sommaire des résultats des analyses chronologiques (ARMA)
Engourdissement émotionnel (« Aujourd'hui mes sentiments sont engourdis »).*

Participants	Paramètres	Estimation	SE	Test-t	Signification	BIC	Ljung-Box
Militaire	Constante	53.65	2.85	18.82	.00*	5.19	Df: 16
Couple 1	AR-2	.39	.08	4.64	.00*		Sig: .82
	AR-7	-.23	.08	-2.71	.01*		
	Intervention	4.41	3.24	1.36	.18		
Militaire	Constante	42.97	2.91	14.77	.00*	4.95	DF : 17
Couple 2	MA-1	-.304	.08	-3.76	.00*		Sig : .06
	Intervention	-6.6	3.2	-2.07	.04*		

*Note : *= $p < .05$, BIC: Bayesian information criterion; DF: Degrees of freedom; SE: Standard error; Sig: Signification*

Tableau 2

Sommaire des résultats des analyses chronologiques (ARMA) : Irritabilité («Aujourd'hui je me sens irritable et fâché»).

Participants	<u>Paramètres</u>	<u>Estimation</u>	<u>SE</u>	<u>Test-t</u>	<u>Signification</u>	<u>BIC</u>
Militaire	Constante	21.93	2.75	7.97	.00*	4.78
couple 1	MA-1	-5.12	.09	-5.46	.01*	
	MA-3	.12	.09	1.31	.19	
	Intervention	-6.43	3.12	-2.02	.04*	
Militaire	Constante	21.80	2.75	7.92	.00*	5.03
couple 2	MA-2	-2.71	.089	-3.04	.00*	
	Intervention	-6.26	3.13	-2.00	.04*	

*Note : *= $p < .05$; BIC: Bayesian information criterion; DF: Degrees of freedom; SE: Standard error; Sig: Signification*

Tableau 3

Sommaire des résultats aux analyses chronologiques (ARMA): Satisfaction conjugale (« Veuillez encercler ce qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple aujourd'hui; extrêmement malheureux, passablement malheureux, un peu heureux, heureux, très heureux, extrêmement heureux, parfaitement malheureux »).

Participants	Paramètres	Estimation	Test-t	Signification	BIC
Militaire	Constante	50.49	25.46	.00*	4.16
couple 1	AR-1	0.11	1.17	.24	
	AR-3	0.22	52.41	.02	
	Intervention	-7.55	-3.36	.00*	
Militaire	Constante	50.92	32.83	.00*	4.21
couple 2	MA-1	-.20	-2.27	.03	
	MA-15	-.22	2.47	.02	
	Intervention	-8.12	-4.57	.00*	
.Conjointe	Constante	41.2	14.3	.00*	4.87
couple 1	MA-1	-0.4	-4.41	.00*	
	Intervention	10.7	3.16	.01*	
Conjointe	Constante	72.13	3.41	.00*	5.93
couple 2	AR-1	0.64	.75	.45	
	AR-20	-.19	.09	.03	
	Intervention	14.81	3.84	.00*	

*Note : *= $p < .01$; BIC: Bayesian information criterion; DF: Degrees of freedom; SE: Standard error; Sig: Signification*

Tableau 4

Résultats aux mesures des symptômes de TSPT (PCL-5) et de l'ajustement dyadique (DAS).

Scores	<u>Militaire 1</u>	<u>Conjointe 1</u>	<u>Militaire 2</u>	<u>Conjointe 2</u>
DAS				
Semaine 1	86	60	79	96
Semaine 19	97	83	131	122
PCL-5				
Semaine 1	31	-	49	-
Semaine 19	22	-	22	-

Note. DAS=Dyadic Adjustment Scale; PCL-5=PTSD checklist

Figures 1 – 8

Figure 1 : Graphique des analyses ARMA non statistiquement significatives du militaire 1 pour la variable engourdissement émotionnel

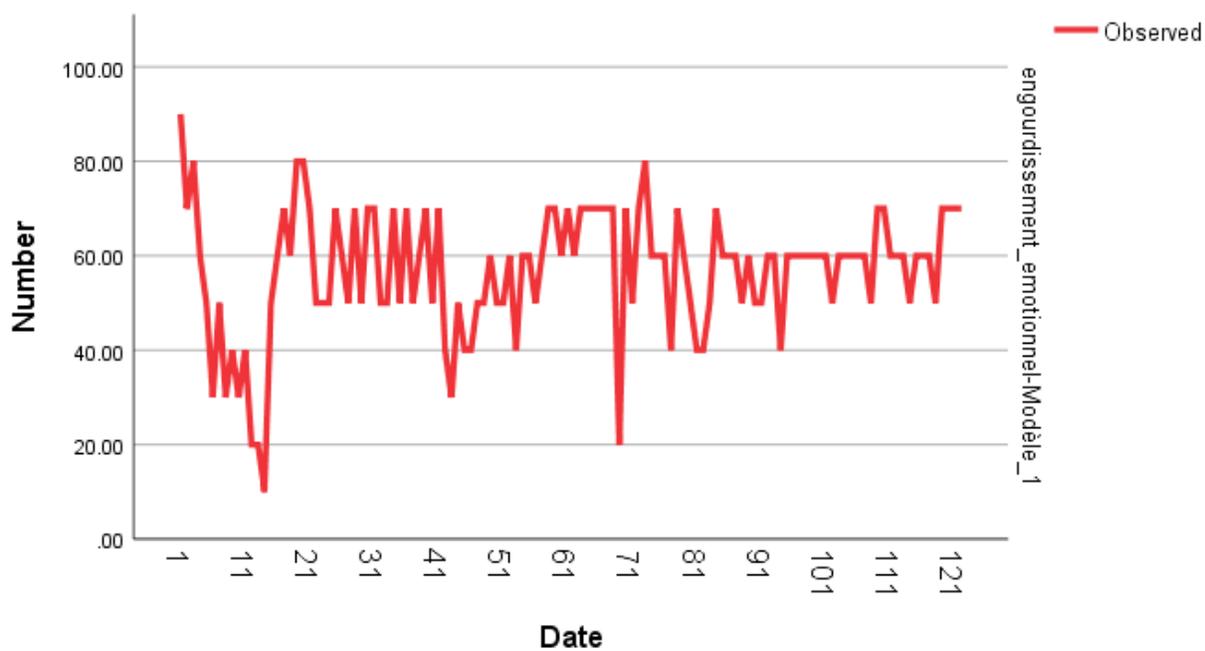


Figure 2 : Graphique des analyses ARMA statistiquement significatives du militaire 2 pour la variable engourdissement émotionnel

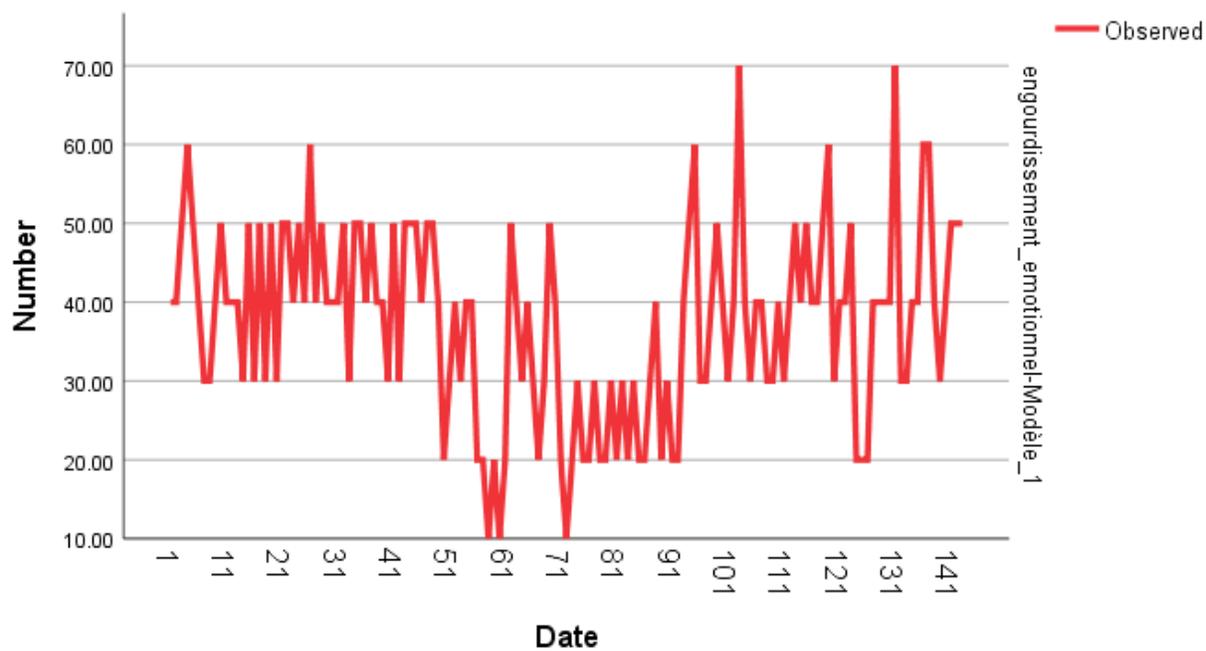


Figure 3 : Graphique des analyses ARMA statistiquement significatives du militaire 1 pour la variable irritabilité

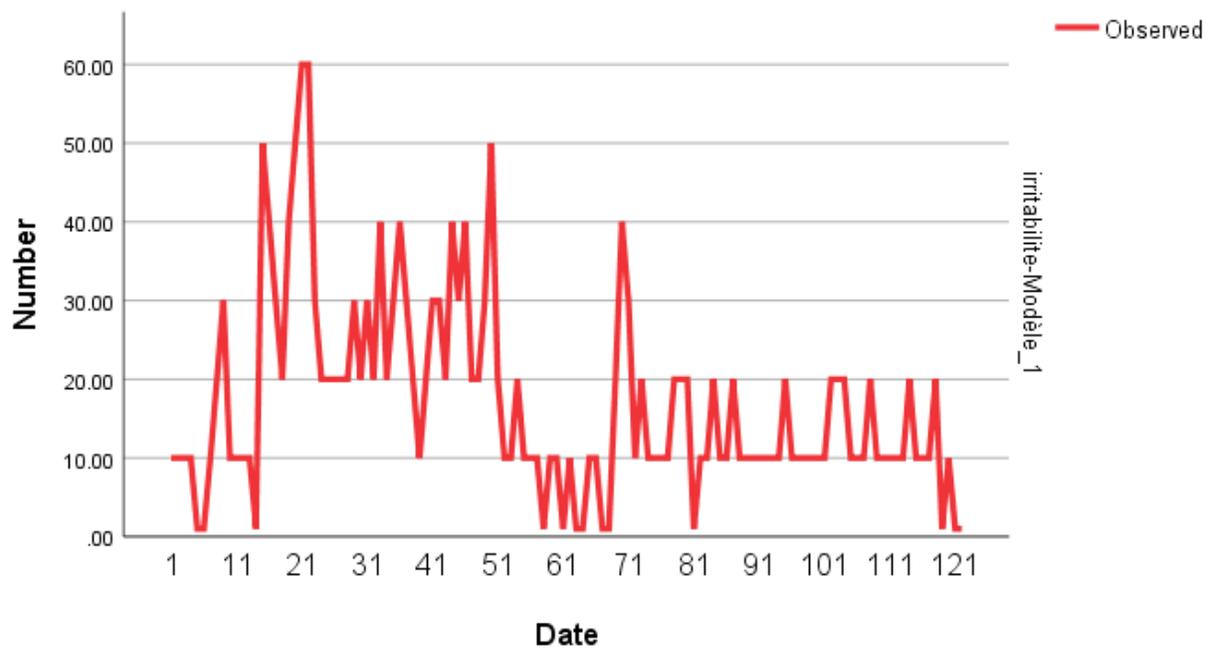


Figure 4 : Graphique des analyses ARMA du militaire 2 pour la variable irritabilité

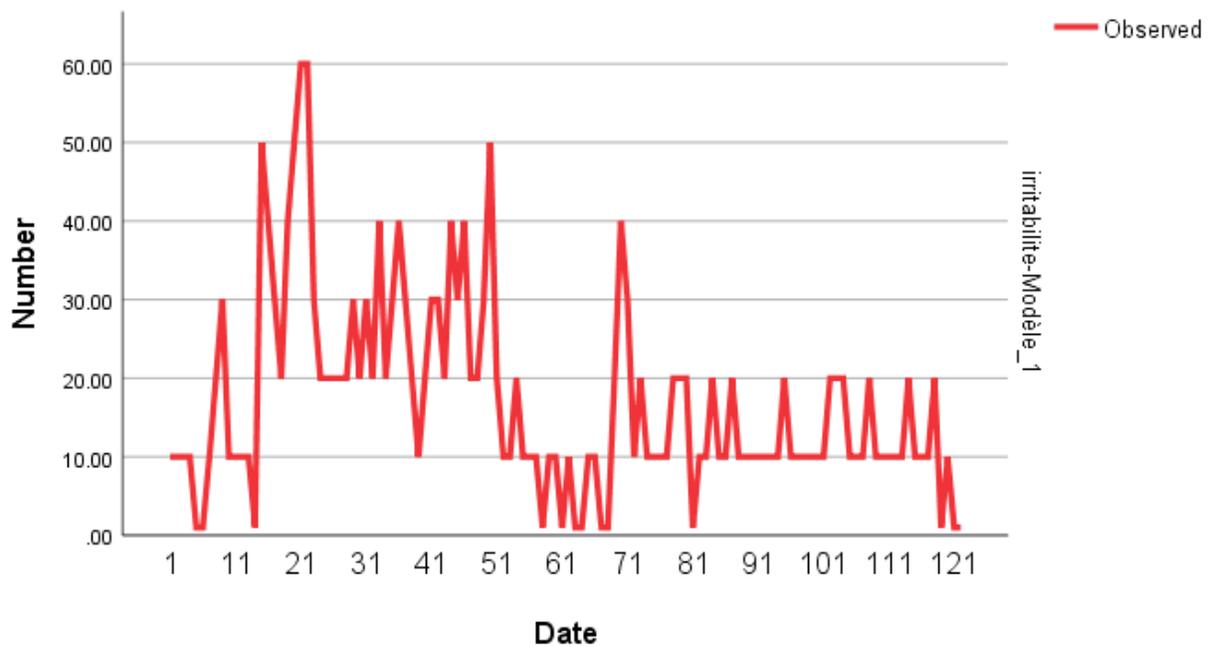


Figure 5 : Graphique des analyses ARMA du militaire 1 pour la variable satisfaction conjugale

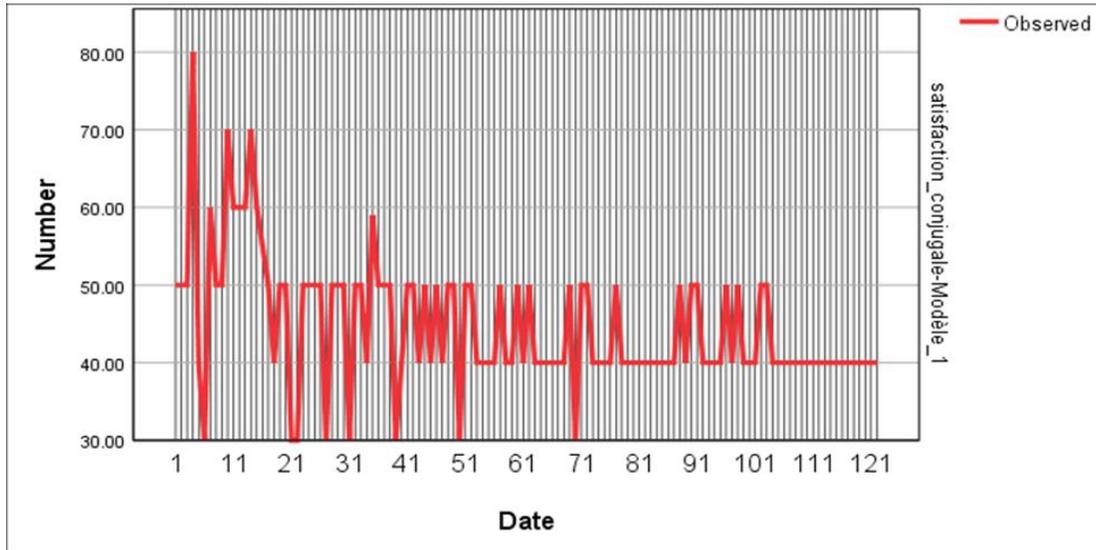


Figure 6 : Graphique des analyses ARMA du militaire 2 pour la variable satisfaction conjugale

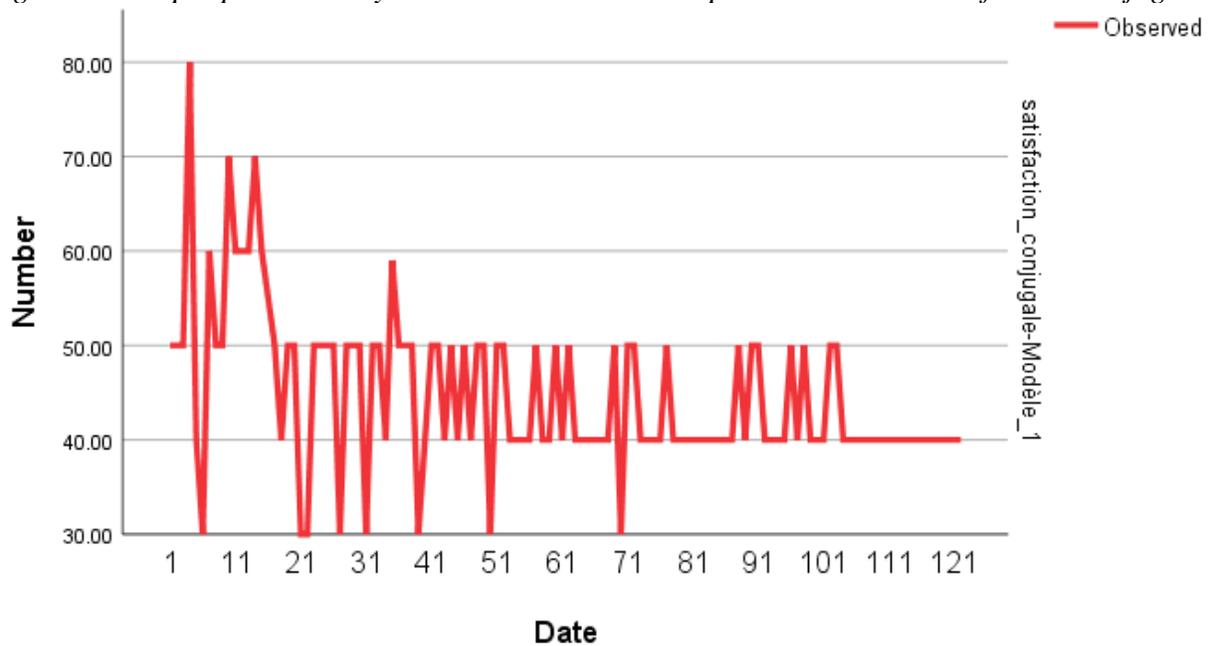


Figure 7 : Graphique des analyses ARMA statistiquement significatives de la conjointe 1 pour la variable satisfaction conjugale

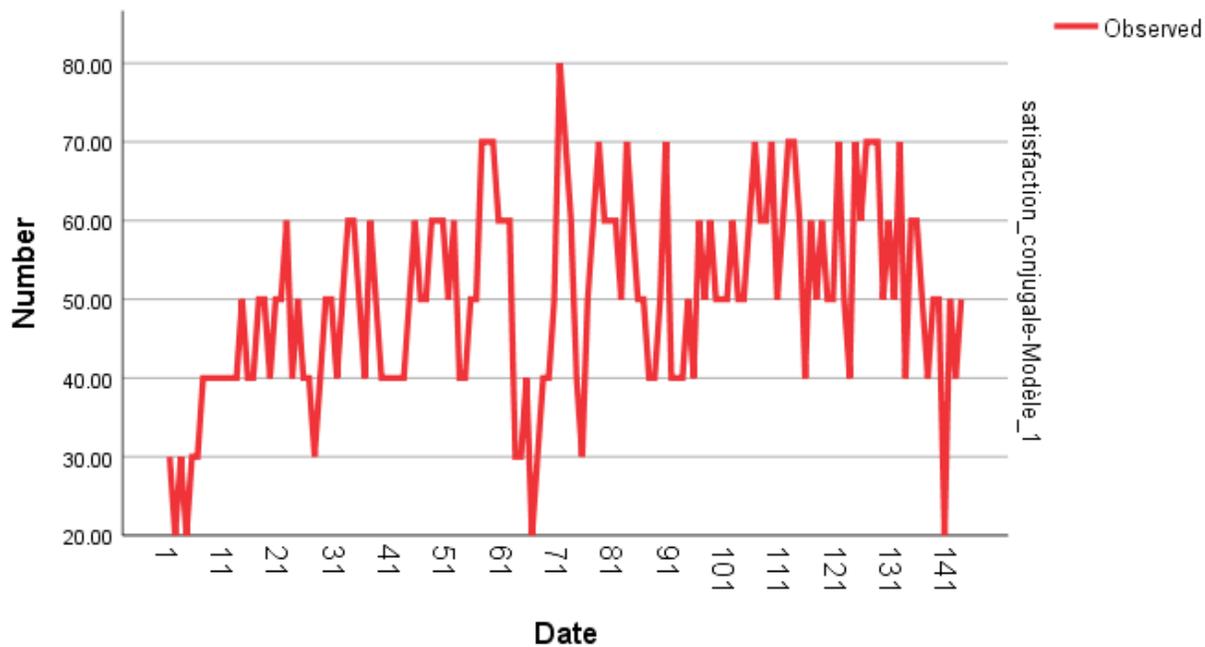
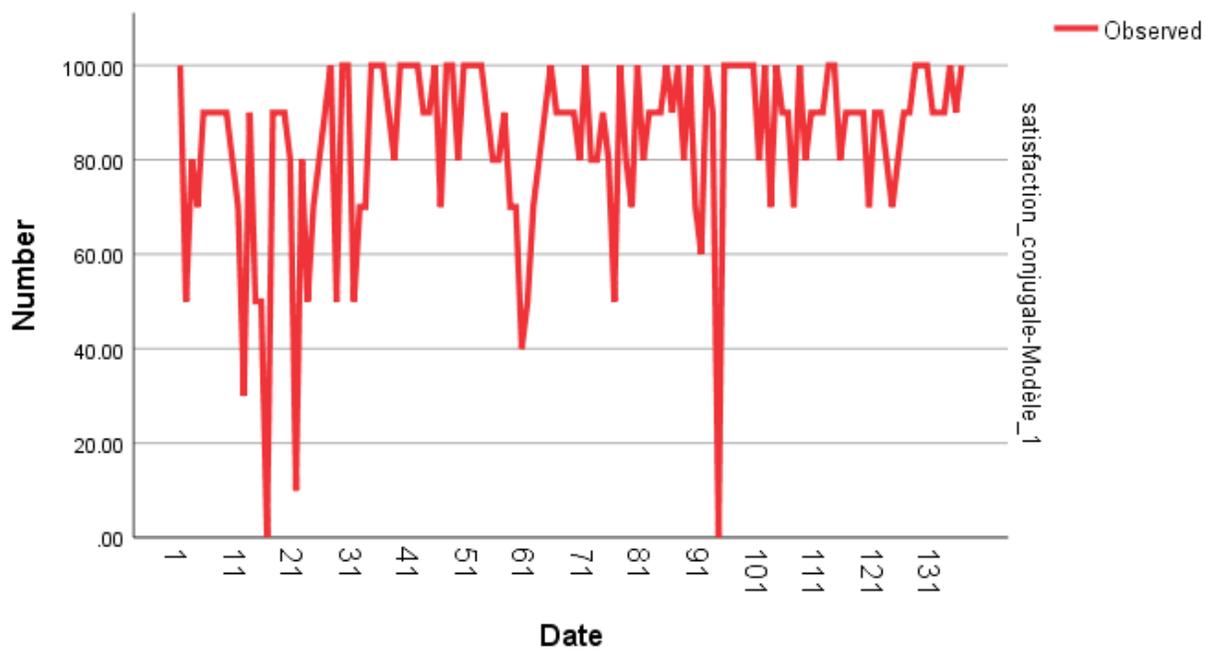


Figure 8 : Graphique des analyses ARMA statistiquement significatives de la conjointe 2 pour la variable satisfaction conjugale



Annexes

Annexe A : Questionnaire d'informations générales; version anglophone

Questionnaire General Information

These questions are meant to collect some general information about different aspects of your life. They are important for the research project and also useful to help us get to know you better. The answers are confidential; only your therapist and the main researcher of the project will have access to your data. You are free to refuse to answer one or more of these questions.

Thank you very much.

First name: _____ Last name: _____

Please, circle your answer:

Gender: M F Other: _____

Age: _____ years old

Nationality: _____

Please, circle your answer:

Are you married: Yes No

How long have you been married/ in this relationship? _____ Years.

Please, circle your answer:

Degree:	1- Elementary School	2- High School
	3- College	4- University – Bachelor's degree
	5- University – Masters degree	6- University – Doctorate Degree

Please, circle your answer.

Income:	1- Less than \$20 000	2- Between \$20 000 - \$39 000
	3- Between \$40 000 - \$59 000	4- Between \$60 000 - \$79 000
	5- Between \$80 000 - \$99 000	6- Above \$100 000

Annexe C : Auto-enregistrements quotidiens

Date : ____ / ____ / ____ # D'identification : _____ mm/jj / aaaa

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 me sens à l'aise de partager à mon/ma partenaire ce que je ressens au fond de moi :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

B. Aujourd'hui, je fais confiance en mon\ma partenaire que même si je démontre une faiblesse, elle réagira de manière positive :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

C. Aujourd'hui, mes sentiments sont engourdis :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

D. Aujourd'hui, j'ai discuté de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon\ma partenaire.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

E. Aujourd'hui je me sens irritable et fâché.

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.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Annexe D: Échelle d'ajustement dyadique, version francophone**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.

	Every Day	Almost Every Day	Occasionally	Rarely	Never
23. Do you kiss your mate?	<input type="radio"/>				
	All of them	Most of them	Some of them	Very few of them	None of them
24. Do you and your mate engage in outside interests together?	<input type="radio"/>				

How often would you say the following events occur between you and your mate?

	Never	Less than once a month	Once or twice a month	Once or twice a week	Once a day	More often
25. Have a stimulating exchange of ideas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Laugh together	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Calmly discuss something	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Work together on a project	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

These are some things about which couples sometimes agree and sometime disagree. Indicate if either item below caused differences of opinions or were problems in your relationship during the past few weeks. (Check yes or no)

	Yes	No	
29.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Being too tired for sex.
30.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Not showing love.

31. The circles on the following line represent different degrees of happiness in your relationship. The middle point, "happy," represents the degree of happiness of most relationships. Please fill in the circle which best describes the degree of happiness, all things considered, of your relationship.

| <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Extremely Unhappy | Fairly Unhappy | A Little Unhappy | Happy | Very Happy | Extremely Happy | Perfect |

32. Which of the following statements best describes how you feel about the future of your relationship?

- I want desperately for my relationship to succeed, and *would go to almost any length* to see that it does.
- I want very much for my relationship to succeed, and *will do all I can* to see that it does.
- I want very much for my relationship to succeed, and *will do my fair share* to see that it does.
- It would be nice if my relationship succeeded, but *I can't do much more than I am doing now* to help it succeed.
- It would be nice if it succeeded, but I *refuse to do any more than I am doing now* to keep the relationship going.
- My relationship can never succeed, and *there is no more that I can do* to keep the relationship going.

Annexe F : PCL-5 version originale anglophone

PTSD Checklist (PCL) - 5

Name: _____

Date: _____

Instructions: Below is a list of problems that people sometimes have in response to a very stressful experience. Please read each problem carefully and then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

In the past month, how much were you bothered by:	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience?	0	1	2	3	4
2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?	0	1	2	3	4
3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?	0	1	2	3	4
4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?	0	1	2	3	4
5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)?	0	1	2	3	4
6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?	0	1	2	3	4
7. Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?	0	1	2	3	4
8. Trouble remembering important parts of the stressful experience?	0	1	2	3	4
9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?	0	1	2	3	4
10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?	0	1	2	3	4
11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame?	0	1	2	3	4
12. Loss of interest in activities that you used to enjoy?	0	1	2	3	4
13. Feeling distant or cut off from other people?	0	1	2	3	4
14. Trouble experiencing positive feelings (for example, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)?	0	1	2	3	4
15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively?	0	1	2	3	4
16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm?	0	1	2	3	4
17. Being "superalert" or watchful or on guard?	0	1	2	3	4
18. Feeling jumpy or easily startled?	0	1	2	3	4
19. Having difficulty concentrating?	0	1	2	3	4
20. Trouble falling or staying asleep?	0	1	2	3	4

Total _____

