

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES PROBLÈMES CARDIAQUES : LES LIENS ENTRE L'ATTACHEMENT,
L'ALEXITHYMIE ET L'AJUSTEMENT DYADIQUE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
VALÉRIE BEAUDOIN

DÉCEMBRE 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Yvan Lussier, Ph.D. directeur de recherche

Paul Samuel Greenman, Ph.D. codirecteur de recherche

Jury d'évaluation :

Yvan Lussier, Ph.D. directeur de recherche

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D. évaluatrice interne

Noémie Bigras, Ph. D. évaluatrice externe

Sommaire

Cette étude vise à examiner la nature des relations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque. L'échantillon est composé de 69 adultes hétérosexuels qui font partie d'un couple dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque et de 125 adultes hétérosexuels qui font partie d'un couple en bonne santé physique. Tous les couples ont rempli des questionnaires mesurant leur attachement amoureux, leur niveau d'alexithymie et leur satisfaction conjugale. Les résultats montrent que les deux sous-échelles d'attachement (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) sont reliées à deux des trois sous-échelles d'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions et difficulté à décrire ses émotions). Ces dernières sous-échelles sont également reliées à l'ajustement dyadique. De manière générale, le groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque ne diffère pas significativement du groupe de couples en bonne santé physique au niveau des différentes échelles, à l'exception de l'évitement de l'intimité, qui est plus élevé chez les couples dans lesquels un partenaire a une maladie cardiaque. La vérification du modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM; Kenny, Kashy, & Cook, 2006) permet de constater que, chez le groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, l'alexithymie et l'attachement de l'homme ne sont pas reliés à l'ajustement dyadique d'aucun des partenaires. L'évitement de l'intimité de la femme, par contre, est relié à sa propre satisfaction conjugale, alors que sa difficulté à identifier ses émotions est reliée à la satisfaction conjugale de l'homme. En contrepartie, chez les couples en bonne santé physique, l'évitement de l'intimité des deux

partenaires est relié à leur propre ajustement dyadique en tant qu'individus, alors que la difficulté à identifier ses émotions est associée à l'ajustement dyadique de l'autre partenaire. Pour la femme, sa difficulté à identifier ses émotions est aussi reliée à son propre ajustement dyadique. Le peu de résultats significatifs souligne la pertinence d'aller explorer ces liens à différentes périodes de la réadaptation cardiaque.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
Les problèmes cardiaques.....	6
Les facteurs de risques et de protection.....	7
La relation conjugale et les maladies cardiaques	7
L'ajustement dyadique et les maladies cardiaques.....	11
L'attachement	16
Les styles d'attachement.....	17
L'attachement à l'âge adulte.....	19
L'attachement et l'ajustement dyadique.....	24
L'attachement et les maladies cardiaques	26
Partenaire	28
L'alexithymie.....	29
L'alexithymie et l'attachement.....	30
L'alexithymie et les difficultés relationnelles et conjugales	33
Objectifs de recherche	39

Hypothèses.....	40
Méthode	42
Participants et déroulement.....	43
Instruments de mesure	46
L'attachement	46
L'alexithymie.....	47
La satisfaction conjugale	49
Résultats.....	51
Analyses descriptives.....	54
Analyses principales	56
Discussion.....	70
Retour sur les analyses préliminaires	71
Retour sur les analyses principales	73
Forces, limites et recommandations futures	84
Conclusion	89
Références.....	91
Appendice A. Questionnaires : version francophone	105
Appendice B. Questionnaires : version anglophone.....	120

Liste des tableaux

Tableau

1	Les quatre styles d'attachement proposés par Bartholomew et Horowitz (1991).....	22
2	Études sur l'alexithymie et l'ajustement dyadique	34
3	Moyennes et écarts-types pour l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les hommes et les femmes du groupe de couples en bonne santé physique et du groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque	55
4	Corrélations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique pour l'ensemble des deux échantillons	57
5	Corrélations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les couples en bonne santé physique.....	59
6	Corrélations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les couples dans lesquels un partenaire est atteint d'une maladie cardiaque	60

Liste des figures

Figures

- 1 Modèle d'interdépendance « acteur-partenaire » des liens entre l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la difficulté à identifier ses émotions (DIF) et l'ajustement dyadique chez les couples en bonne santé physique 67
- 2 Modèle d'interdépendance « acteur-partenaire» des liens entre l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la difficulté à identifier ses émotions (DIF) et l'ajustement dyadique chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque 68

Remerciements

Je souhaite exprimer mes plus sincères remerciements à mon directeur de recherche, Monsieur Yvan Lussier, Ph.D., pour le partage de ses connaissances et pour son dévouement. Je tiens aussi à remercier mon co-directeur, Monsieur Paul Samuel Greenman, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais pour son soutien, son implication tout au long de mon parcours universitaire, ainsi que pour m'avoir permis de réaliser ce projet de recherche.

Il m'est important de souligner tout le soutien et les encouragements des membres de ma famille, de mon conjoint et de mes amis au cours de ce parcours doctoral. C'est grâce à vous tous que j'ai pu accomplir cette étape de vie menant à mon rêve professionnel et je vous en serai toujours reconnaissante

Introduction

Les maladies du cœur sont au centre des préoccupations de notre société étant donné qu'elles constituent la deuxième cause de décès au Canada immédiatement après le cancer et qu'elles engendrent des coûts directs et indirects de plusieurs milliards de dollars par année. En 2012, elles étaient à l'origine de 48 681 décès dans notre pays et représentaient 20,8 % des décès totaux chez les hommes et 18,7 % chez les femmes (Agence de la Santé Publique du Canada, 2017). Selon l'Agence de la Santé Publique du Canada (2018), plus de 2,4 millions de Canadiens âgés de 20 ans et plus vivent avec un diagnostic de maladie du cœur, soit un adulte canadien sur 12. La maladie coronarienne a été longtemps considérée comme une maladie qui touche seulement les hommes. Par contre, il est maintenant connu que les femmes sont aussi touchées par cette maladie, mais qu'elle apparaît habituellement 10 ans plus tard dans la vie de celles-ci (Orth-Gomer et al., 2000). Les femmes plus jeunes seraient protégées contre les maladies du cœur en raison de leur haut niveau d'estrogène en lien avec leurs menstruations (Orth-Gomer et al., 2000). C'est seulement quelques années après le début de leur ménopause, que le risque des femmes de développer une maladie cardiaque augmente (Orth-Gomer et al., 2000). Malgré le taux de décès élevé en lien avec ces maladies, en 2007, 1,3 million de Canadiens y ont survécu. Ces personnes doivent désormais vivre avec ces maladies et leurs conséquences (Agence de la Santé Publique du Canada, 2009), qui sont considérées parmi les causes les plus fréquentes d'invalidité (Mathers, Fat, & Boerma, 2008). Ces personnes sont alors confrontées à des changements importants qui peuvent avoir des répercussions

majeures sur leur qualité de vie et plus précisément sur leur satisfaction conjugale. À cet effet, elles sont amenées à faire des changements significatifs dans leur vie quotidienne par exemple: changer de travail, redéfinir leurs tâches à la maison, adapter leur vie sexuelle, modifier leur alimentation, augmenter leur fréquence d'activité physique, arrêter de fumer et diminuer leur niveau de consommation d'alcool (Falvo, 2013).

Le partenaire amoureux et la satisfaction conjugale au sein du couple sont grandement impliqués dans le rétablissement d'une maladie cardiaque (Randall, Molloy, & Steptoe, 2009). De ce fait, il est primordial de tenter de mieux comprendre les différentes variables pouvant influencer la satisfaction conjugale des couples où l'un des deux partenaires est atteint d'une maladie cardiaque en les comparant à des couples n'ayant pas de problèmes cardiaques. Deux variables, l'une reconnue comme étant centrale dans l'étude du fonctionnement conjugal, l'attachement amoureux et l'autre, qui est associée à la capacité de régulation émotionnelle, l'alexithymie, seront examinées dans la présente recherche. Quelques études sont disponibles dans la documentation sur le lien entre ces deux variables et l'ajustement dyadique, mais aucune n'a été menée chez des couples où l'un des deux partenaires est atteint d'une maladie cardiaque et en les comparant à des couples en bonne santé physique.

Dans un premier temps, une recension des écrits sera présentée afin de mieux définir les liens qui existent entre la maladie cardiaque, les relations conjugales, l'attachement,

l'alexithymie et l'ajustement dyadique. En fonction de la documentation recensée, les hypothèses de recherche seront présentées. Ensuite, les aspects méthodologiques de cet essai, notamment la description des participants, le déroulement de l'étude, ainsi que les instruments de mesure utilisés seront abordés. Les résultats de cette recherche suivront, puis ils seront interprétés en fonction des hypothèses de recherche. Une conclusion complétera ce travail de recherche.

Contexte théorique

Le présent chapitre présente une recension des écrits théoriques et empiriques sur les variables à l'étude et se divise en quatre grandes sections. Il débute avec la présentation des problèmes cardiaques qui inclut la définition, les facteurs de risque et de protection et le lien entre la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les maladies cardiaques. Par la suite, un survol des bases de la théorie de l'attachement et de la théorie de l'attachement à l'âge adulte sera fait. Les études sur le lien entre l'attachement et l'ajustement dyadique de même que le lien entre l'attachement et les maladies cardiaques seront abordées. La définition de l'alexithymie et son implication dans les difficultés relationnelles seront ensuite présentées. Cette partie explore notamment la documentation sur l'alexithymie et l'ajustement dyadique, de même que les liens entre l'attachement et l'alexithymie. Cette section se termine par la formulation des objectifs et des hypothèses de recherche.

Les problèmes cardiaques

Selon la Fondation des maladies du cœur (2015), le terme « maladies cardiaques » regroupe plusieurs affectations (p. ex., infarctus du myocarde, angine de poitrine, arythmie cardiaque) en lien avec le système cardiovasculaire qui entravent le bon fonctionnement du cœur. La majorité d'entre elles sont causées par l'athérosclérose, soit des dépôts de cholestérol ou d'autres substances sur les parois intérieures des vaisseaux sanguins qui créent des plaques et obstruent la circulation sanguine (Mendis et al., 2011). L'apport d'oxygène et de nutriments au cœur est alors compromis et cela peut causer des dommages

significatifs à l'organisme, voire entraîner la mort (Taylor & Sirois, 2014). Il est également important de souligner que la maladie cardiaque est considérée comme une maladie chronique, c'est-à-dire qu'elle est permanente et qu'elle entraîne des difficultés qui sont durables.

Les facteurs de risques et de protection

L'interaction de plusieurs facteurs est habituellement à l'origine du développement des maladies cardiaques. Dans la population générale, 80 % des risques de développer une maladie cardiaque sont attribuables à des facteurs liés aux habitudes de vie (Oldenburg, Baptista, Cocker, & O'Neil, 2015). Parmi eux, on recense l'embonpoint, le tabagisme, le stress, les problèmes de santé mentale comme la dépression et l'état de stress post-traumatique (ESPT), l'hérédité, l'âge, l'isolement social ainsi que la détresse conjugale (Fondation des maladies du cœur, 2015; Taylor & Sirois, 2014). Dans la présente recherche, une attention plus particulière est portée aux aspects interpersonnels associés aux maladies cardiaques. Des études ont démontré que certains de ces facteurs de risque peuvent être diminués ou éliminés à l'aide de la présence et/ou de l'implication du partenaire amoureux.

La relation conjugale et les maladies cardiaques. Au cours des dernières années, un lien a été établi entre les relations sociales et la santé physique. À cet effet, il est démontré que les gens qui ont un réseau social limité et peu de soutien ont 29 % plus de risque d'être atteints d'une maladie cardiaque (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, &

Hanratty, 2016). Plus précisément, les relations intimes seraient la source principale de soutien et par le fait même un agent déterminant dans le bien-être des adultes (Barger & Cribbet, 2016). Plusieurs études rapportent un lien entre la maladie cardiaque et les relations amoureuses (Tulloch & Greenman, 2018). Certaines études ont mis l'accent sur le statut conjugal. Par exemple, être engagé dans une relation conjugale a été démontré comme un facteur de protection en plus d'augmenter la longévité des gens qui présentent des problèmes cardiaques (Manfredini et al., 2017).

Avec l'avancement en âge, le partenaire amoureux tend à prendre de l'importance, notamment à cause du déclin du soutien venant d'autres sources et de l'émergence de facteurs de risque importants de maladies (Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007). Cette relation se différencie de la majorité des autres relations et a une importance primordiale. La relation de couple est considérée comme la seule relation, à l'âge adulte, dans laquelle on retrouve une aussi grande proximité physique, qui engendre une réaction significative à la séparation et à la perte et qui a des effets considérables sur la santé psychologique et physique (Zeifman & Hazan, 2016). À cet effet, des auteurs ont démontré que le partenaire amoureux représente pour la majorité des adultes la principale figure d'attachement (Pitman & Scharfe, 2010). La notion d'attachement sera abordée plus loin.

Des chercheurs ont relié différentes variables de la relation conjugale à l'expérience et à la perception de la douleur, ce qui souligne son influence sur le plan physiologique (Coan, Schaefer, & Davidson, 2006; Cohen, Janicki-Deverts, Turner, & Doyle, 2015;

Eisenberger et al., 2011; Johnson et al., 2013). Tous ces chercheurs s'entendent pour dire que le partenaire amoureux agit en tant que modulateur de la douleur. En effet, comme le démontre certaines études, la présence du partenaire amoureux ou même de sa simple photographie permet de diminuer la perception et l'expérience de douleur des participants en activant le signal de sécurité et en régulant les émotions reliées à la peur et à la douleur (Johnson et al., 2013), une peur et une douleur pouvant notamment être expérimentées par les gens atteints d'une maladie cardiaque (Coan et al., 2006; Cohen et al., 2015; Eisenberger et al., 2011). Ces résultats viennent appuyer les propos de Johnson (2014), qui affirme que les connexions amoureuses agissent comme un antidote naturel contre la peur et la douleur. De plus, le partage d'une vie commune peut renforcer les comportements de santé et décourager les conduites pathogènes (p.ex., le tabagisme), ce qui diminue la vulnérabilité des individus face aux maladies cardiaques (Thoits, 2011).

Dans leur étude auprès d'hommes ayant subi une maladie cardiaque, Vilchinsky et al. (2011) ont démontré que les hommes sont plus propices à arrêter de fumer lorsque leur femme est activement engagée dans la relation et dans la guérison. De plus, l'accessibilité et la réactivité du partenaire amoureux ont été démontrées comme ayant un impact sur la diminution de la pression sanguine en plus d'atténuer la réactivité cardiaque (Gottman, 2011). Un bon soutien social, notamment celui offert par le partenaire amoureux, agit en tant que protecteur, entre autres, parce qu'il procure un sentiment d'identité, de contrôle et une impression de sécurité (Thoits, 2011). Le soutien social et l'appui offerts par un partenaire amoureux sont bénéfiques pour un individu, et ce, particulièrement s'il est

malade. Le soutien social, souvent offert par le conjoint permet une meilleure adaptation à la maladie et un meilleur rétablissement (Randall et al., 2009).

Il est possible de mettre en évidence que le fait d'être marié représente un facteur de protection en plus d'augmenter la longévité de la vie des gens qui présentent des problèmes cardiaques (Manfredini et al., 2017). En examinant la documentation sur le couple, Fletcher, Simpson, Campbell et Overall (2015) ont identifié que les gens qui vivent seuls ou qui n'ont pas de relation intime s'adaptent moins bien à la maladie chronique, y compris à la maladie cardiaque. Avoir une relation intime réduit le risque de décès cardiaque de même que le risque de décès dans les années qui suivent l'événement cardiaque en plus d'aider à son rétablissement (Czajkowski, Arteaga, & Burg, 2011). À cet effet, plusieurs études ont démontré que dans un échantillon de gens ayant subi un infarctus du myocarde, les individus divorcés, veufs ou ayant toujours été célibataires ont plus de risque de mourir que les gens mariés (Dupre & Nelson, 2016; Hayes et al., 2016).

Dans le même ordre d'idées, un sentiment d'isolation, de solitude, de même qu'un haut niveau de conflit et de détresse conjugale ont été liés à de l'hypertension pulmonaire (Smith, Uchino, Berg, & Florsheim, 2012) et au développement d'une maladie cardiaque (Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino Sr, & Benjamin, 2007).

Les résultats présentés précédemment font davantage référence au statut conjugal, sans toutefois prendre en considération la qualité de la relation. D'autres études se sont davantage attardées au lien entre la santé cardiovasculaire et la qualité des relations amoureuses.

L'ajustement dyadique et les maladies cardiaques. D'abord, l'ajustement dyadique est un concept fréquemment utilisé qui réfère à la qualité d'une relation conjugale en termes de satisfaction perçue par chaque partenaire (Eid & Boucher, 2012). La qualité de la relation renvoie au degré de chaleur, d'affection, de soutien et de rapprochement en comparaison à l'hostilité, les conflits, la distance et le manque d'affection (Smith & Baron, 2016). Il est possible de conceptualiser l'ajustement dyadique à partir du modèle vulnérabilité-stress-adaptation de Karney et Bradbury (1995). Ce modèle fonde sa compréhension dynamique et holistique du couple sur l'interaction de trois déterminants : les vulnérabilités inhérentes de chacun des partenaires (personnalité, variables historiques, valeurs), les stresseurs environnementaux auxquels ils sont soumis (déménagement, perte d'emploi, maladie) et les processus d'adaptation qui sont mis en place par les partenaires pour y faire face (patrons de communication, soutien émotionnel, stratégies de résolution de problèmes). À partir de ce modèle, il est possible de comprendre l'ajustement dyadique des couples qui font face à la maladie cardiaque en la considérant comme un stresseur. La manière dont ce dernier va influencer l'ajustement dyadique dépend alors de son interaction avec les vulnérabilités de chacun des partenaires (p. ex,

l'attachement insécurisant) et les stratégies d'adaptation qui seront mises en place pour y faire face, notamment leur capacité à communiquer et à se soutenir émotionnellement.

Il est clair qu'un lien bidirectionnel existe entre les maladies cardiaques et la qualité de la relation, c'est-à-dire que la qualité de la relation influence l'apparition, la progression et l'adaptation à la maladie, de même que la maladie peut influencer la qualité de la relation (Tulloch & Greenman, 2018). Un évènement cardiaque au sein du couple entraîne des changements importants au niveau de la dyade et une nécessité d'adaptation (Tulloch & Greenman, 2018). Par exemple, les rôles de chacun peuvent être amenés à changer de même que les plans futurs pour le couple, ce qui est susceptible d'entrainer des difficultés conjugales. En addition, la survenue de l'évènement est susceptible d'entrainer une détresse émotionnelle chez les deux partenaires en raison du caractère potentiellement fatal de cette maladie (Tulloch & Greenman, 2018). De ce fait, 30% des gens qui vivent avec une maladie cardiaque rapportent des conflits conjugaux (Tulloch & Greenman, 2018). Une méta-analyse fait ressortir qu'une relation empreinte de soutien avec un haut niveau de qualité relationnelle peut être associée à un meilleur pronostic d'évolution de la maladie (Robles, Slatcher, Trombello, & McGinn, 2014). Dans un autre domaine d'étude portant sur l'expérience de la douleur, Coan et al. (2006) ont démontré une relation négative entre l'ajustement dyadique et l'activation de la réponse de douleur. Autrement dit, plus l'ajustement dyadique des partenaires était élevé, moins il y avait d'activation de la réponse de douleur. En lien avec cette étude, Johnson et ses collègues (2013) ont testé l'impact d'une thérapie de couple (thérapie conjugale axée sur l'émotion) sur l'activation

neurologique des zones reliées à la douleur et à la peur en présence d'une menace. Chez les couples ayant suivi la thérapie, les chercheurs ont observé une augmentation de la satisfaction conjugale et par le fait même une diminution de l'activation neurologique des zones reliées à la douleur et à la peur en présence d'une menace. Toutefois, cela était seulement observé quand les partenaires se tenaient la main durant l'expérience de douleur. Ces résultats suggèrent que l'appui d'un partenaire dans le cadre d'une relation satisfaisante agit comme régulateur émotionnel lors d'événements stressants et menaçants et pourrait s'appliquer à la maladie cardiaque.

Dans le cadre d'études spécifiques à la maladie cardiaque, il a été démontré que les gens vivant une relation satisfaisante ont 3,2 fois plus de chance d'être encore en vie 15 ans après un pontage de l'aorte coronarienne (King & Reis, 2012). Dans le même ordre d'idées, suite à leur étude menée auprès de femmes âgées entre 35 ans et 65 ans hospitalisées pour un événement coronarien aigu, des chercheurs ont démontré que les femmes qui expérimentent un stress conjugal ont trois fois plus de risque de vivre des attaques cardiaques récurrentes (Orth-Gomer et al., 2000). Il a aussi été démontré que suite à un infarctus du myocarde, l'isolement et le manque de soutien social entraînent des conséquences indésirables comme une augmentation du risque de rechute, de dépression, de mortalité précoce et d'invalidité (Lett et al., 2005; Randall et al., 2009). Cela démontre bien que ce n'est pas seulement la présence ou l'absence d'une relation intime qui a une influence sur la santé et la maladie cardiaque, mais aussi sa qualité. Malgré qu'il y ait une adaptation plus rapide à la maladie cardiaque et une augmentation des chances de survie

à celle-ci en présence d'un bon ajustement dyadique, comme mentionné précédemment, un faible ajustement dyadique à l'inverse, a, un impact négatif important sur la santé (Fletcher et al., 2015; Karademas, 2014).

Les conflits qui se présentent dans la relation conjugale représentent souvent une source de stress majeure pour l'individu et ils sont susceptibles d'entrainer des réactions cardiovasculaires chez ce dernier (Whisman & Baucom, 2012). C'est notamment à travers les réactions cardiovasculaires que le lien entre les relations conjugales et la santé physique est établi (Tulloch & Greenman, 2018). À cet effet, dans leur étude, Whisman, Uebelacker et Settles (2010) ont démontré que les individus qui sont dans un couple où les interactions négatives et conflictuelles sont prédominantes démontrent un plus grand risque de présenter des syndromes métaboliques (obésité centrale, dyslipidémie, pression artérielle élevée et dysglycémie). À cet effet, Hinshaw, Robles, Slatcher, Trombello et McGinn (2014) stipulent que les couples en détresse expérimentent davantage d'émotions négatives comme l'hostilité. Dans leur étude, Smith et al. (2009) ont démontré que la présence d'hostilité et d'un faible degré de chaleur conjugale étaient liés à de l'insatisfaction conjugale, ainsi qu'à une plus grande calcification de l'artère coronaire.

Le poids de ces émotions agit comme un médiateur biologique de la relation entre la qualité de la relation conjugale et la santé cardiovasculaire (Hinshaw et al., 2014). Par exemple, un faible ajustement dyadique serait associé à davantage d'hostilité au sein de la relation ce qui en retour serait reliée à une plus grande réactivité cardiovasculaire et

neuroendocrinienne (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003), une pression sanguine et un rythme cardiaque plus élevés (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003) et a une plus grande inflammation (Whisman & Baucom, 2012). Dans d'autres études, un lien a été établi entre le niveau d'hostilité au sein du couple et l'hypertension de même que l'augmentation de la fréquence cardiaque (Baucom et al., 2018; Donoho, Seeman, Sloan, & Crimmins, 2015). De plus, ces interactions conflictuelles ont également été démontrées comme étant associées à un haut débit cardiaque et une activation du système sympathique supérieur (Smith et al., 2009). Des études ont également démontré un lien entre la qualité de la relation conjugale, l'inflammation et le niveau de cortisol (Donoho et al., 2015; Kiecolt-Glaser et al., 2005; Miller, Chen, & Cole, 2009; Robles et al., 2014; Whisman & Sbarra, 2012).

Le lien entre l'ajustement dyadique et la maladie cardiaque a également été expliqué à partir de mécanismes plus indirects incluant les pensées, les émotions et les comportements. Par exemple, les problèmes conjugaux seraient associés à des comportements à risque comme l'abus d'alcool et le tabagisme qui, en retour, mènent à davantage de risques de problèmes cardiaques (Skoyen, Kogan, Novak, & Butler, 2013). Le partenaire amoureux, de même que les émotions vécues au sein de la relation auraient également une influence sur les comportements alimentaires, l'activité physique et la gestion de la médication, ce qui, en retour, aurait une influence sur la maladie (DiMatteo, 2004; Lewis & Butterfield, 2007; Lewis & Rook, 1999).

En surcroit, les conflits conjugaux peuvent être vécus comme une rupture du lien d'attachement, ce qui entraîne un niveau élevé de stress et d'émotions négatives qui, à leur tour, représentent un facteur de risque important de maladies cardiaques (Tulloch & Greenman, 2018). Il demeure important de préciser que ces résultats ne signifient pas que l'ajustement dyadique soit responsable de la maladie cardiaque, mais plutôt qu'il peut précipiter et contribuer à son apparition, représentant ainsi un facteur de risque important.

En somme, le rôle de l'ajustement dyadique a été démontré dans la régulation de la santé cardiovasculaire. L'un des cadres théoriques souvent utilisés pour comprendre les relations amoureuses est celui de l'attachement. Cette théorie met de l'avant l'importance du système d'attachement qui se manifeste au sein de la relation amoureuse afin de réguler les émotions et veiller au bon fonctionnement conjugal.

L'attachement

L'attachement est un concept développé par Bowlby (1969,1982) qui décrit principalement le lien entre l'enfant et la personne qui lui prodigue les soins. Selon la théorie de l'attachement, l'enfant développe un lien particulier et émotionnellement chargé avec la personne qui prend soin de lui, ce qui lui offre une meilleure chance de survie. Même si l'enfant peut développer une relation d'attachement avec plusieurs personnes, l'une d'entre elles sera davantage significative, ce n'est donc pas toutes les relations qui sont égales. Plus précisément, le développement des liens d'attachement se fait avec ceux qui offrent du réconfort dans les moments de peur, de stress ou de menace.

Selon ce même auteur, la figure d'attachement principale de l'enfant lui sert de base de sécurité, qui permet l'exploration du monde, l'autonomie et l'indépendance. C'est vers cette personne qu'il va se tourner pour obtenir de la sécurité, du réconfort et de la proximité pour l'aider à réguler son monde interne en cas d'anxiété, de peur ou de danger. C'est à partir de cette base de sécurité que l'enfant va pouvoir explorer le monde qui l'entoure et développer de nouveaux contacts sociaux. Le lien d'attachement comprend le maintien de la proximité, la quiétude (le havre de paix) et la base de sécurité. Il inclut également la détresse en cas de séparation. La proximité avec la figure d'attachement aide alors l'enfant à réguler ses émotions.

Les styles d'attachement

À partir de la théorie de Bowlby, Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) ont défini empiriquement des styles d'attachement. Les deux principaux types d'attachement ayant ressorti de leurs observations sont le type sécurisant et le type insécurisant (Ainsworth et al., 1978). Ce dernier type se divise ensuite en deux : anxieux-ambivalent et anxieux-évitant.

Le style d'attachement sécurisant est habituellement développé lorsque la figure d'attachement répond adéquatement et de manière constante aux besoins affectifs et émotionnels de l'enfant. Cela amène chez l'enfant une tendance à l'exploration en

présence de sa figure d'attachement et un apprentissage de la régulation émotionnelle en présence de menaces réelles ou imaginaires (Ainsworth et al., 1978).

Le style d'attachement anxieux-ambivalent développé chez l'enfant est, dans la plupart des cas, le résultat d'une inconsistance dans l'apport de soins venant de la figure d'attachement et d'un manque de concordance entre les besoins de l'enfant et la réponse du parent (Ainsworth et al., 1978). Ce style d'attachement permet plus difficilement le développement d'habiletés émotionnelles adéquates ce qui peut se manifester par des pleurs plus fréquents, plus d'anxiété, davantage de comportements de frustration et une réticence envers l'exploration du monde (Ainsworth et al., 1978).

Le style d'attachement anxieux-évitant découle d'une défaillance des soins apportés au nourrisson et à l'enfant évitant (Ainsworth et al., 1978). Lorsque la mère ou la figure d'attachement ne porte pas une attention particulière suffisante aux besoins de l'enfant, qu'elle a tendance à les négliger et les minimiser ou qu'elle porte des actions inefficaces pour les satisfaire, ce type d'attachement aura tendance à se développer (Ainsworth et al., 1978). Les enfants présentant ce style d'attachement se montrent détachés plutôt que protestants (Bowlby, 1969/1982). Ils manifestent un minimum de comportements d'attachement et peuvent même en venir à ignorer et à éviter leur figure d'attachement (Cohin & Miljkovitch, 2007). Il est important d'apporter une certaine nuance à ces postulats. Ce n'est pas simplement les comportements du pourvoyeur de soins qui vont déterminer le style d'attachement de l'enfant; le tempérament de l'enfant et sa perception

des choses l'influencent également. C'est un processus dynamique qui résulte d'une interaction entre plusieurs facteurs (Cohin & Miljkovitch, 2007).

Dépendant de la disponibilité et de la chaleur avec laquelle la figure d'attachement à répondu au besoin de l'enfant, ce dernier va développer des attentes face à lui-même en tant que personne digne d'amour et de soins, ainsi que des attentes face à la disponibilité et aux bonnes intentions d'autrui qui sont nommées modèles internes opérants (MIO) (Cohin & Miljkovitch, 2007). Les MIO de l'enfant auront tendance à perdurer tout au long de sa vie et ils influenceront ses interactions avec autrui même à l'âge adulte.

L'attachement à l'âge adulte

Le style d'attachement qu'un enfant développe au cours de son enfance aura tendance à demeurer stable à l'âge adulte (Bowlby, 1979). La théorie de l'attachement n'écarte toutefois pas la possibilité du changement ou de l'assouplissement du style d'attachement. Ce changement peut être possible, par exemple, si un individu qui présente un style d'attachement insécurisant se retrouve dans une relation stable et satisfaisante. En se basant sur les recherches de Bowlby, Hazan et Shaver (1987) ont trouvé des styles d'attachement chez les partenaires amoureux analogues aux styles chez l'enfant (Hazan & Shaver, 1987). Selon eux, à l'âge adulte, la figure d'attachement vers laquelle l'individu se tourne pour obtenir de la chaleur et du réconfort en cas de menace est, dans la majorité des cas, le partenaire amoureux. Les preuves empiriques démontrent que la relation avec le partenaire amoureux remplit tous les critères d'une relation d'attachement (recherche

de proximité, quiétude, détresse face à la séparation et base de sécurité) et qu'à l'âge adulte la relation d'attachement au partenaire amoureux dépasse la relation d'attachement au parent (Doherty & Feeney, 2004). La relation conjugale devient la principale source de soutien émotionnel pour les deux partenaires, mais tend à prendre une plus grande importance chez les hommes notamment puisqu'ils ont souvent un réseau de soutien émotionnel plus restreint en dehors de leur couple (Crowell, Treboux, & Waters, 2002).

Tout comme le parent, le partenaire amoureux, en tant que figure d'attachement, représente la source de protection, de réconfort et de soutien en cas de besoin, en plus d'être la cible de recherche de proximité lorsque le système d'attachement est activé (Zayas, Merrill, & Hazan, 2015). Le partenaire amoureux aide également à la régulation émotionnelle en cas de stress. La séparation entraîne un état de détresse tout comme à l'enfance (Zayas et al., 2015). En dépit de leur ressemblance, il est toutefois important de faire la nuance entre la figure d'attachement à l'enfance et la nouvelle figure d'attachement à l'âge adulte. Dans le contexte de la relation conjugale, le lien d'attachement est davantage bidirectionnel/réciproque alors que les deux partenaires sont impliqués et s'offrent mutuellement du soutien et du réconfort en comparaison avec un attachement davantage complémentaire à l'enfance (Schachner, Shaver, & Mikulincer, 2003). À l'enfance, la relation est unidirectionnelle/complémentaire, c'est-à-dire qu'il y a uniquement l'enfant qui se tourne vers sa figure d'attachement pour la sécurité et la protection en cas de menace (Schachner et al., 2003).

Parmi les différentes conceptualisations de l'attachement à l'adulte, celle de Bartholomew et Horowitz (1991) sera présentée, notamment en raison du soutien scientifique et clinique qu'elle a reçu. Leur système de conceptualisation est organisé en fonction de deux dimensions; les représentations internes de soi (positives ou négatives) qui se déploient autour de l'anxiété d'abandon et les représentations internes des autres (positive ou négative) qui s'organisent autour de l'évitement de l'intimité. La juxtaposition de celles-ci permet de subdiviser l'attachement en quatre différents styles : sécurisant, préoccupé (ou ambivalent), craintif et détaché (ou évitant), comme le démontre le Tableau 1.

Les gens avec une prédominance sécurisante ont une représentation de soi qui se manifeste par une tendance à entretenir la croyance qu'ils sont dignes de l'amour et de l'attention de l'autre (Brassard et al., 2017). Leurs représentations des autres sont teintées d'une croyance selon laquelle ils sont empathiques, aimants, soutenants et disponibles (Feeney, 2016). En relation amoureuse, ils sont à l'aise avec l'intimité, l'engagement et l'interdépendance (Brassard et al., 2017).

Les gens qui présentent un attachement détaché entretiennent une image positive d'eux-mêmes, mais une image négative de l'autre, c'est-à-dire qu'ils doutent de la capacité de l'autre à répondre à leurs besoins (Brassard et al., 2017). En relation amoureuse, il leur est très difficile de faire confiance, de s'engager et de dépendre de

Tableau 1

Les quatre styles d'attachement proposés par Bartholomew et Horowitz (1991)

		Modèle de soi	
		Positif (anxiété d'abandon faible)	Négatif (anxiété d'abandon élevée)
Modèle des autres	Positif (éviteme nt de l'intimité faible)	<i>Sécurisant</i> confortable avec l'intimité et l'autonomie	<i>Préoccupé</i> préoccupé, ambivalent et dépendant
	Négatif (éviteme nt de l'intimité élevé)	<i>Détaché</i> déni du besoin d'attachement, rejet et contre-dépendant	<i>Craintif</i> peur du rejet et évitement social

l'autre (Brassard et al., 2017). Ce mode relationnel est utilisé afin de se protéger des blessures potentielles liées à l'intimité. Ces comportements et ces attitudes qui visent à éviter l'intimité et la dépendance vis-à-vis de l'autre ont été identifiés par Mikulincer et Shaver (2003, 2007) comme une stratégie de désactivation du système d'attachement.

Les gens ayant un attachement préoccupé ont une vision négative d'eux-mêmes qui s'accompagne d'une croyance d'être indigne de l'amour de l'autre (Brassard et al., 2017). Leur représentation interne positive de l'autre les amène à rechercher l'attention et l'approbation de l'autre de manière excessive (Brassard et al., 2017). Toutefois, ils ont une peur importante de l'abandon et du rejet, particulièrement en ce qui concerne leur figure d'attachement qui, avec le temps, devient le partenaire amoureux (Butzer &

Campbell, 2008). Dans leur couple, ces individus peuvent avoir de la difficulté à considérer leur juste valeur et tendent à être jaloux (Mikulincer & Shaver, 2007). Les gens qui sont davantage préoccupés dans leur attachement démontrent et communiquent à leur partenaire de manière excessive et insatiable leurs besoins d'attachement et ils ont un grand besoin de réassurance (Mikulincer & Shaver, 2003, 2007). Être en relation apporte à ces personnes un haut niveau d'anxiété à cause de leurs différentes peurs relationnelles (Feeney & Noller, 2004) et un événement de vie important comme la présence d'une maladie cardiaque chez leur partenaire risquerait d'activer d'autant plus leur peur de l'abandon.

Dans le but d'apaiser l'anxiété du rejet et de l'abandon, les individus préoccupés auront recours à des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2003, 2007). Elles ont pour but principal d'obtenir du soutien et des soins en captant l'attention d'une figure d'attachement non réceptive ou perçue comme telle. Pour y arriver, l'individu adopte des comportements excessifs dirigés vers la recherche de proximité physique et émotionnelle de son partenaire (Cassidy & Berlin, 1994; Simpson, Ickes, & Grich, 1999). De plus, il surveille de manière rigoureuse sa relation dans le but de détecter les problèmes, ainsi que les signes de proximité et d'approbation de l'autre (Cassidy & Berlin, 1994; Simpson et al., 1999).

Les personnes avec un attachement non sécurisant peuvent développer un attachement craintif, qui réfère à une vision négative d'eux-mêmes et des autres, ce qui se

caractérise à la fois par une croyance d'être indigne d'amour et que les autres sont peu fiables (Brassard et al., 2017). Ces individus recherchent à la fois la proximité et l'intimité comme les personnes ayant un style préoccupé et ont tendance à fuir et à éviter la proximité comme les partenaires ayant un style détaché (Mikulincer & Shaver, 2003, 2007). Ainsi, les personnes avec un style craintif ont tendance à osciller entre l'hyperactivation et la désactivation du système d'attachement. À travers leur tendance à éviter l'intimité, ils peuvent vivre des moments durant lesquels ils adoptent des comportements excessifs dirigés vers la recherche de proximité physique et émotionnelle. Ces stratégies sont motivées par une peur provenant des expériences de l'individu avec ses premières figures d'attachement qui lui ont appris que les relations d'attachement et d'intimité peuvent être critiques et faire mal (Brassard, Wright, Shaver, Péloquin, & Dupuy, 2012).

L'attachement et l'ajustement dyadique

La majorité des auteurs s'entendent pour dire que le style d'attachement est relié à la satisfaction conjugale (voir les recensions de Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver, 2015). Les gens qui présentent un fort niveau d'évitement de l'intimité démontrent moins de connectivité, moins de soutien envers le partenaire et moins de satisfaction conjugale en général (Li & Chan, 2012). Les gens avec un attachement marqué par une forte anxiété d'abandon présentent davantage de conflits (Li & Chan, 2012).

Les résultats font ressortir une plus grande association entre l'attachement évitant et l'insatisfaction conjugale de manière générale contrairement à l'attachement anxieux. Ces résultats peuvent, entre autres, être expliqués par le fait que les personnes ayant un style d'attachement anxieux, malgré leur tendance à être extrêmement sensibles au rejet, ont toutefois la capacité de donner de la valeur à leur relation et de ressentir du bonheur lorsqu'ils sont certains de la disponibilité de leur partenaire (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). En comparaison, les personnes ayant un haut niveau d'évitement de l'intimité souffriraient davantage d'insatisfaction conjugale en raison de leur tendance à éviter la proximité avec l'autre et à éviter de donner une place importante à leur relation. Outre la différence entre les types d'attachement insécurisants, certaines études ont également démontré une association négative plus forte entre l'attachement insécurisant et la satisfaction conjugale chez les couples de plus longues durées (Hadden, Smith, & Webster, 2014). À cet effet, l'insécurité d'attachement pourrait être vue comme un prédicteur de la diminution de la satisfaction conjugale à travers le temps (Duemmler & Kobak, 2001).

En ce qui concerne les différences de genre, les premières études sur le sujet démontrent que l'anxiété des femmes est davantage corrélée avec l'évaluation négative de la relation, alors que le degré de confort de l'homme avec la proximité est un élément crucial de leur satisfaction conjugale (Collins & Read, 1990; Kirkpatrick & Davis, 1994).

Puisque le partenaire amoureux devient la principale figure d'attachement à l'âge adulte et puisque ce dernier peut offrir une base de sécurité et une source de réconfort et de régulation émotionnelle en présence de menaces, la qualité de l'attachement et de la relation au sein du couple peut jouer un rôle primordial dans l'adaptation à la maladie.

L'attachement et les maladies cardiaques

Le système d'attachement est impliqué dans la manière dont la personne régule ses émotions et adapte son comportement aux différentes situations. En présence d'une menace comme la maladie cardiaque, le système d'attachement de la personne devrait s'activer afin d'aller chercher réconfort et soutien auprès de sa figure d'attachement pour réguler son état interne (Zayas et al., 2015). Il est possible de croire que les gens ayant un attachement sécurisant auront tendance à mieux réagir de manière générale à la maladie cardiaque, et ce, avec un moins haut niveau de détresse (Han & Pistole, 2014; Mikulincer & Shaver, 2015). Ils vont probablement adopter une attitude plus positive face à leur capacité de régulation émotionnelle en lien avec l'événement et une attitude plus optimiste face à la situation contrairement aux personnes avec un attachement insécurisant. Ils risquent de se tourner vers leur partenaire amoureux afin de les aider à mieux réguler leurs émotions. En contrepartie, les gens avec un niveau plus élevé d'anxiété d'abandon risquent d'adopter une attitude plus pessimiste face à la situation (Mikulincer & Shaver, 2015). En raison de leur anxiété, ils vont percevoir la situation comme davantage dramatique et menaçante en plus de présenter de la rumination et un niveau élevé de préoccupation pour les causes et les conséquences de la maladie. Les gens avec un haut

niveau d'évitement vont se désengager, nier la situation et se divertir afin de ne pas y faire face (Holmberg, Lomore, Takacs, & Price, 2011). Une étude réalisée auprès de participants atteints de diabète, une maladie chronique tout comme la maladie cardiaque, a notamment démontré que les gens qui se trouvent davantage dans la dimension de l'évitement optent pour plus de distanciation cognitive et de résignation passive comme stratégie de coping (Turan et al., 2003). Plus récemment, les résultats d'une étude de la qualité de l'attachement chez les patients en réadaptation cardiaque ont révélé que plus les participants avaient un style d'attachement anxieux, plus ils vivaient du stress post-traumatique et de l'anxiété (Heenan, Greenman, Tassé, Zachariades, & Tulloch, 2020). Par ailleurs, l'attachement anxieux était également relié à des taux de glycémies élevés et une qualité de vie (mentale et physique) moindre (Heenan et al., 2020). Il semble donc possible d'envisager la présence d'un lien entre l'attachement et la gestion de la maladie cardiaque.

En somme, la sécurité ou l'insécurité d'attachement va amener la personne à opter pour des stratégies différentes, ce qui peut influencer son adaptation à la maladie. Il en est de même pour les différents événements de vie qui précèdent et qui suivent la maladie. Selon la théorie, l'attachement devrait contribuer au déploiement de stratégies de régulation et à l'adoption de comportements relationnels qui eux auraient une influence sur les réactions physiologiques au stress (niveau de cortisol, réactivité cardiovasculaire, réponse immunitaire), les affects et les comportements de santé (Pietromonaco & Beck, 2019). Ce patron permettrait d'expliquer la santé ultérieure des individus. À cet effet, un

lien existe entre l'insécurité d'attachement, une réaction physiologique au stress qui est dérégulée, des comportements de santé à risque (abus d'alcool et/ou de drogue, mauvaise alimentation, peu d'activité physique, relation sexuelle à risque), une prédisposition à la maladie physique et un moins bon pronostique en présence de maladies (Pietromonaco et Beck, 2019). L'information présentée dans la présente section appuie le lien possible entre l'attachement, les réactions physiologiques et le risque de maladie cardiaque. Toutefois, il ne faut pas oublier l'influence que cela peut avoir sur le partenaire.

Partenaire. Le vécu émotionnel du partenaire conjugal n'est pas négligeable lors d'un évènement cardiaque, car cet événement peut représenter la perte potentielle de sa figure d'attachement. Cela implique une réaction émotionnelle forte. Il a d'ailleurs été démontré dans une étude que le seul fait d'imaginer être séparé de son partenaire amoureux entraîne une activation du système d'attachement (Mikulincer, Florian, Birnbaum, & Malishkevich, 2002). Dans cette étude, les participants avec un haut niveau d'anxiété d'abandon envisageaient de manière catastrophique la perte potentielle de leur partenaire et avaient tendance à adopter une attitude d'hypervigilance afin d'éviter que cela se produise (Mikulincer et al., 2002). On pourrait comprendre qu'il serait difficile pour ces individus de servir de source de réconfort et d'« havre de paix » pour le partenaire atteint de maladie cardiaque, alors que leur propre système d'attachement est en état d'alerte. Dans leur étude, Kaplan, Saxbe, Repetti et Nishina (2008) ont démontré que lorsque le niveau de cortisol d'un individu dans le couple est plus élevé que la moyenne, le niveau de cortisol de son partenaire tend également à être plus élevé.

Une variable associée autant à satisfaction conjugale qu'à l'attachement est la reconnaissance et l'expression émotionnelle (Feeney, 1999). Plusieurs études ont démontré que selon l'attachement de la personne, elle va adopter un mode de communication différent (Anders & Tucker, 2000). Par exemple, une corrélation négative a été trouvée entre l'insécurité d'attachement et une moins bonne capacité à dévoiler des pensées et des sentiments à son partenaire (Dion & Keelan, 1998; Tan, Overall, & Taylor, 2012). Il est possible de croire que la capacité de divulgation risque d'être d'autant plus affectée en présence d'un événement stressant comme la maladie cardiaque qui viendrait activer le système d'attachement. Par conséquent, il semble qu'un des aspects importants à considérer chez une personne est la reconnaissance et l'expression de ses émotions (alexithymie).

L'alexithymie

Le terme « alexithymie » tire ses origines du grec et il signifie « *pas de mot pour affects* » (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Ce concept a d'abord été identifié par Sifneos en 1973 chez les patients présentant des troubles psychosomatiques. Il est défini comme étant un trait de personnalité caractérisé par des difficultés émotionnelles et cognitives dans l'identification et l'expression de ses émotions (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Quatre composantes principales sont incluses dans la définition de ce concept : (1) une difficulté à identifier et exprimer ses émotions; (2) une difficulté à différencier ses états affectifs des sensations corporelles; (3) une vie fantasmique pauvre; et (4) un style cognitif orienté vers

des préoccupations concrètes (Taylor, Bagby, & Luminet, 2000). Malgré sa première identification chez des individus présentant des troubles psychosomatiques, il est maintenant évalué sur un continuum et a été détecté dans la population générale. Il s'applique à diverses sphères de la vie, mais la présente étude porte une attention particulière à la sphère relationnelle.

L'alexithymie et l'attachement

Plusieurs études ont démontré la présence d'un lien entre l'attachement et l'alexithymie (Besharat, 2010; Besharat & Shahidi, 2014; Dewitte, De Houwer, Goubert, & Buysse, 2010; Karukivi et al., 2011; Stevens, 2014). Dans leur étude réalisée auprès de 536 étudiants universitaires, Besharat et Shahidi (2014) ont démontré un lien significatif négatif entre un style d'attachement sécurisant et l'alexithymie. Les gens qui présentent un style d'attachement sécurisant rapportent moins de difficulté à reconnaître et à exprimer leurs émotions. Ces résultats sont cohérents avec plusieurs autres études présentes dans la littérature (Besharat, 2010; Karukivi et al., 2011; Montebarocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi, 2004).

La majorité des résultats suggèrent qu'un attachement insécurisant est relié à des difficultés de reconnaissance et d'expression des émotions. Par exemple, Hesse et Floyd (2011) observent une présence marquée de comportements anxieux et évitants chez les individus affichant un haut niveau d'alexithymie. De façon plus détaillée, l'étude de Stevens (2014), effectuée auprès de 96 étudiants universitaires, a démontré une

association entre chacune des dimensions d'attachement insécurisant (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) et les difficultés sur le plan émotionnel. Dans leur étude, une comparaison a été faite entre les gens avec une prédominance d'anxiété d'abandon et ceux avec une prédominance d'évitement de l'intimité. Les participants ayant obtenu un score élevé à la sous-échelle d'anxiété d'abandon avaient plus tendance à démontrer une certaine capacité à être à l'affût de leurs émotions, mais présentaient certaines difficultés quant à la capacité de clarification de leurs émotions. Ils étaient aussi plus enclins à laisser leurs émotions interférer avec leur but et ils adoptaient davantage de comportements impulsifs. Chez les participants avec une prédominance d'évitement de l'intimité, les résultats laissent voir qu'ils ont démontré plus de difficulté à mettre l'accent sur leurs propres émotions, ainsi qu'à être conscients de leurs sentiments. Ils optaient aussi davantage pour un mode de pensée orienté vers l'extérieur, c'est-à-dire une prédominance des pensées à contenu pragmatique avec peu de considération pour les sensations intérieures (Jouanne, 2006). Ces résultats viennent appuyer ceux trouvés par Oskis et al. (2013) obtenus à l'aide d'un échantillon d'adolescentes. Dans cette étude, les participants ayant une prédominance d'anxiété d'abandon ont eu plus de difficulté à identifier et décrire leurs émotions que ceux avec une prédominance d'évitement de l'intimité.

L'une des explications présentées dans les différentes études concerne l'apprentissage de la capacité à reconnaître, à exprimer et à réguler les émotions qui est grandement influencé par les liens que l'enfant entretient avec sa figure d'attachement (Roque & Veríssimo, 2011). La régulation des émotions est un concept qui englobe l'alexithymie et

qui réfère à la capacité à comprendre ses émotions, à moduler son expérience, ainsi qu'à communiquer ses émotions (Gross, 2008). La qualité de la communication (p. ex., ouverture à parler des émotions positives et négatives, validation, soutien, vocabulaire élaboré au sujet des émotions) entre l'enfant et la mère a notamment été démontrée comme un prédicteur d'un attachement sécurisant ainsi que d'une meilleure régulation émotionnelle chez l'enfant à l'âge de trois ans (Raikes & Thompson, 2006). Dans leur étude, Murphy et Laible (2013) ont mis en évidence un lien entre un style d'attachement sécurisant et une meilleure capacité à identifier ses émotions et les émotions des autres, ainsi qu'à démontrer de l'empathie et à comprendre les émotions négatives et ambiguës (Murphy & Laible, 2013). L'intégration de cette figure de sécurité permet à l'enfant, puis plus tard à l'adulte, de mieux comprendre et réguler ses émotions en présence de stress, même si sa figure de sécurité n'est plus physiquement présente.

Dans le contexte où la figure d'attachement n'offre pas de soutien émotionnel constant à l'enfant et/ou minimise ou néglige les émotions de ce dernier (attachement insécurisant), cela risque d'avoir une influence sur la capacité de l'enfant à identifier, exprimer et réguler ses émotions tout au long de sa vie. À cet effet, des liens ont été démontrés entre l'attachement insécurisant (anxieux et évitant) et la capacité de régulation émotionnelle (Shaver & Mikulincer, 2013). Des différences dans la manière dont le cerveau réagit au stress auraient également été démontrées en fonction du style d'attachement (Shaver & Mikulincer, 2013).

L'alexithymie et les difficultés relationnelles et conjugales

Chez la population non clinique, un haut niveau d'alexithymie est associé à plusieurs difficultés interpersonnelles (Hesse & Floyd, 2011; Vanheule, Vandenberghe, Verhaeghe, & Desmet, 2010). Par exemple, l'étude effectuée auprès de 921 étudiants universitaires de Hesse et Floyd (2011) suggère une diminution du besoin de liaison avec autrui et par le fait même du nombre de relations intimes chez ceux présentant un haut niveau d'alexithymie. Vanheule et ses collègues (2010) ont trouvé à l'aide de questionnaires complétés par 155 individus, une association entre un haut niveau d'alexithymie, une distanciation, de l'hostilité, une plus grande froideur émotionnelle, ainsi qu'une faible préoccupation pour autrui. Ces derniers résultats suggèrent que les gens avec un haut niveau d'alexithymie utilisent peu la communication interpersonnelle pour gérer leurs émotions.

En ce qui a trait aux relations de couple, quelques chercheurs ont exploré le lien entre le niveau d'alexithymie et l'ajustement dyadique. Le Tableau 2 présente les cinq études existantes qui ont été recensées. Dans l'ensemble, les résultats montrent qu'un haut niveau d'alexithymie est lié négativement à la perception de la satisfaction conjugale (Eid & Boucher, 2012; Epözdemir, 2012; Humphreys, Wood, & Parker, 2009; Karakis & Levant, 2012).

Une analyse détaillée de ces recherches montre qu'il existe certaines variations entre les études en ce qui a trait à la manière dont l'alexithymie influence chacun des

Tableau 2

Études sur l'alexithymie et l'ajustement dyadique

Auteurs	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Eid & Boucher (2012)	Québec, Canada 84 couples universitaires Âge moyen : 25,43 ans	Toronto Alexithymia Scale, Dyadic Adjustment Scale	<ul style="list-style-type: none"> - Corrélation négative entre le niveau d'alexithymie et l'ajustement dyadique, autant chez l'homme que chez la femme pour son propre ajustement. - Corrélation négative entre le niveau général d'alexithymie de l'homme et l'ajustement dyadique de sa partenaire. - Pas de corrélation significative entre le niveau d'alexithymie de la femme et l'ajustement dyadique de son partenaire. - Difficulté spécifique à décrire ses sentiments vient chez les deux sexes influence l'ajustement conjugal de leur partenaire.
Epözdemir (2012)	Istanbul, Turquie 101 couples mariés Entre 18 et 50 ans	Toronto Alexithymia Scale, Dyadic Adjustment Scale	<ul style="list-style-type: none"> - Corrélation négative entre le niveau général d'alexithymie et l'ajustement dyadique, autant chez l'homme que chez la femme pour son propre ajustement. - Corrélation négative entre le niveau d'alexithymie d'un partenaire et l'ajustement dyadique de l'autre partenaire autant chez l'homme que chez la femme. - Femme est plus affectée par la présence d'alexithymie dans le couple que l'homme.

Tableau 2 (suite)

Études sur l'alexithymie et l'ajustement dyadique

Auteurs	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Hesse, Pauley, & Frye-Cox (2015)	États-Unis 143 couples mariés Âge moyen : 51,09 ans	Toronto Alexithymia Scale, Relationship maintenance behaviors, Revised Dyadic Adjustment Scale	<ul style="list-style-type: none"> - Relation inverse entre l'alexithymie et les comportements de maintien. - Relation inverse entre l'alexithymie et la qualité de la relation conjugale - Comportements de maintien ont des effets positifs sur la relation entre l'alexithymie et l'évaluation personnelle de la satisfaction conjugale - Positivisme comme stratégie de maintien de la relation a des effets bénéfiques sur les couples mariés quand les partenaires ont peu de compétences émotionnelles. - Alexithymie élevée chez l'homme a un effet négatif sur l'évaluation de la qualité de la relation par la femme - Alexithymie élevée chez la femme a un effet sur les comportements de maintien de l'homme (moins de positivisme et de partage des tâches).
Humphreys, Wood, & Parker (2009)	Ontario, Canada 158 étudiants. Âgé entre 17 et 25 ans Pas des couples (34 hommes et 124 femmes)	Toronto Alexithymia Scale, Relationship Assessment Scale, Global measure of sexual satisfaction, Positive and negative affect schedule	<ul style="list-style-type: none"> - Corrélation négative modérée entre le niveau d'alexithymie et la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle. - Corrélation positive modérée entre la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle.

Tableau 2 (suite)

Études sur l'alexithymie et l'ajustement dyadique

Auteurs	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Karakis & Levant (2012)	États-Unis 175 hommes engagés dans une relation amoureuse. Mode = 18 – 25 ans, mais comportait des individus entre 18 et 56 +	Normative Male Alexithymia Scale Fear of Intimacy Scale Dyadic Adjustment Scale.	- Corrélation positive entre l'alexithymie et la peur de l'intimité avec leur partenaire amoureux. - Corrélation négative entre l'alexithymie et la qualité de la communication (sous-échelles du DAS) : p. ex. communication moins efficace avec leur partenaire amoureux. - Corrélation négative entre l'alexithymie et la satisfaction conjugale.

partenaires. Eid et Boucher (2012) ont identifié qu'un niveau élevé d'alexithymie chez l'homme influence négativement sa satisfaction conjugale et celle de sa partenaire. Par ailleurs, un haut niveau d'alexithymie chez la femme est lié négativement seulement à l'ajustement conjugal de cette dernière. À l'opposé de ces résultats, Epözdemir (2012), dans une étude menée auprès de 101 couples mariés, a trouvé que le niveau d'alexithymie de l'homme influence négativement sa propre satisfaction conjugale seulement, alors qu'un haut niveau d'alexithymie chez la femme a eu un impact négatif sur la satisfaction conjugale des deux partenaires. Epözdemir explique ses résultats par les normes sociales qui veulent que les hommes expriment moins leurs émotions. Selon lui, ces normes modulent les attentes des femmes face à leur conjoint en ce qui concerne l'expression de leurs émotions.

L'une des raisons pouvant expliquer la divergence des résultats entre ces études est la composition de leur échantillon. Eid et Boucher (2012) ont mené leur étude auprès de jeunes couples universitaires âgés en moyenne de 23 ans, alors que l'échantillon d'Epözdemir (2012) est composé de couples mariés âgés entre 18 ans et 50 ans.

Comme les deux études précédentes, Humphreys et ses collègues (2009) ont conclu, à partir des résultats de leur étude menée auprès de 158 étudiants, que plus le niveau d'alexithymie est élevé, moins les gens rapportent de satisfaction conjugale. À l'instar d'Eid et Boucher (2012), l'échantillon est composé d'étudiants. Le choix de ces participants peut entraîner certaines variations au niveau des résultats et diminuer la

validité externe, visant la généralisation au reste de la population. Par exemple, le jeune âge des participants peut faire place à plusieurs variables confondantes, telles que le niveau de maturité, de connaissance de soi et de ses émotions, le degré d'engagement amoureux ainsi que la durée de la relation amoureuse. De son côté, Epözdemir (2012) a mené son étude auprès de couples mariés de différents âges, ce qui diminue la possibilité de biais. Malgré leur apport important à la compréhension du lien entre l'alexithymie et l'ajustement dyadique, aucune de ces études n'a inclus des couples plus âgés que la cinquantaine ou vivant un épisode de vie stressant comme des problèmes de santé. La présente étude examinera ce lien chez des couples plus âgés dont l'un des partenaires a subi un infarctus du myocarde.

Comme les études sur le lien entre l'alexithymie et l'ajustement dyadique le démontrent, avoir de la difficulté à reconnaître et à exprimer ses émotions peut entraîner de la détresse conjugale (Eid & Boucher, 2012; Epözdemir, 2012; Humphreys et al., 2009; Karakis & Levant, 2012). En se référant à d'autres théories en psychologie conjugale, celle sur l'attachement adulte montre que lors d'événements de vie stressants comme la maladie, les personnes ont un grand besoin de leur partenaire amoureux pour obtenir du soutien et du réconfort (Hazan & Shaver, 1987). Il est logique de conclure que le manque de contact avec l'expérience émotionnelle typique de l'alexithymie rendrait un tel soutien difficile, voire impossible.

Objectifs de recherche

Il est bien établi que l'ajustement dyadique et l'attachement sont liés aux maladies cardiaques et à un mauvais pronostic chez les patients souffrant de maladies cardiaques (Pietromonaco & Beck, 2019; Pietromonaco, Uchino, & Dunkel Schetter, 2013; Robles et al., 2014; Taylor & Sirois, 2014). De plus, un lien étroit existe entre l'attachement et l'alexithymie (Feeney, 2016), de même qu'entre l'attachement et l'ajustement dyadique (Besharat, 2010; Dewitte et al., 2010; Karukivi et al., 2011; Stevens, 2014). Bien qu'il existe un lien entre l'alexithymie et l'ajustement dyadique (Eid & Boucher, 2012; Epözdemir, 2012; Humphreys et al., 2009; Karakis & Levant, 2012), aucune étude n'a été réalisée sur un échantillon de gens atteint d'une maladie cardiaque. À ce jour, aucune étude n'a exploré simultanément les liens entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les couples où l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque.

À la lumière des informations précédentes, l'objectif principal de la présente étude est d'explorer les associations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique, auprès d'un échantillon de couples cardiaques. Ces associations seront examinées avec une approche dyadique afin de prendre en considération les relations entre les variables d'un même individu de même que celles de son partenaire. Cela sera fait à l'aide du modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM; Kenny et al., 2006).

Hypothèses

Le premier objectif vise à explorer de façon générale, à l'aide de corrélations, les liens entre les variables à l'étude pour l'ensemble des individus (groupe non cardiaque et groupe cardiaque ensemble). Nous formulons les hypothèses suivantes en lien avec cet objectif :

1. L'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité seront reliés positivement à l'alexithymie.
2. L'alexithymie sera reliée négativement à l'ajustement dyadique.

Le deuxième objectif est de vérifier si les couples cardiaques diffèrent des couples non cardiaques. Nous formulons les hypothèses suivantes en lien avec ce deuxième objectif :

3. Les partenaires provenant de couples dans lesquels l'un des partenaires a une maladie cardiaque rapporteront une cote d'anxiété d'abandon plus élevée que ceux de couples sans maladie cardiaque.
4. Les partenaires provenant de couples dans lesquels l'un des partenaires a une maladie cardiaque rapporteront une cote d'évitement de l'intimité plus élevée que ceux de couples sans maladie cardiaque.
5. Les partenaires provenant de couples dans lesquels l'un des partenaires a une maladie cardiaque rapporteront une cote d'alexithymie plus élevée que ceux de couples sans maladie cardiaque.

6. Les partenaires provenant de couples dans lesquels l'un des partenaires a une maladie cardiaque rapporteront une cote d'ajustement dyadique plus faible que ceux de couples sans maladie cardiaque.

Le troisième objectif de cette étude est d'explorer quelles variables d'attachement et d'alexithymie des hommes et quelles variables des femmes à l'intérieur d'un couple peuvent expliquer la satisfaction conjugale de chacun des conjoints. En l'absence de documentation scientifique, il est impossible de formuler une hypothèse de recherche. D'abord, dans la documentation générale en psychologie du couple, il est possible de constater un manque de consensus concernant l'interaction entre l'alexithymie de chacun des partenaires et son influence sur la satisfaction conjugale de chacun d'eux. Deuxièmement, les études qui ont examiné le lien entre les styles d'attachement de chaque membre d'un couple et leur lien avec l'ajustement dyadique individuel ne prennent pas en compte les problèmes cardiaques. Donc, ces relations seront examinées à titre exploratoire afin de voir si l'attachement et l'alexithymie d'un individu seront associés à son ajustement conjugal et à celui de son partenaire.

Méthode

Cette section présente la méthode qui a été utilisée aux fins de cette recherche. Différentes informations relatives à l'échantillon ainsi qu'aux instruments de mesure utilisés seront présentées.

Participants et déroulement

L'échantillon est constitué de 69 personnes faisant partie d'un couple hétérosexuel dans lequel l'un des partenaires a subi un infarctus du myocarde au cours des 12 derniers mois et de 125 personnes qui font partie d'un couple hétérosexuel en bonne santé physique en général, mais qui consultent à l'Unité de médecine familiale (UMF) pour des problèmes mineurs (p. ex., rhumes) ou des suivis. Le groupe en bonne santé physique compte 60 hommes et 65 femmes, alors que le groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque comprend 38 hommes et 31 femmes dans pour un total de 194 individus. Pour certains couples, un seul des deux conjoints a accepté de participer à l'étude, ce qui explique l'absence d'équivalence entre le nombre d'hommes et de femmes.

L'âge des participants varie entre 40 et 75 ans pour les deux échantillons. Pour le groupe en bonne santé physique, l'âge moyen des femmes est de 51,41 ans ($\bar{ET} = 12,84$) et de 54,81 ans ($\bar{ET} = 12,95$) pour les hommes. Aucune différence significative ne ressort en ce qui a trait à l'âge des participants ($t(120) = 0,99, p = 0,15$). En ce qui concerne leur statut socioéconomique, moins de 25 % des gens ont un revenu annuel inférieur à 39 000,

18,1 % ont un revenu entre 40 000 et 59 000 \$, 19 % ont un revenu entre 60 000 et 79 000 \$ et 39,7 % ont un revenu supérieur à 80 000 \$. Dans ce groupe, il y a moins de 4 % qui ont un niveau d'étude primaire ou inférieur, 41,8 % ont un niveau d'étude secondaire, 33 % ont un niveau d'étude collégial, 17,2 % ont un niveau d'étude universitaire de premier cycle et 5 % ont un niveau d'étude universitaire supérieur (deux et troisième cycle).

Parmi les 69 personnes faisant partie d'un couple dans lequel un des deux partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, il y a 29 hommes et 12 femmes qui sont cardiaques. L'âge moyen des femmes est de 62,26 ans ($\bar{ET} = 10,25$) et de 64,03 ans ($\bar{ET} = 9,81$) pour les hommes. Aucune différence significative ne ressort en ce qui a trait à l'âge des participants ($t(65) = 0,67, p = 0,47$). En ce qui concerne leur statut socioéconomique, 18,2 % des gens ont un revenu annuel inférieur à 39 000 \$, 31,8 % ont un revenu entre 40 000 et 59 000 \$, 24,2 % ont un revenu entre 60 000 et 79 000 \$ et 25,8 % ont un revenu supérieur à 80 000 \$. En ce qui concerne leur niveau de scolarité, moins de 2 % ont un niveau d'étude primaire ou inférieur, 29,4 % des gens ont un niveau d'étude secondaire, 35,3 % ont un niveau d'étude collégial, 23,5 % ont un niveau d'étude universitaire de premier cycle et 10,3 % ont un niveau d'étude universitaire supérieur (deux et troisième cycle). Les couples dont l'un des partenaires présente un déficit cognitif sévère ne sont pas inclus dans l'échantillon.

Ce projet s'intègre dans une recherche de plus grande envergure portant sur la relation entre la qualité de la relation conjugale, le fonctionnement psychologique et la réadaptation post-infarctus. La réalisation de ce projet de recherche s'est effectuée à l'Hôpital Montfort d'Ottawa. Le projet de recherche a obtenu une approbation éthique de l'Hôpital. Dans le cadre de cette recherche, les participants ont été recrutés de trois manières différentes. La première manière consistait à installer des affiches dans les corridors de l'Hôpital Montfort, contenant les informations du projet, ainsi que les coordonnées des responsables du projet. Deuxièmement, les membres du personnel de l'équipe du service de santé cardiovasculaire et pulmonaire ont été invités à parler du projet aux patients inscrits au programme de réadaptation cardiaque. Troisièmement, des membres de l'équipe de recherche se sont rendus sur place, dans la salle d'attente du service de réadaptation cardiaque de l'Hôpital Montfort pour rencontrer les patients cardiaques. Pour ce qui est du groupe en bonne santé physique, les participants ont été recrutés à *l'Unité de médecine familiale* (UMF) à l'Hôpital Montfort; ils avaient une bonne santé en général. Des dépliants de l'étude ont été présentés aux gens intéressés à participer, leurs questions ont été répondues et le formulaire de consentement a été signé avant de les inviter à remplir les questionnaires de l'étude. Si un seul des conjoints était présent lors du recrutement, il était chargé de remettre les questionnaires à son partenaire. Le partenaire était libre de participer ou non à l'étude. Les coordonnées de la personne responsable du projet lui étaient également remises afin de pouvoir répondre à ses questions. Une enveloppe adressée et affranchie lui était également remise afin d'assurer le retour gratuit des questionnaires. Dans le but d'assurer la confidentialité des participants

de l'étude, les données nominatives étaient conservées séparément des questionnaires dans un classeur barré.

Instruments de mesure

Une série de questionnaires a été administrée aux participants ayant souffert d'un infarctus du myocarde dans les 12 derniers mois, ainsi qu'à leur conjoint (voir Appendices A et B). Les questionnaires étaient complétés sur place ou à la maison en format papier-crayon. Les mêmes questionnaires ont également été administrés aux couples qui ne présentent aucun problème de santé majeur. Dans la présente recherche, trois instruments de mesure validés ont été utilisés afin d'évaluer l'expérience d'attachement amoureux, l'alexithymie et l'ajustement dyadique. Les questionnaires comportaient également des questions de nature sociodémographique. Les mêmes questionnaires étaient administrés aux deux membres du couple.

L'attachement amoureux

Afin de mesurer l'attachement, le questionnaire *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Lafontaine & Lussier, 2003) a été utilisé pour les participants francophones et le *Experiences in Close Relationships Revised* (ECR-R; Fraley, Waller, & Brennan, 2000) a été utilisée pour les participants anglophones. Les deux versions sont des outils de mesure auto-rapportés qui comportent 36 items divisés en deux dimensions : l'anxiété d'abandon (18 items) et l'évitement de l'intimité (18 items). Les gens doivent inscrire sur une échelle de Likert en sept points allant de

« fortement en accord » à « fortement en désaccord » leur niveau d'accord ou de désaccord avec les affirmations proposées. À des fins d'analyse, 18 items communs aux deux questionnaires (anxiété d'abandon = 6 items; évitement de l'intimité 12 items) ont été identifiés afin d'obtenir une version uniformisée aux deux échantillons. L'ECR a été validée en français par Lafontaine et Lussier (2003) et il démontre des cohérences internes élevées pour chacune des dimensions (anxiété d'abandon $\alpha = 0,88$; évitement de l'intimité : $\alpha = 0,88$).

En ce qui concerne la version anglophone, l'ECR-R a obtenu de bonnes qualités psychométriques. Une solution à deux facteurs (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) s'ajuste parfaitement aux données (Sibley, Fischer, & Liu, 2005). La sous-échelle d'anxiété d'abandon de l'ECR-R et celle du *Relationship Quality* (RQ), un autre questionnaire d'attachement, obtiennent une corrélation positive élevée ($r(80) = 0,69$, $p < 0,001$). La corrélation pour l'évitement de l'intimité est modérée ($r(80) = 0,45$, $p = 0,001$; Sibley et al., 2005). Dans la présente étude, les coefficients de cohérence interne sont de 0,77 pour l'anxiété d'abandon et de 0,87 pour l'évitement de l'intimité.

L'alexithymie

Les versions francophone et anglophone du *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994) ont été utilisées. C'est l'outil de mesure auto-rapporté le plus utilisé pour évaluer l'alexithymie (voir Tableau 2). Il comporte 20 items qui visent à mesurer trois facteurs : la difficulté à identifier ses émotions, la difficulté à décrire ses

émotions et l'identification d'une pensée orientée vers l'extérieur qui réfère à un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs (Bagby et al., 1994). Les gens doivent inscrire sur une échelle de Likert en cinq points, leur niveau d'accord ou de désaccord avec les affirmations proposées. Le score global est calculé en additionnant les réponses de tous les items. Un score global de 51 ou moins signifie l'absence d'alexithymie, un score égal ou supérieur à 61 signifie la présence d'alexithymie alors qu'un score entre 52 et 60 signifie la présence possible d'alexithymie. Dans la présente étude, le score global sera utilisé de manière continue plutôt que dichotomique.

En ce qui concerne la version francophone, la cohérence interne pour la population non clinique est de $\alpha = 0,78$ pour l'ensemble de l'instrument et de 0,74 pour la difficulté à identifier ses émotions, 0,71 pour la difficulté à décrire ses émotions et de 0,56 pour les pensées orientées vers l'extérieur (Taylor, Bagby, & Parker, 2003). La version anglophone du TAS-20 (Bagby et al., 1994) présente des qualités psychométriques satisfaisantes. Sa cohérence interne est de 0,81 pour l'ensemble de l'instrument, de 0,78 pour la difficulté à identifier ses émotions, $\alpha = 0,75$ pour la difficulté à décrire ses émotions et de 0,66 pour les pensées orientées vers l'extérieur (Bagby et al., 1994). La fidélité test-retest est de 0,77 ($p < 0,01$). (Bagby et al., 1994). Pour l'ensemble des deux échantillons de la présente étude, les coefficients de cohérence interne sont de 0,83 pour la difficulté à identifier ses émotions, de 0,67 pour la difficulté à décrire ses émotions, de 0,47 pour l'identification d'une pensée orientée vers l'extérieur et de 0,83 pour l'ensemble du questionnaire.

La satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale a été mesurée à l'aide de la version originale de 32 items du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). Ce questionnaire permet de mesurer l'ajustement dyadique des couples et il est divisé en quatre différentes sous-échelles : la satisfaction, la cohésion, le consensus, ainsi que l'expression des émotions (Spanier, 1989). Un score total est calculé. Certains items doivent être répondus à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points, d'autres en six points et une en sept points.

La version francophone qui a été utilisée est une traduction libre de la version anglophone 32 items de Spanier (1976). Lorsque les items de cette dernière sont comparés à la version francophone de Baillargeon, Dubois et Marineau (1986), il est possible d'affirmer que les deux versions sont comparables. La cohérence interne de la version de Baillargeon et al. (1986) est de 0,91 pour le score total. La version anglophone en 32 items présente également de très bonnes qualités psychométriques ($\alpha = 0,96$; Spanier, 1989).

Toutefois, en raison du nombre élevé de données manquantes, il a été nécessaire d'utiliser une version abrégée et validée empiriquement pour les analyses statistiques. La version en sept items de l'échelle d'ajustement dyadique a été sélectionnée étant donné que sa validation est bien démontrée (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). Cette version a été élaborée à partir de la théorie de réponse aux items et elle est composée des items 16, 18, 19, 26, 27, 28 et 31 des facteurs cohésion et satisfaction de la version originale en 32 items (Sabourin et al., 2005). Tout comme la version originale, elle permet de différencier

les couples en détresse des couples avec un bon ajustement conjugal. La version en sept items de l'échelle d'ajustement dyadique présente une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,86 pour les femmes et de 0,81 pour les hommes (Naud et al., 2013). Pour l'ensemble des deux échantillons de présente étude, le coefficient de cohérence interne de l'ajustement dyadique est de 0,75.

Résultats

En premier lieu, des analyses exploratoires ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SPSS version 26 et seront présentées dans le but d'exposer les liens entre les variables à l'étude et les caractéristiques globales des participants. Les moyennes et écarts-types des différentes mesures seront présentés. Des corrélations entre les variables d'attachement, d'alexithymie et d'ajustement dyadique ont été effectuées pour étudier les relations entre les variables d'intérêt. Des analyses de variance à plan mixte avec un facteur inter-sujets, cardiaque versus non cardiaque, et un facteur intra-sujets, homme vs femme (mesure répétée pour tenir compte de l'interaction entre les partenaires) ont été réalisées pour comparer et décrire les moyennes minutieusement sur les différentes mesures à l'étude.

Pour terminer, des analyses acheminatoires (*path analyses*) ont été réalisées avec le logiciel *Mplus* version 7 pour expliquer la satisfaction conjugale chez les couples dans lesquels un partenaire avait une maladie cardiaque et chez les couples non cardiaques à partir de l'attachement et de l'alexithymie. Ces analyses s'appuient sur un modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM; Kenny et al., 2006) qui permet d'évaluer les effets acteurs (effet d'une variable indépendante d'un individu sur une de ses propres variables dépendantes) et les effets partenaires (effet d'une variable indépendante d'un des individus sur l'une des variables dépendantes de l'autre; Kenny et al., 2006). Étant donné le nombre de sujets, le modèle sera testé séparément pour les couples dans lesquels

un partenaire avait une maladie cardiaque et les couples en bonne santé physique. La méthode du maximum de vraisemblance à données complètes sera utilisée pour traiter les données manquantes (Wothke, 2000).

Plusieurs indices d'ajustement du modèle ont été utilisés dans le but d'assurer la qualité du modèle et une représentation adéquate des données recueillies, afin de vérifier la similarité entre le modèle théorique et les données observées (Schumacker & Lomax, 2004). Le Khi carré (χ^2) est non significatif, mais il est un indice qui dépend grandement de la taille de l'échantillon. Cela dit, le Khi carré risque d'être influencé par la faible taille d'échantillon des deux groupes de la présente étude. De ce fait, d'autres indices d'ajustement ont également été utilisés afin d'obtenir une meilleure évaluation de l'adéquation du modèle. Le RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*; Steiger, 1990) a été utilisé afin de mesurer l'erreur d'approximation du modèle, comparativement à la matrice de covariance de la population. Lorsque sa valeur et les intervalles de confiance sont inférieurs à 0,08, cela indique un bon ajustement (Hu & Bentler, 1999). Le SRMR (*Standardized Root Mean Residual*) a aussi été utilisé puisqu'il représente la moyenne de tous les résidus standardisés (Byrne, 2010). Idéalement, sa valeur devrait être inférieure à 0,05. Enfin, le CFI (*Comparative Fit Index*) qui permet de mesurer l'adéquation du modèle (*goodness-of-fit index*) par la comparaison entre le modèle théorique et le modèle de référence ainsi que le modèle saturé a été vérifié. Sa valeur doit être supérieure à 0,90 (Bentler, 1990).

Analyses descriptives

Le Tableau 3 présente les moyennes et les écarts-types du groupe de couples en bonne santé physique et du groupe de couples dans lesquels l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque pour les hommes et les femmes de manière indépendante. Le Tableau 4 permet d'observer que la majorité des variables à l'étude sont corrélées entre elles en ce qui concerne l'échantillon total, c'est-à-dire l'échantillon cardiaque et l'échantillon non cardiaque regroupé. Ainsi, les deux sous-échelles d'attachement sont reliées entre elles, ainsi que les trois sous-échelles d'alexithymie. Comme il a été démontré dans la documentation scientifique, les deux sous-échelles d'attachement sont reliées à l'ajustement dyadique. En observant les deux groupes séparément (voir Tableaux 5 et 6), il est possible de voir que, chez les femmes d'un couple en bonne santé, les difficultés à identifier leurs émotions ne sont pas reliées significativement aux pensées orientées vers l'extérieur. Chez le groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité ne sont pas corrélés entre eux significativement, ni chez les hommes ni chez les femmes. En ce qui a trait aux trois sous-échelles d'alexithymie, la difficulté à identifier ses émotions et la difficulté à décrire ses émotions ne sont pas reliées significativement aux pensées orientées vers l'extérieur. En ce qui concerne les corrélations entre l'attachement et l'ajustement dyadique, l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité sont reliés négativement à l'ajustement conjugal autant chez les hommes que chez les femmes du groupe non cardiaque. Par contre, seul l'évitement de l'intimité des femmes du groupe cardiaque est corrélé significativement à leur ajustement dyadique.

Tableau 3

Moyennes et écarts-types pour l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique, chez les hommes et les femmes du groupe de couples en bonne santé physique et du groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque

	Non cardiaques				Cardiaques			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Anxiété d'abandon	2,42	1,04	2,48	1,48	2,68	1,04	2,82	1,24
Évitement de l'intimité	2,48	1,21	2,24	1,01	2,57	1,19	2,53	1,08
Difficulté à identifier ses émotions	1,94	0,94	1,97	0,85	1,98	0,87	2,24	0,97
Difficulté à décrire ses émotions	2,60	0,82	2,29	0,80	2,31	0,95	2,53	0,79
Pensées orientées vers l'extérieur	2,70	0,61	2,50	0,55	2,45	0,62	2,38	0,54
Ajustement dyadique	4,00	0,61	4,01	0,68	3,98	0,60	3,79	0,66

Il n'y a aucune différence significative entre les hommes et les femmes sur le plan de l'ajustement dyadique. Il est possible de constater que les hommes sont plus enclins à avoir un style d'attachement évitant, ainsi qu'à avoir un niveau plus élevé de pensées orientées vers l'extérieur en comparaison aux femmes (voir résultats des analyses de variance à l'objectif deux).

Analyses principales

Afin de répondre au premier objectif, qui est d'explorer de façon générale les relations entre les variables à l'étude pour l'ensemble des individus, un tableau de corrélations est présenté (voir Tableau 4).

En ce qui concerne la première hypothèse qui stipule que l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité seraient reliés positivement à l'alexithymie, les résultats généraux permettent d'observer que l'anxiété d'abandon est corrélée positivement à la difficulté à identifier et la difficulté à décrire les émotions, mais n'est pas corrélée significativement aux pensées orientées vers l'extérieur. Pour ce qui est de l'évitement de l'intimité, il est corrélé positivement aux trois sous-échelles de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions, difficulté à décrire ses émotions et pensées orientées vers l'extérieur). En somme, les résultats généraux permettent de confirmer partiellement l'hypothèse de recherche.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse qui stipule que l'alexithymie serait reliée négativement à l'ajustement dyadique, deux des trois sous-échelles de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions et difficulté à décrire ses émotions) sont corrélées négativement à l'ajustement dyadique. Ainsi, l'hypothèse de recherche est partiellement confirmée.

Tableau 4

Corrélations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique pour l'ensemble des deux échantillons

	2	3	4	5	6
1. Anxiété d'abandon	0,33**	0,47**	0,29**	-0,01	-0,33**
2. Évitement de l'intimité		0,21**	0,27**	0,26**	-0,42**
3. Difficulté à identifier ses émotions			0,64**	0,20*	-0,28**
4. Difficulté à décrire ses émotions				0,39**	-0,22**
5. Pensées orientées vers l'extérieur					0,03
6. Ajustement dyadique					

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

Afin d'explorer plus en détail les corrélations entre les variables, des tableaux distincts pour les deux groupes (couple en bonne santé et couple dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque) sont présentés. Le Tableau 5 présente les corrélations entre les différentes variables à l'étude pour le groupe de couples en bonne santé alors que le Tableau 6 présente les corrélations du groupe de couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque. À la lecture de ces tableaux, il est possible d'observer qu'il y a plus de corrélations significatives entre les variables du groupe de couples en bonne santé physique que dans le groupe de couples dans lesquels un partenaire avait une maladie cardiaque. Contrairement à la difficulté à identifier les émotions, les sous-échelles « difficulté à décrire les émotions » et « pensées orientées vers l'extérieur » sont peu corrélées aux autres variables. Chez les hommes appartenant à un couple en bonne santé physique, au niveau de leurs propres variables, l'anxiété d'abandon est reliée à deux sous-échelles de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions et difficulté à décrire ses émotions), l'évitement de l'intimité est relié aux trois sous-échelles de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions, difficulté à décrire ses émotions et pensées orientées vers l'extérieur) et uniquement à une sous-échelle de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions) est reliée à l'ajustement dyadique. De leur côté, chez les hommes appartenant à un couple dans lequel un des partenaires est cardiaque, l'anxiété d'abandon est uniquement reliée à sa propre difficulté à identifier ses émotions. Seule la difficulté à décrire ses émotions est corrélée significativement avec son ajustement dyadique.

Tableau 5

Corrélations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les couples en bonne santé physique

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Hommes												
1. Anxiété d'abandon		0,57**	0,50**	0,35*	0,04	0,34*	0,47**	0,24	0,09	0,15	-0,16	-0,28
2. Évitement de l'intimité			0,42**	0,46**	0,36*	0,53**	0,58**	0,43**	0,13	0,00	-0,04	-0,32*
3. Difficulté à identifier les émotions				0,64**	0,30*	0,30*	0,37*	0,11	-0,05	-0,13	-0,14	-0,36*
4. Difficulté à décrire les émotions					0,53**	0,24	0,44**	0,10	0,13	0,02	0,01	-0,20
5. Pensées orientées vers l'extérieur						0,17	0,46**	0,16	0,21	0,07	0,11	-0,17
6. Ajustement dyadique							0,28	0,38**	0,33*	0,12	0,14	0,64**
Femmes												
7. Anxiété d'abandon							0,34*	0,47**	0,26	0,03	0,39**	
8. Évitement de l'intimité								0,30*	0,39**	0,35*	0,45**	
9. Difficulté à identifier les émotions									0,74**	0,23	0,41**	
10. Difficulté à décrire les émotions										0,54**	0,25	
11. Pensées orientées vers l'extérieur											0,15	
12. Ajustement dyadique												

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

Tableau 6

Corrélations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique chez les couples dans lesquels un partenaire est atteint d'une maladie cardiaque

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hommes											
1. Anxiété d'abandon	0,25	0,41*	0,20	0,03	-0,11	0,35	-0,02	0,17	0,32	0,16	-0,04
2. Évitement de l'intimité	0,05	0,23	0,17	-0,19	0,09	0,12	-0,20	-0,19	-0,07	-0,09	
3. Difficulté à identifier les émotions		0,67**	0,19	-0,20	0,35	-0,16	0,37	0,25	-0,34	-0,08	
4. Difficulté à décrire les émotions			0,31	-0,38*	0,38*	0,05	0,37	0,08	-0,20	-0,35	
5. Pensées orientées vers l'extérieur				0,01	-0,37	-0,05	-0,17	-0,06	0,13	0,21	
6. Ajustement dyadique					-0,46*	0,05	-0,39	-0,14	0,18	0,61**	
Femmes											
7. Anxiété d'abandon						0,02	0,54**	0,52**	-0,01	-0,31	
8. Évitement de l'intimité							-0,21	-0,18	0,18	-0,50**	
9. Difficulté à identifier les émotions								0,52**	0,10	-0,07	
10. Difficulté à décrire les émotions									0,00	0,03	
11. Pensées orientées vers l'extérieur										0,02	
12. Ajustement dyadique											

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

Chez les femmes appartenant à un couple en bonne santé physique, l'anxiété d'abandon est reliée positivement à une sous-échelle de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions), l'évitement de l'intimité est relié positivement aux trois sous-échelles de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions, difficulté à décrire ses émotions et pensées orientées vers l'extérieur) et uniquement une sous-échelle de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions) est reliée à son ajustement dyadique.

Chez les femmes appartenant à un couple dans lequel un des partenaires est cardiaque, l'anxiété d'abandon de la femme est reliée à deux de ses sous-échelles de l'alexithymie (difficulté à identifier ses émotions et difficulté à décrire ses émotions). Aucune des sous-échelles de l'alexithymie chez la femme n'est corrélée significativement avec son propre ajustement dyadique.

Afin de répondre au deuxième objectif (hypothèses trois, quatre, cinq et six) qui est de vérifier si les couples cardiaques diffèrent des couples en bonne santé physique, des analyses de variance mixte à mesure répétée (sur le facteur sexe) ont été calculées. Dans ces analyses, le facteur inter-sujet est l'appartenance à un couple cardiaque ou à un couple non cardiaque. Toutes les analyses de variance ont été réalisées avec la commande multivariée (MANOVA), prenant en compte la combinaison des sous-échelles des variables indépendantes à la fois pour l'attachement et pour l'alexithymie et décomposées par la suite en analyses univariées. Puisque les analyses multivariées n'ont pas fait ressortir d'effet significatif, seuls les résultats finaux univariés sont présentés.

La troisième hypothèse stipule que les partenaires de couples dans lequel l'un est cardiaque rapporteront une cote d'anxiété d'abandon plus élevée que ceux de couples en bonne santé physique. Les résultats de l'analyse de variance montrent qu'il n'y a pas d'effet principal lié à la condition, c'est-à-dire d'appartenir à un couple dans lequel un des deux partenaires est atteint d'une maladie cardiaque ou d'appartenir à un couple en bonne santé physique : $F(1, 71) = 2,49, p = 0,12$. De plus, il n'y a pas d'effet principal lié au sexe : $F(1, 71) = 0,03, p = 0,86$. Enfin, les résultats ne font pas ressortir d'effet d'interaction entre ces deux variables (condition et sexe), $F(1, 71) = 0,33, p = 0,57$. Par conséquent, cette hypothèse est infirmée.

La quatrième hypothèse indique que les partenaires de couples dont l'un est atteint d'une maladie cardiaque rapporteront une cote d'évitement de l'intimité plus élevée que ceux de couples en bonne santé physique. Les résultats de l'analyse de variance montrent qu'il y a un effet principal significatif lié à la condition, cardiaque ou non cardiaque : $F(1, 69) = 5,48, p = 0,02$. Le groupe cardiaque obtient une moyenne d'évitement de l'intimité ($M = 2,69$) significativement plus élevée que celle des non cardiaques ($M = 2,21$). L'hypothèse de départ est confirmée. De plus, il y a un effet principal lié au sexe des participants : $F(1, 69) = 4,39, p = 0,04$. Les hommes obtiennent une moyenne d'évitement de l'intimité ($M = 2,62$) significativement plus élevé que les femmes ($M = 2,29$). Enfin, l'interaction entre le genre et la condition cardiaque n'est pas significative : $F(1, 69) = 0,42, p = 0,84$.

La cinquième hypothèse présume que les partenaires de couples dont l'un a une maladie cardiaque rapporteront une cote d'alexithymie plus élevée que ceux de couples en bonne santé physique. Pour ce qui est de la difficulté à identifier ses émotions, les résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet principal lié à la condition, cardiaque ou non cardiaque : $F(1, 67) = 3,10, p = 0,08$. De plus, il n'y a pas d'effet principal lié au sexe : $F(1, 67) = 0,25, p = 0,62$. Enfin, les résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre ces deux variables (condition et sexe) : $F(1, 67) = 0,03, p = 0,85$.

Pour ce qui est de la difficulté à décrire ses émotions, les résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet principal lié à la condition, cardiaque ou non cardiaque : $F(1, 66) = 0,20, p = 0,66$. De plus, il n'y a pas d'effet principal lié au sexe : $F(1, 66) = 2,94, p = 0,09$. Les résultats démontrent également qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre ces deux variables (condition et sexe) : $F(1, 66) = 0,69, p = 0,41$.

En ce qui concerne la sous-échelle d'identification des pensées orientées vers l'extérieur, les résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet principal significatif lié à la condition, cardiaque ou non cardiaque : $F(1, 67) = 1,62, p = 0,21$. Toutefois, les résultats démontrent qu'il y a un effet principal significatif lié au sexe : $F(1, 67) = 5,22, p = 0,03$. Les hommes affichent un score plus élevé d'identification des pensées orientées vers l'extérieur (2,63) que les femmes (2,42). Enfin, il n'y a pas d'effet d'interaction entre ces deux variables (condition et sexe) : $F(1, 67) = 0,001, p = 0,93$. Dans l'ensemble, les

résultats obtenus pour les trois-sous-échelles d'alexithymie ne confirment pas l'hypothèse de recherche.

La sixième hypothèse stipule que les partenaires de couples dont l'un est atteint d'une maladie cardiaque rapporteront une cote d'ajustement dyadique plus faible que ceux de couples en bonne santé physique. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet principal lié au groupe (cardiaque et non cardiaque) : $F(1, 78) = 0,90, p = 0,35$. De plus, il n'y a pas d'effet principal lié au sexe : $F(1, 78) = 1,38, p = 0,24$. Les résultats démontrent également qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre ces deux variables (cardiaque et sexe) : $F(1, 78) = 2,28, p = 0,14$. Donc, l'hypothèse de recherche est infirmée.

La section suivante permet de répondre au troisième objectif visant à expliquer l'ajustement conjugal à partir des variables d'attachement et d'alexithymie. Étant donné la petite taille de l'échantillon, il est difficile d'estimer un modèle qui inclurait toutes les variables et qui permettrait de vérifier l'invariance entre les deux groupes cardiaques et non cardiaques. Comme démontré précédemment, les sous-échelles de l'alexithymie « difficulté à identifier les émotions » et « difficulté à décrire les émotions » sont fortement corrélées avec les autres variables alors que la variable « pensées orientées vers l'extérieur » est peu corrélée avec les autres variables. En se référant à l'échantillon total (voir Tableau 4), il est possible d'observer que de façon générale, la difficulté à identifier les émotions est plus fortement corrélée avec l'ajustement dyadique que la difficulté à décrire les émotions et les pensées orientées vers l'extérieur. De ce fait, pour réduire le

nombre de paramètres à estimer, seulement la difficulté à identifier les émotions, parmi les sous-échelles de l'alexithymie, a été incluse dans les modèles. Ainsi, un modèle acheminatoire a été testé pour le groupe cardiaque et un pour le groupe non cardiaque. Afin de s'assurer que les membres de la dyade (homme et femme) soient distinguables, le test Omnibus a été calculé. Ce dernier est significatif ($\chi^2(20) = 32,805, p = 0,035$), ce qui signifie que les membres de la dyade sont distinguables.

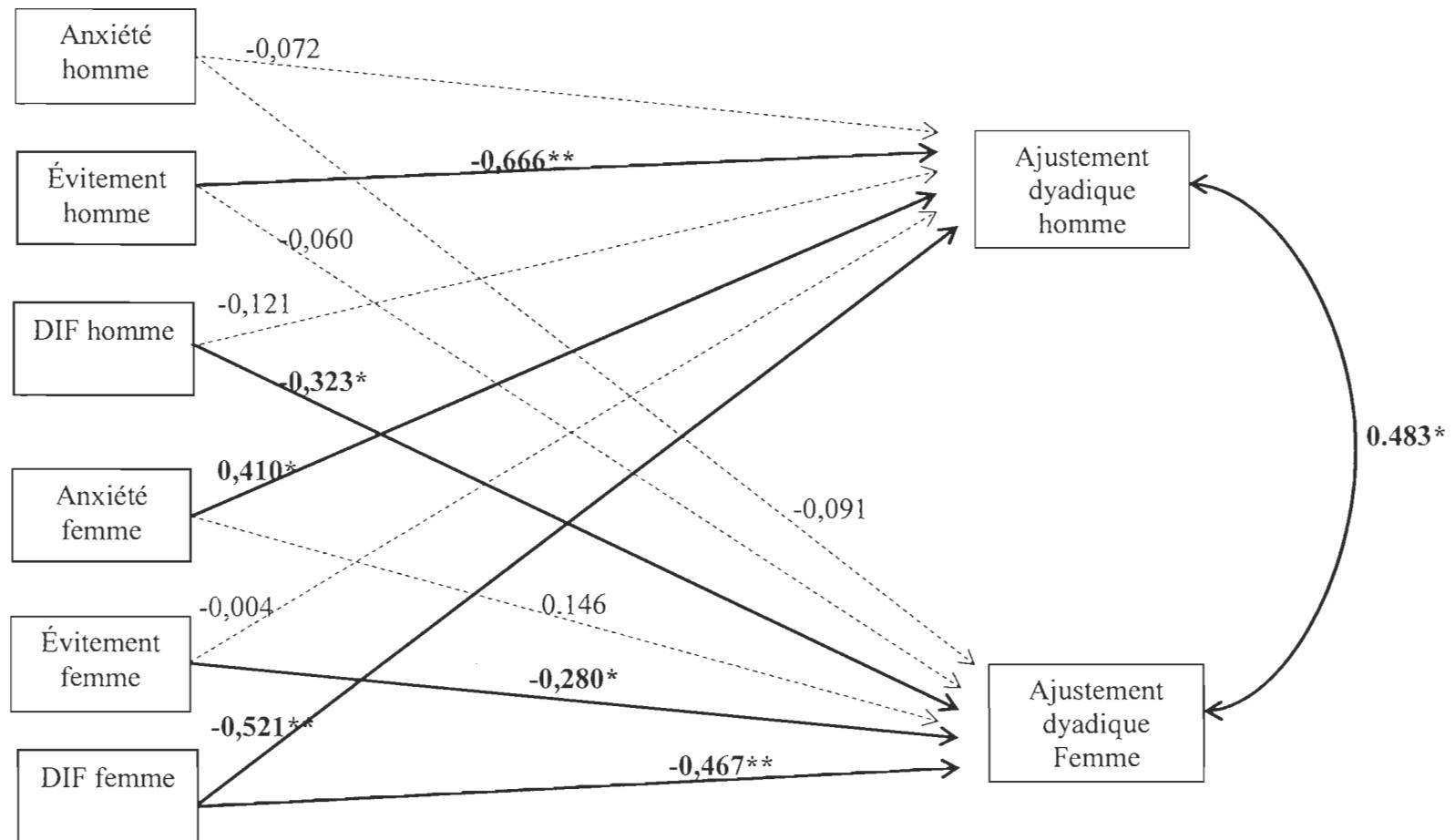
Dans les deux groupes, les indices d'ajustement sont satisfaisants. Cela signifie que le modèle s'ajuste bien aux données des personnes avec et sans maladies cardiaques. Pour les couples non cardiaques, les indices d'ajustement sont : $\chi^2(5, N = 68) = 4,231$ $p = 0,517$; SRMR = 0,053; CFI = 1,000; RMSEA = 0,000, IC 90 % [0,000; 0,155]. Pour les couples cardiaques, les indices d'ajustement sont ($\chi^2(8, N = 40) = 8,369 p = 0,398$; SRMR = 0,087; CFI = 0,984; RMSEA = 0,034, IC 90 % [0,000; 0,191]). À noter que les covariances entre les variables indépendantes ont été estimées, mais ne sont pas rapportées pour éviter d'alourdir les figures.

Chez le groupe de couples en bonne santé physique (voir Figure 1), pour la femme, sa difficulté à identifier ses émotions ($t = -2,915, p = 0,004$), son évitement de la proximité ($t = -2,429, p = 0,015$) ainsi que la difficulté de son conjoint à identifier ses émotions ($t = -2,501, p = 0,012$) sont reliés à son ajustement dyadique. Par contre, l'anxiété d'abandon de la femme ($t = 0,968, p = 0,333$), l'anxiété d'abandon de l'homme

($t = -0,585, p = 0,559$) et l'évitement de la proximité de l'homme ($t = -0,329, p = 0,742$) ne sont pas associés à l'ajustement dyadique de la femme.

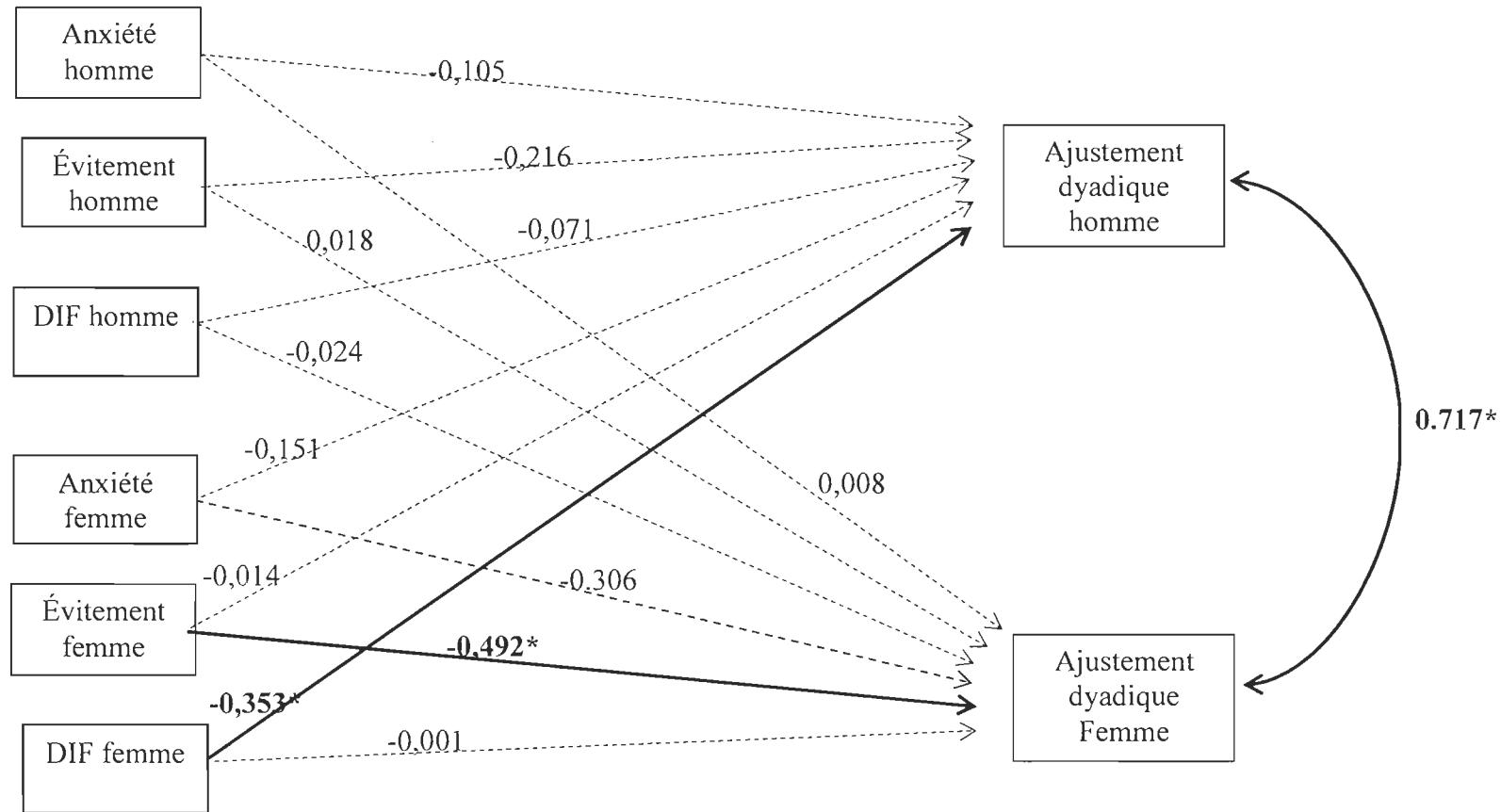
Pour ce qui est de l'homme, les effets non standardisés font ressortir une relation négative statistiquement significative entre son évitement de la proximité ($t = -4,216, p = 0,001$) et son ajustement dyadique. De plus, la difficulté de la femme à identifier ses émotions ($t = -3,860, p = 0,001$) est liée négativement à l'ajustement dyadique de son conjoint, alors que l'anxiété d'abandon de la femme ($t = 2,048, p = 0,041$) est reliée positivement à l'ajustement dyadique de celui-ci. Par contre, l'anxiété d'abandon de l'homme ($t = -0,452, p = 0,651$), sa difficulté à identifier ses émotions ($t = -0,765, p = 0,444$) et l'évitement de la proximité de la femme ($t = -0,027, p = 0,978$) ne sont pas reliés à l'ajustement dyadique de l'homme. Dans ce modèle, l'ajustement dyadique de l'homme et l'ajustement dyadique de la femme sont corrélés positivement de manière significative ($t = 3,007, p = 0,003$). Chez la femme l'ensemble des variables du modèle explique 42,3 % de la variance associée à son ajustement dyadique, alors que chez l'homme, le pourcentage de variance expliquée est de 49,5 %.

Chez le groupe cardiaque, comme le démontre la Figure 2, les effets non standardisés font ressortir qu'uniquement la difficulté de la femme à identifier ses émotions est reliée significativement à l'ajustement dyadique de l'homme ($t = -2,163, p = 0,031$). Par contre,



Légende. Les lignes pointillées représentent les liens testés non significatifs. Les lignes pleines représentent les liens significatifs. * $p = 0,05$ ** $p = 0,001$.

Figure 1. Modèle d'interdépendance « acteur-partenaire » des liens entre l'anxiété d'abandon, l'évitement de la proximité, la difficulté à identifier ses émotions (DIF) et l'ajustement dyadique chez les couples en bonne santé physique.



Légende. Les lignes pointillées représentent les liens testés non significatifs. Les lignes pleines représentent les liens significatifs. * $p = 0,05$ ** $p = 0,001$.

Figure 2. Modèle d'interdépendance « acteur-partenaire » des liens entre l'anxiété d'abandon, l'évitement de la proximité, la difficulté à identifier ses émotions (DIF) et l'ajustement dyadique chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque.

l'anxiété d'abandon de l'homme ($t = 0,634, p = 0,526$), son évitement de la proximité ($t = -1,222, p = 0,222$), sa difficulté à identifier ses émotions ($t = -0,492, p = 0,622$), l'anxiété d'abandon de la femme ($t = -0,701, p = 0,483$) et l'évitement de la proximité de la femme ($t = -0,084, p = 0,933$) ne sont pas reliés significativement à son propre ajustement dyadique.

Pour ce qui est de la femme, les effets non standardisés des analyses acheminatoires font ressortir une relation statistiquement significative entre, d'une part, l'évitement de la proximité de la femme ($t = -2,848, p = 0,004$) et, d'autre part, son ajustement dyadique. L'anxiété d'abandon de la femme ($t = -1,607, p = 0,108$), la difficulté à identifier ses émotions de la femme ($t = -0,008, p = 0,993$), l'anxiété d'abandon de l'homme ($t = 0,539, p = 0,590$), l'évitement de la proximité de l'homme ($t = 0,133, p = 0,894$) et la difficulté à identifier les émotions chez l'homme ($t = -0,176, p = 0,860$) ne sont pas reliés significativement à l'ajustement dyadique de la femme. Dans ce modèle, l'ajustement dyadique de l'homme et l'ajustement dyadique de la femme sont corrélés positivement de manière significative ($t = 3,199, p = 0,001$). Chez la femme l'ensemble des variables du modèle explique 37,1 % de la variance associée à son ajustement dyadique, alors que chez l'homme, le pourcentage de variance expliquée est de 26,2 %.

Discussion

La présente section fait un retour sur les objectifs de recherche et met de l'avant les résultats obtenus aux différentes analyses selon les hypothèses et la question de recherche formulées. Ces résultats seront mis en relation avec ceux de recherches présentes dans la littérature afin de proposer des pistes d'explication. Ensuite, les principales retombées scientifiques et cliniques de l'étude seront présentées. S'ensuivra la présentation des forces et limites de l'étude ainsi que des pistes pour des recherches futures.

Retour sur les analyses préliminaires

Comme attendu, les sous-échelles de chaque variable sont liées de manière significative entre elles. De plus, comme il a été bien démontré dans la littérature (Feeney, 2016), les deux sous-échelles de l'attachement sont reliées à l'ajustement dyadique, c'est-à-dire qu'une cote élevée d'insécurité d'attachement des membres du couple est associée directement à la satisfaction conjugale des membres du couple pour l'ensemble des deux échantillons. Toutefois, le patron de corrélations est différent pour les couples en bonne santé physique et les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque. Pour les couples en bonne santé physique, les relations sont significatives à la fois pour les hommes et les femmes. Toutefois, pour les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, il y a seulement l'ajustement dyadique de la femme qui est lié à une des deux échelles d'attachement (attachement évitant). Cela suggère que lorsque le couple traverse une épreuve difficile comme la maladie cardiaque,

la désactivation du système d'attachement chez les femmes, c'est-à-dire leur tendance à fuir et à éviter la proximité, est liée à une diminution de leur satisfaction conjugale peu importe qui est le partenaire cardiaque. De tels comportements auraient alors pour effet d'éloigner les femmes de leur conjoint et les priver de soutien, de réconfort et de proximité dans un moment durant lequel ils en auraient grandement besoin (Mikulincer & Shaver, 2003, 2007). À la lumière des présents résultats qui ressortent significatifs uniquement pour la femme chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, cette réaction d'éloignement laisse croire que les femmes de couples cardiaques auraient de la difficulté à connecter avec l'être cher alors qu'elles pourraient en avoir besoin et tenteraient par elles-mêmes de réguler leur monde affectif.

Dans le même ordre d'idées, selon la documentation scientifique (Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver, 2015), il aurait été attendu qu'un phénomène similaire se produise dans le cas d'un attachement anxieux, dans lequel il y aurait une hyperactivation du système d'attachement. L'individu aurait tendance à mettre en place des stratégies excessives, pour aller chercher du soutien, des soins et de la proximité de sa figure d'attachement, ce qui aurait été démontré dans la littérature comme également néfaste pour la satisfaction conjugale (Li & Chan, 2012). Toutefois, dans la présente étude, chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, étrangement, la recherche de soutien, de soin et de proximité excessive suivant la maladie ne semble pas être liée à la satisfaction conjugale du couple.

Retour sur les analyses principales

L'objectif principal de la présente étude était d'explorer les associations entre l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique, auprès d'un échantillon de couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque et d'un échantillon de couples en bonne santé physique. Les particularités de cette étude sont que les données ont été collectées auprès des deux membres du couple et également auprès d'un autre échantillon de couples en bonne santé physique afin d'établir des comparaisons entre les deux groupes. De plus, contrairement à la majorité des études présentes dans la documentation sur le sujet, les données ont été récoltées auprès de couples plus âgés, en relation depuis plusieurs années et vivant en cohabitation, comparativement aux échantillons d'étudiants universitaires en relation depuis peu de temps et ne connaissant souvent pas encore la cohabitation (Eid & Boucher, 2012; Humphreys et al., 2009). De ce fait, cette étude a permis d'explorer l'influence des variables de chacun des partenaires de manière interdépendante. De cette problématique, trois objectifs en ont découlé et six hypothèses ont été vérifiées à l'aide d'analyses statistiques. Leurs résultats seront discutés de manière détaillée.

En ce qui concerne le premier objectif, une attention particulière a été mise sur la démonstration du lien entre l'attachement et l'alexithymie de même qu'entre l'alexithymie et l'ajustement dyadique pour ce qui est de l'échantillon global (échantillon de couples cardiaques et de couples non cardiaques). Étant donné que le lien entre l'attachement et

l'ajustement dyadique avait déjà bien été démontré dans la littérature auprès de la population générale, aucune hypothèse n'a été formulée dans la présente étude.

La première hypothèse qui supposait que les dimensions de l'attachement (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) seraient liées positivement à l'alexithymie a été partiellement confirmée. Ce résultat vient appuyer les études existantes qui ont fait ressortir un lien significatif entre l'attachement et l'alexithymie (Besharat, 2010; Besharat & Shahidi, 2014; Dewitte et al., 2010; Karukivi et al., 2011; Stevens, 2014). Toutefois, la présente étude est allée plus loin et a exploré de manière plus précise les relations entre les différentes sous-échelles de ces variables, ce qui a été peu fait dans les autres études.

En ce qui a trait à la présence d'anxiété d'abandon, les résultats ne démontrent pas de lien significatif avec les pensées orientées vers l'extérieur (autant chez les non cardiaques que chez les cardiaques), mais un lien significatif est ressorti avec la difficulté à identifier ses émotions (chez les hommes et les femmes non cardiaques et chez les hommes cardiaques) et à décrire ses émotions (chez les hommes et les femmes non cardiaques et chez les femmes cardiaques). Ce résultat ajoute de la précision aux résultats de Stevens (2014) qui met de l'avant que les gens avec un haut niveau d'anxiété d'abandon ont certaines difficultés quant à la clarification de leurs émotions.

En ce qui a trait à l'évitement de l'intimité, les résultats démontrent que plus le niveau d'évitement de l'intimité est élevé, plus la difficulté à identifier et décrire ses émotions est

élevée et la personne a plus tendance à avoir des pensées orientées vers l'extérieur. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Stevens (2014) qui font ressortir que les gens avec une prédominance d'évitement de l'intimité ont plus de difficulté à mettre l'accent sur leurs propres émotions, ainsi qu'à être conscients de leurs sentiments.

En somme, les gens qui présentent des styles d'attachement davantage insécurisant semblent vivre également des difficultés de reconnaissance et d'expression de leurs émotions. Cela va de concert avec les théories qui stipulent que l'apprentissage des émotions se fait dans une relation d'attachement sécurisante où le parent a une fonction de régulateur émotionnel auprès de son enfant et lui sert de modèle pour ses expériences à venir (Godbout & MacIntosh, 2019). Par conséquent, lorsque l'enfant vit des émotions en interaction avec son environnement, le parent va mettre des mots sur ce qu'il vit pour graduellement lui apprendre qu'elles sont tolérables, qu'il est possible de les gérer et qu'il existe des mots pour les nommer et les décrire (Godbout & MacIntosh, 2019). Il offrira également du soutien, du réconfort et de la proximité à son enfant pour que ce dernier se sente en sécurité afin qu'il puisse intégrer une vision du monde et de lui-même qui est aimante et sécurisante (Cohin & Miljkovitch, 2007). C'est à travers cette interaction entre la gestion émotionnelle et la sécurité d'attachement, qu'il aura appris, une fois devenu adulte, à gérer son monde émotionnel; à bien ressentir, identifier et exprimer ses émotions. Les présents résultats suggèrent que le lien entre l'attachement et les émotions perdure à l'âge adulte à travers la relation conjugale. Toutefois, plus précisément chez le groupe cardiaque, puisque l'évitement de l'intimité n'est relié à aucune variable de l'alexithymie,

ce résultat devra être reproduit et la compréhension de cette absence de relation devra être approfondie dans de futures études.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse qui stipule que l'alexithymie est reliée négativement à l'ajustement dyadique, elle a été partiellement confirmée. Il ressort, de la présente étude, que plus le niveau de difficultés de reconnaissance et d'expression de ses émotions est élevé chez les membres du couple, moins ils sont satisfaits de leur relation conjugale. Cela suggère que la capacité à identifier et décrire nos émotions est un élément important à considérer lorsqu'une personne doit se prononcer sur son niveau de satisfaction conjugale. Ces résultats sont concordants avec ceux des études précédentes (Eid & Boucher, 2012; Epözdemir, 2012; Humphreys et al., 2009; Karakis & Levant, 2012) qui ont également démontré qu'un haut niveau d'alexithymie influence négativement la perception de la satisfaction conjugale. Toutefois, les pensées orientées vers l'extérieur n'ont pas été reliées significativement à l'ajustement dyadique dans notre échantillon. Pour ce qui est du groupe en bonne santé physique de manière générale (hommes et femmes), plus les individus ont de la difficulté à identifier leurs émotions, moins ils rapportent de satisfaction conjugale. Chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque un lien s'observe uniquement pour l'homme. Plus les hommes ont de la difficulté à exprimer leurs émotions, moins ils rapportent de satisfaction conjugale. Ce lien peut être expliqué par le fait qu'il y a davantage d'hommes que de femmes qui sont cardiaques dans le présent échantillon (29 en comparaison à 12 femmes).

Il serait intéressant d'isoler la part qui serait attribuée à la maladie cardiaque et celle attribuée au genre ou même à l'interaction entre ces deux variables.

Pour ce qui est du deuxième objectif, le but était de vérifier si les partenaires de couples dont l'un est atteint d'une maladie cardiaque diffèrent de manière significative de ceux de couples en bonne santé physique. En ce qui a trait à l'attachement, les partenaires de couples dont l'un est atteint d'une maladie cardiaque ont obtenu une moyenne significativement plus élevée que ceux de couples en bonne santé physique sur le plan de l'évitement de l'intimité. De ce fait, il est possible de penser que chez les conjoints dans lesquels l'un est atteint d'une maladie cardiaque, il aurait une moins grande propension à se tourner vers l'autre en cas de besoin afin de trouver soutien et réconfort. De ce fait, ils se trouvent privés d'un moyen d'adaptation efficace puisqu'il est connu que l'attachement sécurisant contribue au déploiement de stratégies de régulation émotionnelle et à l'adoption de comportements relationnels positifs qui eux ont une influence sur les réactions physiologiques au stress (niveau de cortisol, réactivité cardiovasculaire, réponse immunitaire), les affects et les comportements de santé (Pietromonaco & Beck, 2019). Toutefois, en ce qui concerne l'anxiété d'abandon, les partenaires de couples dont l'un est atteint d'une maladie cardiaque n'ont pas obtenu une moyenne significativement plus élevée que ceux de couples en bonne santé physique. Il n'y a donc pas une plus grande activation du système d'attachement en présence de la maladie cardiaque. En présence des problèmes cardiaques, le conjoint ne cherche pas de manière excessive l'attention, le soutien et le réconfort de son partenaire. Il est possible que toute son attention soit orientée

vers la maladie et le rétablissement et donc moins sur la recherche de soutien et de réconfort. Le choc de la maladie retarderait l'activation du système d'attachement qui se produirait potentiellement dans les phases subséquentes du rétablissement. En ce qui concerne l'alexithymie, il n'y a pas de différence significative entre le groupe cardiaque et le groupe non cardiaque. Donc, les difficultés d'identification et d'expression de ses émotions ne sont pas plus présentes chez les membres de couples aux prises avec une maladie cardiaque que chez les couples de cet échantillon. Ce résultat est surprenant et va à l'encontre des évidences découlant de la documentation. Il y aurait lieu de reproduire ce résultat auprès d'un plus grand échantillon et de distinguer, chez les couples cardiaques, le partenaire atteint de la maladie cardiaque, de celui en bonne santé physique. Dans la présente étude, avec le faible nombre de participants, il a uniquement été possible d'examiner simultanément les différences entre les deux groupes et entre les hommes et les femmes.

En ce qui concerne l'ajustement dyadique, il n'y a pas de différence significative entre les partenaires de couples dont l'un est atteint d'une maladie cardiaque et ceux de couples en bonne santé physique. Étrangement, ces résultats suggèrent que l'évènement relié à l'apparition des problèmes cardiaques ne semble pas avoir de lien significatif avec une possible fluctuation de la satisfaction conjugale des couples. Des résultats similaires ont été obtenus auprès d'un échantillon de couples dont la femme est atteinte du cancer. Après le diagnostic de cancer, la satisfaction conjugale des couples n'était pas différente de celle du reste de la population (Mahrer-Imhof, Hoffmann & Froelicher, 2007). Comme mis de

l'avant dans certaines études, la maladie physique est pour certains couples un moteur de changement (Mahrer-Imhof et al., 2007; Manne & Badr, 2008). De ce fait, la maladie physique peut servir de tremplin pour mettre l'attention sur l'interaction entre les partenaires et faire certains changements sur le plan conjugal qui permettent d'améliorer le lien d'intimité et la satisfaction conjugale. Il est possible de se demander si la satisfaction conjugale des couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque aurait été différente si elle avait été mesurée immédiatement après l'événement. De ce fait, le passage du temps et les changements opérés par le couple suite à l'événement cardiaque leur ont probablement permis de retrouver une satisfaction conjugale similaire à celle d'avant l'événement cardiaque soit similaire à celle des couples en bonne santé physique. Cela pourrait, en partie, expliquer le manque de différence de moyenne entre les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque et les couples en bonne santé physique.

De manière générale, les résultats obtenus à travers cet objectif suggèrent que les partenaires de couples dans lequel l'un est atteint d'une maladie cardiaque ont une anxiété d'abandon, un niveau d'alexithymie et une satisfaction conjugale similaires aux partenaires en bonne santé physique, à l'exception de l'évitement de l'intimité.

Enfin, le troisième objectif de cette étude a été d'explorer un modèle acheminatoire dyadique de la satisfaction conjugale chez les couples dont l'un des partenaires est atteint

d'une maladie cardiaque et les couples en bonne santé physique à partir des variables d'attachement et d'alexithymie.

Chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, les résultats de la présente étude démontrent qu'uniquement l'évitement de l'intimité de la femme est relié à son ajustement dyadique. Ce dernier n'est donc relié à aucune variable d'attachement et ni à sa propre difficulté à identifier ses émotions et à celle de son partenaire. Ces résultats sont étonnantes, car ils ne reflètent pas ce qui est présent dans la documentation scientifique chez les couples relativement en bonne santé physique. Par exemple, les résultats d'études portant sur la population générale, donc en bonne santé physique, révèlent que le niveau d'alexithymie de l'homme est relié négativement à l'ajustement dyadique de la femme (Eid & Boucher, 2012; Hesse et al., 2015). Ce lien est aussi corroboré dans la présente étude chez les couples en bonne santé physique. L'étude d'Epözdemir (2012) fait, de son côté, ressortir que la femme serait plus affectée par la présence d'alexithymie dans le couple que l'homme alors que dans notre échantillon de couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, ce n'est pas le cas. Toutefois, dans leur étude, Epözdemir fait ressortir que le niveau d'alexithymie de l'homme doit être très élevé pour qu'il ait un impact significatif sur la satisfaction conjugale de sa femme.

Au sein des couples cardiaques, il est possible que le partenaire en bonne santé attribue les comportements nuisibles au bon fonctionnement conjugal à la maladie

cardiaque, plutôt qu'aux caractéristiques personnelles de son conjoint. De ce fait, ce type d'attributions pourrait avoir moins de répercussions sur sa satisfaction conjugale que s'il l'attribuait directement à l'alexithymie ou à l'attachement de son conjoint. Dans ce contexte, le partenaire en bonne santé peut davantage faire preuve de patience et de compréhension à l'égard de son conjoint et peut-être même compenser pour les déficits de ce dernier, une attitude qu'il n'adopterait peut-être pas en l'absence des problèmes de santé physique. Une telle observation a été soulevée dans l'étude de Favez, Notari, Antonini et Charvoz (2017) menée auprès de couples dont la femme était atteinte du cancer du sein. Ils mirent de l'avant que le partenaire avait tendance à attribuer à la maladie et au traitement les comportements nuisibles pour le couple adoptés par la femme atteinte du cancer. Étant attribué à un facteur externe plutôt qu'à l'individu lui-même, les réactions à la maladie risquent d'avoir moins d'impact sur l'activation du système d'attachement et sur la satisfaction conjugale du couple. Cela pourrait permettre de comprendre la divergence entre les résultats des couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque et des couples en bonne santé physique au niveau du lien entre l'alexithymie et l'ajustement dyadique.

Pour ce qui est de l'ajustement dyadique de l'homme, il a été relié uniquement à la difficulté de la femme à identifier ses émotions. Il n'est donc relié à aucune variable de l'homme lui-même ou à l'attachement de la femme, alors que dans l'échantillon de couples non cardiaques, l'évitement de l'intimité de l'homme est lié à son propre ajustement dyadique. Il est étonnant d'observer qu'aucun lien entre les variables

d'attachement et d'ajustement dyadique de l'homme ne soit significatif chez les couples cardiaques. Les résultats sont contraires à plusieurs études ayant obtenu des résultats significatifs entre l'attachement et l'ajustement dyadique dans la population générale (p. ex., Duemmler & Kobak, 2001; Hadden et al., 2014; Li & Chan, 2012). Cette divergence de résultats pourrait également être expliquée par le facteur temps écoulé depuis le diagnostic de la maladie. Les données des participants ayant une maladie cardiaque ont été récoltées dans les 12 mois suivant l'évènement cardiaque. Il est possible d'émettre l'hypothèse que les impacts sur la satisfaction conjugale s'installent graduellement et se fassent ressentir plus tard au sein du couple. Étant donné l'aspect de crise et d'urgence que peut engendrer la survenance des problèmes cardiaques, il est possible que l'attention soit principalement portée sur la maladie et que les membres du couple ne vivent pas encore les répercussions sur le plan conjugal (Manne & Badr, 2008). Certaines études menées auprès de gens atteints du cancer supposent même un effet positif de la maladie sur la satisfaction conjugale (Manne & Badr, 2008). Dans leur étude, certains couples ont affirmé que le cancer les avait rapprochés et leur avait permis de créer un lien d'intimité plus fort (Manne & Badr, 2008).

Les premières études de même que les subséquentes réalisées auprès de couples de la population générale ont fait ressortir des différences entre les hommes et les femmes (Collins & Read, 1990; Kirkpatrick & Davis, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007). Leurs résultats démontrent que l'anxiété d'abandon des femmes est davantage corrélée à l'évaluation négative de leur ajustement dyadique, alors que le degré de confort avec la

proximité (faible évitement de l'intimité) de l'homme est un élément crucial pour leur ajustement conjugal. Toutefois, aucune étude, avant la présente, n'a été menée avec un échantillon de couples cardiaques afin d'examiner les différences de genre.

Chez les couples dans lesquels un partenaire a une maladie cardiaque, les présents résultats montrent qu'uniquement l'évitement de l'intimité de la femme est relié à la satisfaction conjugale de cette dernière, alors qu'aucune variable d'attachement de l'homme n'y est associée. Les résultats associant l'évitement de l'intimité des deux partenaires à l'ajustement dyadique chez les couples en bonne santé physique vont plutôt dans le sens de l'étude de Li et Chan (2012) qui mettent de l'avant que les gens qui présentent un attachement insécurisant fort sur la dimension d'évitement démontrent moins de connectivité, moins de soutien et moins de satisfaction conjugale en général.

Les résultats de la présente étude laissent présager qu'une dynamique assez différente est présente chez les couples où l'un des deux partenaires a une maladie cardiaque en comparaison aux couples relativement en bonne santé. L'une des manières de comprendre les résultats pourrait être en termes d'activation du système d'attachement, qui est différente chez les femmes et les hommes de ces couples en fonction de la menace que peut représenter le problème cardiaque, en inhibant l'accès (de façon temporaire ou chronique) aux modèles internes opérants.

Forces, limites et recommandations futures

Sur le plan clinique, les modèles acheminatoires, bien qu'ils soient exploratoires, montrent que les variables indépendantes (alexithymie et attachement) ne se comportent pas de la même façon chez les couples dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, comparativement aux couples en bonne santé physique. Les variables indépendantes ne sont associées qu'à l'ajustement des femmes du groupe cardiaque, alors qu'il y a plus de liens significatifs pour les hommes et les femmes non cardiaques. Les difficultés à identifier les émotions de l'homme et de la femme sont reliées à l'ajustement dyadique de leur partenaire pour les non cardiaques, alors que c'est uniquement les difficultés d'identification d'émotion de la femme qui sont reliées à l'ajustement dyadique de l'homme chez les cardiaques. Chez les hommes du groupe cardiaque, aucune de leurs variables indépendantes n'est associée à leur ajustement conjugal. Cela porte à croire qu'elles n'ont pas d'importance ou qu'il pourrait avoir d'autres variables plus prioritaires à ce stade d'adaptation à la maladie. Sur le plan clinique, ces résultats pourraient avoir un impact sur l'offre de service qui est offerte à cette population à ce stade de la maladie. En effet, bien que les aspects conjugaux, tels que l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique soient des éléments importants de la dynamique conjugale, il est possible que peu de temps après l'événement cardiaque, il soit prioritaire d'intervenir davantage sur les éléments liés à la santé physique ou les éléments qui concernent l'adaptation des activités de la vie quotidienne.

Sur le plan scientifique, cette étude démontre la pertinence d'explorer les variables qui sont liées à la satisfaction conjugale des couples cardiaques. Elle permet de mettre de l'avant le lien que peut avoir la sous-échelle difficulté à identifier ses émotions de l'alexithymie de la femme avec la satisfaction conjugale de l'homme. Encore peu d'études sont faites sur le lien entre ces trois variables et, de par la présente étude, une plus grande attention scientifique devrait y être consacrée.

D'une part, cette étude est novatrice puisqu'elle est la première à explorer le lien entre l'attachement, l'alexithymie et la satisfaction conjugale chez une population cardiaque. C'est également la première étude sur ce sujet ayant été menée auprès des deux partenaires de couples aux prises avec une maladie cardiaque. Comparativement à la majorité des études présentes dans la documentation réalisée auprès d'étudiants universitaires souvent en couple depuis peu de temps, la présente étude a été menée auprès de couples de longue date et d'adultes plus âgés. De plus, elle a fait appel à un groupe en bonne santé physique qui permet de faire des comparaisons avec des couples qui n'ont pas à composer avec des problèmes cardiaques.

L'utilisation d'analyses dyadiques est une force de cette étude puisqu'elle a permis d'observer le fonctionnement conjugal de chaque individu ainsi que la dynamique relationnelle entre les partenaires. Cette méthode d'analyse acteur-partenaire est robuste et permet de comprendre et de comparer le vécu auto-rapporté des partenaires (Kenny et al., 2006).

L'interprétation des résultats est toutefois limitée en raison de la petite taille de l'échantillon. Dans certains couples, il n'y a qu'un seul des partenaires qui a répondu aux questionnaires. Puisque dans le groupe cardiaque, il y avait seulement 38 hommes et 31 femmes, la puissance des analyses statistiques s'en trouve affectée. Cette étude ne permet pas de poser des conclusions définitives. Le groupe de couples en bonne santé étant deux fois plus nombreux, les différences observées devront être répliquées avec un échantillon de plus grande taille.

Une autre limite concerne la nature auto-rapportée des questionnaires utilisés (DAS, TAS-20 et ECR). Ce type de questionnaire peut engendrer un biais d'acquiescement, c'est-à-dire une tendance à répondre systématiquement par l'affirmative. Il serait pertinent d'examiner les différences observées en recueillant les données à l'aide d'entrevues pour appuyer l'information recueillie dans les questionnaires. De plus, des versions abrégées de 18 items communs aux deux langues ont été utilisées pour le ECR plutôt que le questionnaire complet. Dans une étude subséquente, le questionnaire complet pourrait être utilisé pour amener de la richesse à l'étude.

En ce qui a trait à la composition de l'échantillon, il y a certains aspects à considérer qui peuvent avoir une influence sur l'interprétation des résultats. Par exemple, l'échantillon était assez homogène, c'est-à-dire que l'échantillon était principalement constitué d'Ontariens blancs, éduqués, avec une moyenne d'âge de 53 ans. De plus, étant

donné que le groupe contrôle a été recruté à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Montfort, il existe une différence d'âge et donc une réalité conjugale différente entre les deux groupes. Par exemple, dans le groupe de couples en bonne santé physique, beaucoup étaient de jeunes parents et les analyses n'ont pas permis de contrôler pour les enjeux liés à cette réalité. Être jeune parent est un défi de taille qui peut mettre à rude épreuve la satisfaction conjugale. De plus, dans la présente étude, les diagnostics psychologiques n'ont pas été contrôlés. Sachant que la maladie cardiaque est souvent corrélée avec la présence de difficultés psychologiques, il serait important, dans une étude future, de contrôler cette variable. Les résultats chez les couples cardiaques pourraient être fortement modulés par la présence d'un trouble psychologique. De plus, les séquelles physiques découlant de la maladie cardiaque n'ont pas été prises en compte, alors qu'elles seraient susceptibles d'entrainer un plus haut niveau de dépendance et de soutien à l'autre. Elles pourraient être reliées à une plus grande insécurité et entraîner une hyperactivation du système d'attachement.

Le devis de recherche, qui est de nature corrélationnelle, est une limite en soi. Même s'il est possible d'observer qu'une variable est reliée à une autre variable, il n'est pas possible de supposer des relations de cause à effet étant donné que les données ont été recueillies en un seul temps. Afin de pouvoir démontrer de possibles relations de cause à effet, un devis longitudinal serait nécessaire.

En terminant, cette étude ouvre la porte à plusieurs autres questions de recherche possibles qui pourraient faire l'objet de recherches futures pour approfondir la compréhension de l'ajustement dyadique auprès de couples cardiaques. Premièrement, il serait pertinent de reproduire cette étude avec un plus grand échantillon afin de vérifier s'il existe davantage de différences entre le groupe cardiaque et le groupe non cardiaque au niveau des variables à l'étude.

Considérant le lien qui unit l'attachement et l'alexithymie, il serait également intéressant d'aller vérifier un modèle de médiation avec ces variables. Par exemple, étant donné que le lien entre l'attachement et la satisfaction conjugale est bien établi dans la littérature, il pourrait être pertinent d'aller vérifier le rôle médiateur de l'alexithymie dans la relation entre l'attachement et l'ajustement dyadique, étant donné qu'il est bien connu que l'apprentissage de la capacité à reconnaître, à exprimer et à réguler les émotions est grandement influencé par les liens que l'enfant entretient avec sa figure d'attachement (Roque & Veríssimo, 2011). Il serait également pertinent d'aller étudier les liens entre l'attachement et l'alexithymie en fonction d'autres variables comme l'empathie, la gestion des conflits, les séquelles laissées par la maladie cardiaque et les stades de la maladie et du rétablissement.

Conclusion

Au terme de cette étude, il est possible de conclure que l'attachement, l'alexithymie et l'ajustement dyadique sont reliés entre elles de manière générale chez l'ensemble de l'échantillon ce qui appuie l'importance de les étudier. Toutefois, contrairement à ce qui était attendu, très peu de différences significatives ont été obtenues entre les deux groupes lorsqu'ils sont comparés en fonction de ces mêmes variables. Cela nous informe que la maladie cardiaque n'aurait peut-être pas autant d'impact que prévu sur ces variables et leurs relations entre elles. Au niveau dyadique, il est important de mettre en lumière que chez les couples dans lequel l'un des partenaires est atteint d'une maladie cardiaque, des liens significatifs entre l'alexithymie et l'attachement avec l'ajustement dyadique de cette dernière et de son conjoint ont été démontrés, alors qu'aucune variable de l'homme n'est reliée à la satisfaction conjugale des membres du couple, comparativement aux couples en bonne santé physique où l'évitement de l'intimité des deux partenaires est lié à leur propre ajustement dyadique, alors que la difficulté à identifier ses émotions est associée à l'ajustement dyadique du partenaire. Dans le cadre de recherches futures, il serait important de tenir compte de plusieurs aspects, dont les phases de rétablissement et les séquelles laissées par la maladie qui pourraient influencer l'ajustement dyadique des couples cardiaques. Il serait également pertinent de s'intéresser à d'autres variables du modèle vulnérabilité-stress-adaptation, comme, par exemple, les stratégies de coping et de suivre les couples sur plusieurs années pour examiner comment la maladie et la réadaptation affectent le quotidien des personnes cardiaques et de leur conjoint.

Références

Agence de la Santé Publique du Canada. (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada* [en ligne]. Consulté le 27 juin 2017 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>

Agence de la Santé Publique du Canada. (2017). *Les maladies du cœur au Canada. Faits saillants du système canadien de surveillance des maladies chroniques* [en ligne]. Consulté le 26 juin 2017 de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/heart-disease-fact-sheet/heart-disease-factsheet-fra.pdf>

Agence de la Santé Publique du Canada. (2018). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies du cœur au Canada, 2018* [en ligne]. Consulté le 19 août 2020 de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/report-heart-disease-canada-2018/pub1-fra.pdf>

Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anders, S. L., & Tucker, J. S. (2000). Adult attachment style, interpersonal communication competence, and social support. *Personal Relationships*, 7(4), 379-389. doi: 10.1111/j.1475-6811.2000.tb00023.x

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.

Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique (A French translation of the Dyadic Adjustment Scale). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34.

Barger, S. D., & Cribbet, M. R. (2016). Social support sources matter: Increased cellular aging among adults with unsupportive spouses. *Biological Psychology*, 115, 43-49.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment style among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Baucom, B. R., Baucom, K. J., Hogan, J. N., Crenshaw, A. O., Bourne, S. V., Crowell, S. E., ... Goodwin, M. S. (2018). Cardiovascular reactivity during marital conflict in laboratory and naturalistic settings: Differential associations with relationship and individual functioning across contexts. *Family Process*, 57(3), 662-678.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Besharat, M. A. (2010). Attachment styles and alexithymia. *Psychological Research*, 12(3-4), 63-80.
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 352-362-362. doi: 10.5964/ejop.v10i2.671
- Birnbaum, G. E. (2015). On the convergence of sexual urges and emotional bonds: The interplay of the sexual and attachment systems during relationship development. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and research* (pp. 245-252). New York, NY: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1(4), 664-678. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
- Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M.-F., Péloquin, K., & Sabourin, S. (2017). Perspective de l'attachement dans les relations de couple et formation des relations de couple. Dans Y. Lussier & S. Sabourin (Éds), *Les fondements de la psychologie du couple* (pp. 53-86). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Brassard, A., Wright, J., Shaver, P., Péloquin, K., & Dupuy, E. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(3), 245-262. doi: 10.1080/0092623X.2011.606881
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY: Guilford Press.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15(1), 141-154.

- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. New York, NY: Routledge.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65(4), 971-981. doi: 10.2307/1131298
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, 17(12), 1032-1039.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B., & Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological Science*, 26(2), 135-147.
- Cohin, E., & Miljkovitch, R. (2007). La mise en place des représentations d'attachement au sein du couple : parts relatives à l'enfance et au conjoint. *Psychologie française*, 52(4), 519-533. doi: 10.1016/j.psfr.2007.01.003
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Crowell, J. A., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, 38(4), 467-479.
- Czajkowski, S. M., Arteaga, S. S., & Burg, M. M. (2011). Social support and coronary heart disease. Dans R. Allan & J. Fisher (Éds), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (2^e éd., pp. 169-195), Washington, DC: American Psychological Association.
- Dewitte, M., De Houwer, J., Goubert, L., & Buysse, A. (2010). A multi-modal approach to the study of attachment-related distress. *Biological Psychology*, 85(1), 149-162.
- Dion, K., & Keelan, J. (1998). Attachment style and relationship satisfaction: Test of a self-disclosure explanation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30(1), 24-35.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Doherty, N. A., & Feeney, J. A. (2004). The composition of attachment networks throughout the adult years. *Personal Relationships*, 11(4), 469-488. doi: 10.1111/j.1475-6811.2004.00093.x

- Donoho, C. J., Seeman, T. E., Sloan, R. P., & Crimmins, E. M. (2015). Marital status, marital quality, and heart rate variability in the MIDUS cohort. *Journal of Family Psychology, 29*(2), 290-295.
- Duemmler, S. L., & Kobak, R. (2001). The development of commitment and attachment in dating relationships: Attachment security as relationship construct. *Journal of Adolescence, 24*(3), 401-415. doi: 10.1006/jado.2001.0406
- Dupre, M. E., & Nelson, A. (2016). Marital history and survival after a heart attack. *Social Science & Medicine, 170*, 114-123.
- Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino Sr, R. B., & Benjamin, E. J. (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 509-513.
- Eid, P., & Boucher, S. (2012). Alexithymia and dyadic adjustment in intimate relationships: Analyses using the actor partner interdependence model. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(10), 1095-1111.
- Eisenberger, N. I., Master, S. L., Inagaki, T. K., Taylor, S. E., Shirinyan, D., Lieberman, M. D., & Naliboff, B. D. (2011). Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(28), 11721-11726.
- Epözdemir, H. (2012). The effect of alexithymic characteristics of married couples on their marital adjustment. *Journal of Family Psychotherapy, 23*(2), 116-130.
- Falvo, D. (2013). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Favez, N., Notari, S. C., Antonini, T., & Charvoz, L. (2017). Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. *British Journal of Health Psychology, 22*(1), 169-185. doi: 10.1111/bjhp.12223
- Feeley, J. A. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships, 6*(2), 169-185. doi: 10.1111/j.1475-6811.1999.tb00185.x
- Feeley, J. A. (2016). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 435-463). New York, NY: The Guilford Press.

- Feeney, J. A., & Noller, P. (2004). Attachment and sexuality in close relationships. Dans J. A. Feeney & P. Noller (Éds), *Handbook of sexuality in close relationships* (pp. 183-201). Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., Campbell, L., & Overall, N. C. (2015). Pair-bonding, romantic love, and evolution the curious case of homo sapiens. *Perspectives on Psychological Science*, 10(1), 20-36.
- Fondation des maladies du cœur. (2015). *Maladies du cœur* [en ligne]. Consulté le 20 juin 2017 de http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669927/k.6EFE-Maladies_du_coeur_Information_224_jour_sur_les_maladies_du_c339ur.htm
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365.
- Givertz, M., Woszidlo, A., Segrin, C., & Knutson, K. (2013). Direct and indirect effects of attachment orientation on relationship quality and loneliness in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(8), 1096-1120.
- Godbout, N., & MacIntosh, H. (2019). *Le défi du couple pour les victimes de traumas interpersonnels* [en ligne]. Consulté le 10 novembre 2019 de https://www.ordrepsy.qc.ca/-/le-defi-du-couple-pour-les-victimes-de-traumas-interpersonnels?p_r_p_564233524_categoryId=368806
- Gottman, J. M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*. New York, NY: WW Norton & Company.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of Emotions*, 3(3), 497-513.
- Hadden, B. W., Smith, C. V., & Webster, G. D. (2014). Relationship duration moderates associations between attachment and relationship quality: Meta-analytic support for the temporal adult romantic attachment model. *Personality and Social Psychology Review*, 18(1), 42-58.
- Han, S., & Pistole, M. C. (2014). College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*, 55(1), 16-29. doi: 10.1353/csd.2014.0004
- Hayes, R. M., Carter, P. R., Gollop, N. D., Uppal, H., Sarma, J., Chandran, S., & Potluri, R. (2016). The impact of marital status on mortality and length of stay in patients admitted with acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiology*, 212, 142-144.

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524.
- Heenan, A., Greenman, P. S., Tassé, V., Zachariades, F., & Tulloch, H. (2020). Traumatic stress, attachment style, and health outcomes in cardiac rehabilitation patients. *Frontiers in Psychology, 11*(75). doi: 10.3389/fpsyg.2020.00075
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences, 50*(4), 451-456.
- Hesse, C., Pauley, P. M., & Frye-Cox, N. E. (2015) Alexithymia and marital quality: The mediating role of relationship maintenance behaviors. *Western Journal of Communication, 79*,1, 45-72. doi: 10.1080/10570314.2014.943418
- Hinshaw, S. P., Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 140*(1), 140-187. doi: 10.1037/a0031859
- Holmberg, D., Lomore, C. D., Takacs, T. A., & Price, E. L. (2011). Adult attachment styles and stressor severity as moderators of the coping sequence. *Personal Relationships, 18*(3), 502-517. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01318.x
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 43-47.
- Johnson, S. (2014). *The love secret: The revolutionary new science of romantic relationships*. London: Little, Brown Book Group.
- Johnson, S., Moser, M. B., Smith, A., Dalgleish, T., Halchuk, R., Beckes, L., ... Merali, Z. (2013). Soothing the threatened brain: Leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *PLoS ONE, 8*(11). doi: 10.1371/journal.pone.0079314
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes, 12*(3), 193-209. doi: 10.3817/psyt.123.0193
- Kachadourian, L. K., Fincham, F., & Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *Personal Relationships, 11*(3), 373-393. doi: 10.1111/j.1475-6811.2004.00088.x

- Kaplan, R. M., Saxbe, D. E., Repetti, R. L., & Nishina, A. (2008). Marital satisfaction, recovery from work, and diurnal cortisol among men and women. *Health Psychology*, 27(1), 15-25. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.15
- Karademas, E. C. (2014). The psychological well-being of couples experiencing a chronic illness: A matter of personal and partner illness cognitions and the role of marital quality. *Journal of Health Psychology*, 19(11), 1347-1357. doi: 10.1177/1359105313488983
- Karakis, E. N., & Levant, R. F. (2012). Is normative male alexithymia associated with relationship satisfaction, fear of intimacy and communication quality among men in relationships? *The Journal of Men's Studies*, 20(3), 179-186. doi: 10.3149/jms.2003.179
- Karney B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 113-134.
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.-M., Liuksila, P.-R., & Saarijärvi, S. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Research*, 187(1), 254-260.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, NY: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L., & Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1377-1384.
- King, K. B., & Reis, H. T. (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychology*, 31(1), 55-62.
- Kirkpatrick, L., & Davis, K. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 502-512.
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). *Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité* [Bidimensional structure of attachment in love: Anxiety over abandonment and avoidance of intimacy]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(1), 56-60. doi: 10.1037/h0087187

- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869-878.
- Lewis, M. A., & Butterfield, R. M. (2007). Social control in marital relationships: Effect of one's partner on health behaviors 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(2), 298-319.
- Lewis, M. A., & Rook, K. S. (1999). Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, 18(1), 63-71.
- Li, T., & Chan, D. K. S. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406-419.
- Loas, G., Fremaux, D., Marchand, M. P., Chaperot, C., & Dardennes, R. (1993). L'alexithymie chez le sujet sain : validation de l'Échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) dans une population « tout venant » de 144 sujets, application au calcul de la prévalence. *Annales médico-psychologiques*, 151(9), 660-663.
- Mahrer-Imhof, R., Hoffmann, A., & Froelicher, E. S. (2007). Impact of cardiac disease on couples' relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 513-521.
- Manfredini, R., De Giorgi, A., Tiseo, R., Boari, B., Cappadona, R., Salmi, R., ... Mikhailidis, D. P. (2017). Marital status, cardiovascular diseases, and cardiovascular risk factors: A review of the evidence. *Journal of Women's Health*, 26(6), 624-632.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(S11), 2541-2555. doi: 10.1002/cncr.23450
- Mathers, C., Fat, D. M., & Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Suisse: World Health Organization.
- Mendis, S., Thygesen, K., Kuulasmaa, K., Giampaoli, S., auml, O., nen, M., ... Lisheng, L. (2011). World Health Organization definition of myocardial infarction. *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 139-146. doi: 10.1093/ije/dyq165
- Meyers, S. A., & Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 9(2), 159-172. doi: 10.1111/1475-6811.00010

- Mikulincer, M., Florian, V., Birnbaum, G., & Malishkevich, S. (2002). The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(3), 287-299.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2003). *The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2015). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change* (2^e éd.). New York, NY: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160
- Miller, G., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology, 60*, 501-524.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 36*(3), 499-507.
- Murphy, T. P., & Laible, D. J. (2013). The influence of attachment security on preschool children's empathic concern. *International Journal of Behavioral Development, 37*(5), 436-440.
- Naud, C., Lussier, Y., Sabourin, S., Normandin, L., Clarkin, J.-F., & Kernberg, O. F. (2013). How attachment and excessive self-sacrificing depressive dynamics are related to couple relationship satisfaction over time. *Couple and Family Therapy: Research and Practice, 2*, 14-33. doi: 10.1037/a0031705
- Oldenburg, B., Baptista, S., Cocker, F., & O'Neil, A. (2015). Changing lifestyle behaviors to improve the prevention and management of cardiovascular disease. Dans M. Alvarenga & D. Byrne (Eds), *Handbook of psychocardiology* (pp. 1-18). Singapore: Springer. doi: 10.1007/978-981-4560-53-5_54-1
- Orth-Gomér, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm female coronary risk study. *Jama, 284*(23), 3008-3014.

- Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. *Personality and Individual Differences*, 54(1), 97-102.
- Pietromonaco, P. R., & Beck, L. (2019). Adult attachment and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 25, 115-120.
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499-513. doi: 10.1037/a0029349
- Pitman, R., & Scharfe, E. (2010). Testing the function of attachment hierarchies during emerging adulthood. *Personal Relationships*, 17(2), 201-216.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 89-104.
- Randall, G., Molloy, G., & Steptoe, A. (2009). The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: A systematic review. *Health Psychology Review*, 3(1), 1-84. doi: 10.1080/17437190902984919
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409-416.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140-187.
- Roque, L., & Veríssimo, M. (2011). Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 617-626.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27. doi: 10.1037/1040-3590.17.1.15
- Schachner, D. A., Shaver, P., & Mikulincer, M. (2003). Adult attachment theory, psychodynamics, and couple relationships. Dans S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Éds), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 103-123). New York, NY: The Guilford Press.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2013). Adult attachment and emotion regulation. Dans J. J. Gross (Éd.), *Handbook of emotion regulation* (2^e éd., pp. 237-250). New York, NY: Guilford Press.
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), S90-S99.
- Sibley, C. G., Fischer, R., & Liu, J. H. (2005). Reliability and validity of the revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1524-1536. doi: 10.1177/0146167205276865
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Simpson, J. A., Ickes, W., & Grich, J. (1999). When accuracy hurts: Reactions of anxious-ambivalent dating partners to a relationship-threatening situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 754-769.
- Skoyen, J. A., Kogan, A. V., Novak, S. A., & Butler, E. A. (2013). Health behavior and emotion regulation in couples. Dans M. L. Newman & N. A. Roberts (Éds), *Health and social relationships: The good, the bad, and the complicated* (Part II). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smith, T. W., & Baron, C. (2016). Marital discord in the later years. Dans J. Bookwala (Éd.), *Couple relationships in the middle and later years: Their nature, complexity, and role in health and illness* (pp. 37-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Berg, C. A., & Florsheim, P. (2012). Marital discord and coronary artery disease: A comparison of behaviorally defined discrete groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 87-92.
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Berg, C. A., Florsheim, P., Pearce, G., Hawkins, M., ... Ko, K. J. (2009). Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: II. Cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychology and Aging*, 24(2), 274-286. doi: 10.1037/a0016067
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28. doi: 10.2307/350547
- Spanier, G. (1989). *Dyadic adjustment scale*. Toronto, ON: Multi Health Systems.

- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.
- Stevens, F. L. (2014). Affect regulation styles in avoidant and anxious attachment. *Individual Differences Research*, 12(3), 123-130.
- Tan, R., Overall, N. C., & Taylor, J. K. (2012). Let's talk about us: Attachment, relationship-focused disclosure, and relationship quality. *Personal Relationships*, 19(3), 521-534. doi: 10.1111/j.1475-6811.2011.01383.x
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self report and observer-rated measures. Dans J. D. A. Parker & R. Bar-On (Éds), *The handbook of emotional intelligence*, (pp. 301-319). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277-283.
- Taylor, S. E., & Sirois, F. M. (2014). *Health psychology* (3^e éd.). Toronto, ON: McGraw-Hill Ryerson.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- Tulloch, H. E., & Greenman, P. S. (2018). In sickness and in health: Relationship quality and cardiovascular risk and management. *Current Opinion in Cardiology*, 33(5), 521-528.
- Turan, B., Osar, Z., Turan, J. M., Ilkova, H., & Damci, T. (2003). Dismissing attachment and outcome in diabetes: The mediating role of coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 607-626.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016.
- Vanheule, S., Vandenberghe, J., Verhaeghe, P., & Desmet, M. (2010). Interpersonal problems in alexithymia: A study in three primary care groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 351-362.

- Vilchinsky, N., Dekel, R., Leibowitz, M., Reges, O., Khaskia, A., & Mosseri, M. (2011). Dynamics of support perceptions among couples coping with cardiac illness: The effect on recovery outcomes. *Health Psychology, 30*(4), 411-419.
- Whisman, M. A., & Baucom, D. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(1), 4-13. doi: 10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman, M. A., & Sbarra, D. A. (2012). Marital adjustment and interleukin-6 (IL-6). *Journal of Family Psychology, 26*(2), 290-295.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Settles, T. D. (2010). Marital distress and the metabolic syndrome: Linking social functioning with physical health. *Journal of Family Psychology, 24*(3), 367-370.
- Wothke, W. (2000). Longitudinal and multigroup modeling with missing data. Dans T. D. Little, K. U. Schnabel, & J. Baumert (Éds), *Modeling longitudinal and multilevel data: Practical issues, applied approaches, and specific examples* (pp. 219-240, 269-281). Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Zayas, V., Merrill, S., & Hazan, C. (2015). Fooled around and fell in love: The role of sex in adult romantic attachment formation. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment, theory and research: New directions and emerging themes* (pp. 68-96). New York, NY: Guilford Press.
- Zeifman, D., & Hazan, C. (2016). Pair bonds as attachments: Mounting evidence in support of Bowlby's hypothesis. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, 3*, 416-434.

Appendice A
Questionnaires version francophone



Formulaire de consentement

Une étude longitudinale de la relation entre la qualité de la relation conjugale et la réadaptation post-infarctus.

Étude menée par :

PAUL S. GREENMAN, Ph.D., C. Psych.

Chercheur principal

Professeur de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Psychologue, Hôpital Montfort

Professeur clinique, Université d'Ottawa

Chercheur à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort

819-595-3900, poste 2281

paul.greenman@uqo.ca

LUIGI SOLANO, Ph.D.

Co-chercheur principal

Professeur de psychologie, Université de Rome, La Sapienza

luigi.solano@uniroma.it

HEATHER TULLOCH, Ph.D., C. Psych.

Co-chercheure

Psychologue

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

hetulloch@ottawaheart.ca

RENSEIGEMENTS SUR LA RECHERCHE

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Objectifs de la recherche

L'objectif de l'étude est de mieux comprendre le vécu des couples où un partenaire a une maladie cardiaque, en regardant les différences entre leurs expériences et celles des couples dans lesquels les deux partenaires sont en bonne santé. Les résultats de la recherche permettront aux thérapeutes-chercheurs de mieux comprendre et d'aider les gens à mieux se rétablir d'un infarctus. Dans cette étude qui a lieu ici à Montfort, nous vous invitons à remplir quelques questionnaires sur votre santé, votre humeur et votre relation conjugale. On vous posera des questions sur votre vie de couple, vos sentiments, et votre sexualité. Pour vous remercier, nous vous inviterons à prendre part, gratuitement, à un atelier d'une demi-journée sur les relations conjugales, animé par un expert dans le domaine de la psychothérapie conjugale. Lors de l'atelier, il s'agira de comment bien réussir sa relation conjugale en évitant des pièges communs qui nuisent à la satisfaction conjugale. Même si vous décidez de ne pas faire partie de la recherche, vous pourrez tout de même recevoir les services psychologiques habituellement offerts aux patients de ce département (y compris la thérapie conjugale), si vous en ressentez le besoin.

Participation à la recherche

Pour participer à cette recherche, vous devez être âgés entre 40 ans et 75 ans, avoir subi une première crise cardiaque au cours de la dernière année et être en couple depuis au moins un an. Vous pouvez aussi participer si vous êtes en bonne santé, vous avez entre 40 et 75 ans et vous êtes en couple depuis au moins un an. L'absence d'un déficit cognitif ou d'un trouble de santé mentale sévère et persistant chez l'un des partenaires est aussi nécessaire. Dans le cadre de ce projet, qui se déroule en collaboration avec des collègues à l'Université de Rome-La Sapienza en Italie, on vous demandera de remplir quelques questionnaires sur votre santé, votre état psychologique et vos expériences dans votre relation conjugale. Ces questionnaires prennent environ 30 à 45 minutes à compléter. La coordonnatrice du projet sera avec vous lorsque vous remplirez les questionnaires afin de répondre à vos questions. Elle sera aussi disponible pour vous si vous ressentez un inconfort en complétant le questionnaire. Ensuite, si vous participez au Service de santé cardiovasculaire et pulmonaire, les chercheurs examineront vos réponses à l'entrevue de dépistage au Service de santé cardiovasculaire et pulmonaire et enregistreront les informations les plus récentes sur votre pression sanguine, votre réactivité cardiaque et votre débit cardiaque. Les chercheurs regarderont à nouveau les informations sur votre pression sanguine, votre réactivité cardiaque et votre débit cardiaque lors de vos suivis à 6 mois et un an après le début de votre participation à l'étude. Aucune autre information

de votre dossier médical ne sera enregistrée pour les fins de recherche. En guise de remerciement, si vous le désirez, vous pourrez participer gratuitement à l'atelier sur la vie de couple, mais celui-ci n'est pas obligatoire puisqu'il ne fait pas partie de l'étude.

Confidentialité et anonymat

Vos réponses aux questionnaires et toutes les informations recueillies au cours de cette étude seront confidentielles. L'équipe de chercheurs et la coordonnatrice du projet seront les seules personnes à avoir accès à ces données. Tous les documents contenant des informations personnelles, y compris vos réponses aux questionnaires, seront conservés dans un classeur verrouillé au Service de psychologie clinique de la santé à l'Hôpital Montfort. Pour assurer l'anonymat, nous remplacerons votre nom par un code numérique sur tous les documents reliés à l'étude. Ce code sera conservé dans un second classeur verrouillé au Service de psychologie clinique de la santé à l'Hôpital Montfort. Toutes les données seront entrées dans l'ordinateur, sans aucune information qui pourrait vous identifier, pour les fins d'analyses statistiques. Seulement l'équipe de chercheurs et la coordonnatrice du projet auront accès à cette base de données électronique, qui sera gardée dans l'ordinateur du chercheur principal sous la protection d'un mot de passe.

Les documents utilisés dans ce projet de recherche ne feront pas partie de votre dossier médical à l'Hôpital Montfort. Toutes les informations recueillies seront gardées pour une période de 10 ans après la fin de l'étude.

Avantages et inconvénients reliés à la participation

Remplir les questionnaires peut engendrer des émotions négatives, puisqu'ils abordent certaines difficultés de la vie quotidienne. D'un autre côté, la réflexion personnelle qui en résulte pourrait aider à mieux comprendre ces difficultés. Si vous ressentez de l'inconfort alors que vous répondez aux questionnaires, nous vous invitons à en parler au coordonnateur qui sera sur place avec vous lors de cette première rencontre, ou bien avec le Dr Paul Greenman, psychologue certifié. Vous pouvez également contacter le Dr Jean Grenier, Leader de la pratique professionnelle en psychologie à l'Hôpital Montfort, au (613) 746-4621, poste 6005.

Droit de retrait

Votre consentement à participer à l'étude est complètement volontaire. Vous êtes entièrement libre de vous retirer à n'importe quel moment pendant l'étude, sans pénalité. Ce retrait peut se faire de façon verbale, sans qu'un préavis ne soit exigé. Votre décision de participer ou de ne pas participer à cette étude n'aura aucun impact sur la qualité ou la durée des services médicaux reçus. Également, en acceptant de participer à cette étude, cela ne vous prive d'aucun droit au recours judiciaire en cas de préjudice lié aux travaux de recherche. Si vous avez des questions sur le projet, vous pouvez contacter Dr Paul Greenman au (819) 595-3900, poste 2281 ou par courriel à l'adresse suivante : paul.greenman@uqo.ca. Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant vos

droits en tant que participants à la recherche, vous pouvez contacter Monsieur André Durivage, président du Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais, au (819) 595-3900, poste 1781 ou Lynn Casimiro, présidente du CÉR de l'Hôpital Montfort, au 613-746-4621 ou par courriel au ethique@montfort.on.ca.

Notre équipe de recherche envisage de conserver les données pour des recherches futures reliées au domaine de la psychologie de la santé.

Veuillez cocher un seul des 3 énoncés suivants en lien avec cela :

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche. Si vous refusez, vos données ne seront pas utilisées à la fin du présent projet.

- J'accepte que le chercheur utilise mes données pour des recherches futures sans me recontacter pour me demander mon consentement.
- Je ne sais pas. Je veux que le chercheur me recontacte pour me demander mon consentement avant d'utiliser mes données pour des recherches futures.
- Je refuse que mes données soient utilisées pour des recherches futures.

Communication de résultats

Les résultats de cette recherche feront partie d'articles publiés dans les revues scientifiques, de présentations aux congrès canadiens et internationaux en psychologie clinique de la santé, et de conférences sur le lien entre les relations amoureuses et la santé cardiaque présentées à l'Hôpital Montfort.

Conflits d'intérêts

Il n'existe aucun conflit d'intérêt réel, apparent ou possible.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions et compris les buts, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Je comprends également que toutes les informations amassées à mon sujet dans le cadre de cette étude seront complètement confidentielles et que je suis libre de me retirer à n'importe quel moment, sans qu'il n'y ait de répercussions. Il y a deux copies de ce formulaire : une pour moi et une pour les chercheurs.

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature : _____ Date : _____

Informations générales

Les questions ci-dessous visent à amasser des informations générales concernant divers aspects de votre vie. En plus d'être utiles au projet de recherche, les réponses à ces questions nous permettront de mieux vous connaître. Les réponses seront confidentielles; seule l'évaluateuse du projet et le thérapeute y auront accès. Sachez que vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs de ces questions, sans que cela ait un impact sur votre participation à l'étude.

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse postale : _____

Adresse courriel : _____

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

Sexe : H F

Âge : _____ ans

Nationalité : _____

Origine ethnique : _____

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

Êtes-vous marié ou en couple en ce moment? : Oui Non

Durée de votre relation de couple actuelle : _____ ans

Avez-vous déjà été diagnostiquée par votre médecin ou par un professionnel de la santé mentale avec un trouble psychologique? OUI NON

Si oui, lesquels?

_____ Trouble de l'humeur (« Dépression ») _____ Autre (spécifier SVP)

_____ Trouble anxieux (« Anxiété »)

_____ Trouble de stress post-traumatique (« PTSD » ou « ÉSPT »)

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

Niveau de scolarité : 1- Primaire

2- Secondaire

3- Collégial

4- Universitaire 1^{er} cycle

5- Universitaire 2^e cycle

6- Universitaire 3^e cycle

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

Revenu annuel : 1- Moins de 20 000 \$

2- Entre 20 000 et 39 000 \$

3- Entre 40 000 et 59 000 \$

4- Entre 60 000 et 79 000 \$

5- Entre 80 000 et 99 000 \$

6- 100 000 \$ et plus

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES (ECR)

Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont **vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord.

Fortement en désaccord		Neutre/partagé(e)		Fortement en accord			
1	2	3	4	5	6		
1.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire.			1	2	3	4
2.	Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).			5	6		
3.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).			1	2	3	4
4.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.			5	6		
5.	Dès que mon/ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.			1	2	3	4
6.	J'ai peur que mes partenaires amoureux(ses) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux(elles).			5	6		
7.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.			1	2	3	4
8.	Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.			5	6		
9.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.			1	2	3	4
10.	Je souhaite souvent que les sentiments de mon/ma partenaire envers moi soient aussi forts que les miens envers lui/elle.			5	6		
11.	Je veux me rapprocher de mon/ma partenaire, mais je ne cesse de m'en éloigner.			1	2	3	4
12.	Je cherche souvent à me fondre entièrement avec mes partenaires amoureux(se) et ceci les fait parfois fuir.			5	6		
13.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.			1	2	3	4
14.	Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).			5	6		
15.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon(ma) partenaire.			1	2	3	4
16.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.			5	6		
17.	J'essaie d'éviter d'être trop près de mon/ma partenaire.			1	2	3	4

18. J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.	1	2	3	4	5	6
19. Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6
20. Parfois, je sens que je force mes partenaires à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.	1	2	3	4	5	6
21. Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6
22. Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5	6
23. Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6
24. Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).	1	2	3	4	5	6
25. Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6
26. Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.	1	2	3	4	5	6
27. Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6
28. Lorsque je ne vis pas une relation amoureuse, je me sens quelque peu anxieux(se) et insécure.	1	2	3	4	5	6
29. Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6
30. Je deviens frustré(e) lorsque mon/ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.	1	2	3	4	5	6
31. Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6
32. Je deviens frustré(e) si mes partenaires amoureux(ses) ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux.	1	2	3	4	5	6
33. Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	6
34. Lorsque mes partenaires amoureux(ses) me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis de moi-même.	1	2	3	4	5	6
35. Je me tourne vers mon/ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.	1	2	3	4	5	6

TAS-20 – Vos Émotions

Version française : Loas, Fremaux, Marchand, Chaperot et Dardennes (1993).

Indiquez en utilisant les indications qui figurent ci-dessous à quel point vous êtes en Accord ou en Désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Ne donnez qu'une réponse pour chaque proposition, puis reportez dans la case de droite le chiffre correspondant.

Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni accord, Ni désaccord	Accord relatif	Accord complet
1	2	3	4	5
1. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.		1	2	3
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	1	2	3	4
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	1	2	3	4
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	1	2	3	4
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.		2	3	4
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.	1	2	3	4
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	1	2	3	4
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	1	2	3	4
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	1	2	3	4
10. Être conscient(e) de ses émotions est essentiel.	1	2	3	4
11. Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.	1	2	3	4
12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	1	2	3	4
13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	1	2	3	4
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	1	2	3	4
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	1	2	3	4
16. Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.	1	2	3	4
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.	1	2	3	4

18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les 1 2 3 4 5
moments de silence.

19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes 1 2 3 4 5
problèmes personnels.

20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre 1 2 3 4 5
perturbe le plaisir qu'ils procurent.

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

Tout le temps	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	De temps à autre	Rarement	Jamais
1	2	3	4	5	6
16. Personnellement, vous arrive-t-il de discuter ou d'envisager la séparation ou la fin de votre relation?			1 2 3 4 5 6		
17. Arrive-t-il à votre partenaire ou à vous de quitter la maison après une querelle?			1 2 3 4 5 6		
18. De façon générale, croyez-vous que les choses vont bien entre votre partenaire et vous?			1 2 3 4 5 6		
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?			1 2 3 4 5 6		
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié?			1 2 3 4 5 6		
21. Vous arrive-t-il de vous quereller?			1 2 3 4 5 6		
22. Vous arrive-t-il de vous taper mutuellement sur les nerfs?			1 2 3 4 5 6		

Chaque jour	Presque chaque jour	Parfois	Rarement	Jamais
1	2	3	4	5
23. Embrassez-vous votre partenaire?			1 2 3 4 5	

Tous	Presque tous	Quelques-uns	Très peu	Aucun
1	2	3	4	5
24. Partagez-vous ensemble des intérêts à l'extérieur du foyer?			1 2 3 4 5	

Combien de fois diriez-vous que les évènements suivants ont lieu entre votre partenaire 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
1	2	3	4	5	6

25. Avoir un échange d'idées enrichissant	1	2	3	4	5	6
26. Rire ensemble	1	2	3	4	5	6
27. Discuter calmement de quelque chose	1	2	3	4	5	6
28. Travailler ensemble à quelque chose	1	2	3	4	5	6
Oui						Non
29. Être trop fatigué pour les relations sexuelles.	Oui		Non			
30. Ne démontrer aucun signe d'amour.	Oui		Non			

Extrêmement malheureux	Passablement Malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfairement heureux
1	2	3	4	5	6	7

31. Les chiffres suivants représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le quatre « heureux », représente le degré de bonheur chez la plupart des couples. En considérant tous les aspects de votre relation, veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux votre degré de bonheur.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

32. Quel énoncé décrit le mieux la manière dont vous entrevoyez l'avenir de votre relation?
- a) Plus que toute autre chose, je désire que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour en assurer le succès.
 - b) Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferais tout ce que je peux pour en assurer le succès.
 - c) Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferais ma juste part pour en assurer le succès.
 - d) 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.
 - e) Il serait agréable que ça réussisse, mais je refuse de faire plus que j'en fais présentement pour en assurer la continuité.
 - f) Ma relation ne pourra jamais réussir et il n'y a plus rien que je puisse y faire pour qu'elle continue.

Appendice B
Questionnaires version anglophone



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Consent Form

A Longitudinal Study of the Relationship between the Quality of Couple Relationships and Post-MI Rehabilitation

Study Conducted By:

PAUL S. GREENMAN, Ph.D., C. Psych.

Principal Investigator

Professor of Psychology, Université du Québec en Outaouais

Psychologist, Montfort Hospital

Clinical Professor, University of Ottawa

Researcher Affiliated with the Montfort Hospital Research Institute

819-595-3900, ext. 2281

paul.greenman@uqo.ca

LUIGI SOLANO, Ph.D.

Co-Principal Investigator

Professor of Psychology, University of Rome, La Sapienza

luigi.solano@uniroma.it

HEATHER TULLOCH, Ph.D., C. Psych.

Co-Investigator

Psychologist

University of Ottawa Heart Institute

hetulloch@ottawaheart.ca

INFORMATION ABOUT THE STUDY

Before agreeing to participate in this research project, please take the time to read and understand the following information. This document explains the purpose of the project, along with study procedures, benefits, risks, and drawbacks. We invite you to ask any questions you might have.

Objectives

The objective of the study is to better understand the experiences of couples in which one partner has cardiac disease by looking at any differences in their relationships and those of couples without cardiac disease. In this study, which is taking place here at the Montfort Hospital, we will invite you to complete some questionnaires about your health, your mood, and your couple relationship. We will ask you questions about your couple relationship, your feelings, and your sexuality. To thank you for your participation, we will invite you to take part in a free half-day workshop on couple relationships, led by an expert in the field of psychotherapy for couples. During the workshop, the presenter will discuss how to make relationships work and to avoid common pitfalls that can affect relationship satisfaction. Even if you decide not to participate in this study, you can still receive the psychological services normally provided to patients in this department (including couple therapy) if you need them.

Your Participation

If you are between 40 and 75 years of age, you have had your first heart attack during the past year, and you have been in a couple relationships for at least one year, you and your partner are eligible to participate in this study. The absence of cognitive deficits or severe and persistent mental illness is also necessary. If you are in good health and in a relationship, you are also eligible to participate. As part of this project, which is taking place in collaboration with colleagues at the University of Rome-La Spinaenza in Italy, we will ask you to complete some questionnaires about your health, your psychological state, and your experiences in your couple relationship. These questionnaires will take about 30-45 minutes to complete. The project coordinator will be with you while you fill out the questionnaires in order to answer any questions you might have. Then, if you are currently participating in the cardiac rehabilitation at the Montfort, the researchers will review your responses on the diagnostic interview of the cardiac rehabilitation program and will record recent information about your blood pressure, cardiac reactivity, and cardiac output. The researchers will take this information again after your follow-up appointments at the cardiac clinic 6 months and 1 year after your participation in the study begins. No other information from your medical file will be recorded for the purposes of research. As a thank-you, you will be invited to participate in the half-day workshop on couple relationships and cardiac disease if you so choose. Participation in the workshop is not mandatory and is not part of the study.

Confidentiality and Anonymity

Your responses to questionnaires and all information collected in this study will be confidential. The team of the researchers and the project coordinator will be the only people to have access to these data. All records containing personal information your responses to the questionnaires will be kept under lock and key in the office of Dr. Paul Greenman at the Clinical Health Psychology Service of the Montfort Hospital. To ensure anonymity, we will replace your name with a numeric code on all documents/records related to the study. This code will be retained in a second file locked in the Montfort Clinical Health Psychology Service. Documents/records used in this research project will not be part of your medical record. They will be stored for 10 years after the completion of the research project. All data will be entered into a computer, without any information that would make it possible to identify you, for statistical analyses. Only the research team and the research project coordinator will have access to this electronic database, which will be kept under password protection in the computer of the principal investigator.

Benefits and Risks of Participation

The completion of the questionnaires can lead to negative emotions, since they address certain difficulties of daily life. On the other hand, the personal reflection that results could help you better understand these difficulties. If you experience discomfort while replying to the questionnaires, we invite you to talk to the coordinator, who will be on-site with you during this first meeting, or with Dr. Paul Greenman, a certified psychologist.

Withdrawal of Consent

Your consent to participate in this study is completely voluntary. You are entirely free to withdraw your consent and cease your participation in the study at any time, without penalty. Withdrawal of consent may be done verbally without any prior notice. Your decision to participate or not to participate in this study will have no impact on the quality or the duration of any medical treatment that you will receive. If you have any questions about the project, you may contact Dr. Paul Greenman at (819) 595-3900, ext. 2281 or by e-mail at the following address: paul.greenman@uqo.ca. If you have any questions or concerns about your rights as research participants, you can contact Dr. André Durivage, President of the Research Ethics Committee at the Université du Québec en Outaouais, at (819) 595-3900, ext. 1781, or Ms. Redna Melus, coordinator of the Research Ethics Committee at the Montfort Hospital at 613-746-4621, ext. 2221 or by e-mail at ethique@montfort.on.ca.

Our research team would like to conserve the data from this project for future research projects related to couple relationships and cardiac illnesses.

Please check only one of the following boxes:

- I allow the researchers to use my data for future analyses without contacting me again to ask for my consent.
- I do not know. I would like the researchers to contact me again to ask for my consent before using my data for future analyses.
- I do not allow my data to be used for future analyses.

Dissemination of Research Results

The results of this study will be part of articles published in scientific journals, presentations at Canadian and international conferences in clinical health psychology, and workshops on the link between romantic relationships and cardiac health that will be given at the Montfort Hospital.

Conflict of Interest

There is no apparent, real, or possible conflict of interest.

INFORMED CONSENT OF PARTICIPANTS

I declare that I have read the above information and received answers to my questions. I understand the goals, the advantages, and the disadvantages of this research. I also understand that all the information collected about me in this study will be completely confidential and that I am free to withdraw at any time, without any repercussions.

Name of participant: _____

Signature : _____ Date : _____

Name of researcher: _____

Signature : _____ Date : _____

General Information

The purpose of the questions below is to gather information about various aspects of your life. In addition to complementing the research project in which you are participating, your responses to these questions will enable us to get to know you better. Your responses are confidential, only the project coordinator and your therapist will have access to them. Please note that you may refuse to respond to one or more of these questions without any impact whatsoever on your participation in the study or your treatment.

Given Name: _____

Family Name: _____

Mailing address: _____

Email: _____

Please circle your responses:

Sex: M F

Age: _____ years

Nationality: _____

Ethnic background: _____

Please circle your response.

Are you married or in a committed couple relationship? Yes No

Length of your current couple relationship: _____ years

Please circle your response.

Level of education: 1- Primary School

2- High School

3- College

4- Bachelor's Degree

5- Master's Degree

Please circle your response.

Annual Household Income:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1- \$20 000 or less | 2- Between 20 000 and \$39 000 |
| 3- Between 40 000 and \$59 000 | 4- Between 60 000 and \$79 000 |
| 5- Between 80 000 and \$99 000 | 6- \$100 000 or more |

Have you ever been diagnosed by your physician or a mental health professional with a mental illness?

YES NO

If yes, which ones?

- Mood Disorder (“Depression”) Other (Please specify.)
- Anxiety Disorder (“Anxiety”)
- Post-traumatic Stress Disorder (“PTSD”)

The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)

(Fraley, Waller, & Brennan, 2000)

The statements below concern how you feel in emotionally intimate relationships. We are interested in how you *generally* experience relationships, not just in what is happening in a current relationship. Respond to each statement by indicating a number to indicate how much you agree or disagree with the statement.

	Strongly disagree	Neutral/neither agree nor disagree				Strongly agree					
	1	2	3	4	5	6	5	4	3	2	1
1.	I'm afraid that I will lose my partner's love.				1	2	3	4	5	6	
2.	I often worry that my partner will not want to stay with me.				1	2	3	4	5	6	
3.	I often worry that my partner doesn't really love me.				1	2	3	4	5	6	
4.	I worry that romantic partners won't care about me as much as I care about them.				1	2	3	4	5	6	
5.	I often wish that my partner's feelings for me were as strong as my feelings for him or her.				1	2	3	4	5	6	
6.	I worry a lot about my relationships.				1	2	3	4	5	6	
7.	When my partner is out of sight, I worry that he or she might become interested in someone else.				1	2	3	4	5	6	
8.	When I show my feelings for romantic partners, I'm afraid they will not feel the same about me.				1	2	3	4	5	6	
9.	I rarely worry about my partner leaving me.				1	2	3	4	5	6	
10.	My romantic partner makes me doubt myself.				1	2	3	4	5	6	
11.	I do not often worry about being abandoned.										
12.	I find that my partner(s) don't want to get as close as I would like.				1	2	3	4	5	6	
13.	Sometimes romantic partners change their feelings about me for no apparent reason.				1	2	3	4	5	6	
14.	My desire to be very close sometimes scares people away.				1	2	3	4	5	6	
15.	I'm afraid that once a romantic partner gets to know me, he or she won't like who I really am.				1	2	3	4	5	6	
16.	It makes me mad that I don't get the affection and support I need from my partner.				1	2	3	4	5	6	
17.	I worry that I won't measure up to other people.				1	2	3	4	5	6	

18. My partner only seems to notice me when I'm angry.	1	2	3	4	5	6
19. I prefer not to show a partner how I feel deep down.	1	2	3	4	5	6
20. I feel comfortable sharing my private thoughts and feelings with my partner.	1	2	3	4	5	6
21. I find it difficult to allow myself to depend on romantic partners.	1	2	3	4	5	6
22. I am very comfortable being close to romantic partners.	1	2	3	4	5	6
23. I don't feel comfortable opening up to romantic partners.	1	2	3	4	5	6
24. I prefer not to be too close to romantic partners.	1	2	3	4	5	6
25. I get uncomfortable when a romantic partner wants to be very close.	1	2	3	4	5	6
26. I find it relatively easy to get close to my partner.	1	2	3	4	5	6
27. It's not difficult for me to get close to my partner.	1	2	3	4	5	6
28. I usually discuss my problems and concerns with my partner.	1	2	3	4	5	6
29. It helps to turn to my romantic partner in times of need.	1	2	3	4	5	6
30. I tell my partner just about everything.	1	2	3	4	5	6
31. I talk things over with my partner.	1	2	3	4	5	6
32. I am nervous when partners get too close to me.	1	2	3	4	5	6
33. I feel comfortable depending on romantic partners.	1	2	3	4	5	6
34. I find it easy to depend on romantic partners.	1	2	3	4	5	6
35. It's easy for me to be affectionate with my partner.	1	2	3	4	5	6
36. My partner really understands me and my needs.	1	2	3	4	5	6

Toronto Alexithymia Scale-20

(Bagby, Parker, & Taylor, 1994)

Please specify using the indications listed below to what extent you agree or disagree with each of the statements that follow. Give only one response for each statement.

Completely disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Completely agree
1	2	3	4	5
1. I am often confused about what emotion I am feeling.				1 2 3 4 5
2. It is difficult for me to find the right words for my feelings.				1 2 3 4 5
3. I have physical sensations that even doctors don't understand.				1 2 3 4 5
4. I am able to describe my feelings easily.				1 2 3 4 5
5. I prefer to analyze problems rather than just describe them.				1 2 3 4 5
6. When I am upset, I don't know if I am sad, frightened, or angry.				1 2 3 4 5
7. I am often puzzled by sensations in my body.				1 2 3 4 5
8. I prefer to just let things happen rather than to understand why they turned out that way.				1 2 3 4 5
9. I have feelings that I can't quite identify.				1 2 3 4 5
10. Being in touch with emotions is essential.				1 2 3 4 5
11. I find it hard to describe how I feel about people.				1 2 3 4 5
12. People tell me to describe my feelings more.				1 2 3 4 5
13. I don't know what's going on inside me.				1 2 3 4 5
14. I often don't know why I am angry.				1 2 3 4 5
15. I prefer talking to people about their daily activities rather than their feelings.				1 2 3 4 5
16. I prefer to watch "light" entertainment shows rather than psychological dramas.				1 2 3 4 5
17. It is difficult for me to reveal my innermost feelings, even to close friends.				1 2 3 4 5
18. I can feel close to someone, even in moments of silence.				1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 19. I find examination of my feelings useful in solving personal problems. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Looking for hidden meanings in movies or plays distracts from their enjoyment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-

DYADIC ADJUSTMENT SCALE

Most persons have disagreements in their relationships. Please indicate below the approximate extent of agreement or disagreement between you and your partner for each item on the following list.

Always Agree	Almost always Agree	Occasionally disagree	Frequently Disagree	Almost Always Disagree	Always Disagree
1	2	3	4	5	6
1. Handling family finances			1	2	3
2. Matters of recreation	.		1	2	3
3. Religious matters			1	2	3
4. Demonstrations of affection			1	2	3
5. Friends			1	2	3
6. Sexrelations			1	2	3
7. Conventionality (correct or proper)			1	2	3
8. Philosophy of life			1	2	3
9. Ways of dealing with parents or in-laws			1	2	3
10. Aims, goals, and things believed			1	2	3
11. Amount of time spent together			1	2	3
12. Making major decisions			1	2	3
13. Household tasks			1	2	3
14. Leisure time interests and activities			1	2	3
15. Career decisions			1	2	3

All the time	Most of the time	More than not	Occasionally	Rarely	Never			
1	2	3	4	5	6			
16. How often do you discuss or have you considered divorce, separation, or terminating your relationship?			1	2	3	4	5	6
17. How often do you or your mate leave the house after a fight?			1	2	3	4	5	6
18. In general, how often do you think that things between you and your partner are going well?			1	2	3	4	5	6
19. Do you confide in your mate?			1	2	3	4	5	6
20. Do you ever regret that you married? (<i>or lived together</i>)			1	2	3	4	5	6
21. How often do you and your partner quarrel?			1	2	3	4	5	6
22. How often do you and your mate "get on each other's nerves?"			1	2	3	4	5	6

Every day	Almost every day	Occasionally	Rarely	Never			
1	2	3	4	5			
23. Do you kiss your mate?			1	2	3	4	5

All of them	Most of them	Some of them	Very few of them	None of them			
1	2	3	4	5			
24. Do you and your mate engage in outside interests together?			1	2	3	4	5

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

Never	Less than one a month	Once or twice a month	Once or twice a week	One a day	More often
1	2	3	4	5	6
25. Have a stimulating exchange of ideas			1	2	3
26. Laugh together			1	2	3
27. Calmly discuss something			1	2	3
28. Work together on a project			1	2	3
			4	5	6
				Yess	No
29. Being too tired for sex.					
30. Not showing love.					

Extremely Unhappy	Fairly Unhappy	A little unhappy	Happy	Very Happy	Extremely happy	Perfect
1	2	3	4	5	6	7
31. The numbers represent different degrees of happiness in your relationship. The four "happy" represents the degree of happiness of most all things considered, of your relationship.relationships.			1	2	3	4
			5	6	7	

31. The numbers represent different degrees of happiness in your relationship. The four "happy" represents the degree of happiness of most all things considered, of your relationship.relationships.
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.