

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PROFILS DE SEXUALITÉ TRAUMATIQUE CHEZ DES PATIENT·E·S EN THÉRAPIE SEXUELLE :
COMPARAISON DE LEURS TRAUMAS INTERPERSONNELS ET BIEN-ÊTRE SEXUEL

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

NADIA MARTEL

NOVEMBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à exprimer ma profonde gratitude à Dre Natacha Godbout, ma directrice de recherche. Dès le début de mon parcours en sexologie, j'ai choisi de me joindre au laboratoire TRACE en raison de sa mission porteuse de sens. Ce fut un privilège d'y contribuer et de m'y engager pleinement. Être mentorée par Dre Godbout a été une expérience marquante, tant sur le plan professionnel que personnel. Grâce à son accompagnement rigoureux et bienveillant, j'ai pu apprendre, évoluer, et affiner mon regard sur la recherche. Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans son soutien constant. Elle m'a encouragée à dépasser une simple lecture des résultats, m'invitant à approfondir la complexité et la richesse de l'expérience humaine. Cette rencontre a été une chance précieuse dans mon parcours académique. Je lui suis profondément reconnaissante d'avoir été la mentore généreuse, exigeante et inspirante dont j'avais besoin à ce moment clé de ma formation.

Je souhaite également remercier chaleureusement Dre Ateret Gewirtz-Meydan, dont les travaux sur la sexualité traumatique ont constitué la pierre angulaire de ce projet. Un grand merci à mes collègues du laboratoire, qui ont été des ressources précieuses tout au long de ce projet. Je n'oublie pas mes camarades de classe et les professeur·e·s qui m'ont guidée et enrichie par la diversité de nos échanges. Une mention particulière à Elany pour son amitié sincère depuis le tout début de cette aventure.

Je souhaite aussi remercier ma famille, pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études. Merci à mes ami·e·s, qui ont été mes ancrages, m'offrant rires et sorties de course à pied. Je suis privilégiée d'être aussi bien entourée. Et enfin, un merci tout particulier à Nicola, mon amour, pour son écoute, sa présence, et ses pâtes au pesto.

Je remercie sincèrement le Conseil de recherche en sciences humaines, le Fonds de recherche du Québec - société et culture, la Fondation de l'UQAM, la Faculté des sciences humaines, ainsi qu'ÉVISSA pour leurs soutiens financiers tout au long de cette maîtrise, qui ont eu un impact majeur sur l'avancement de ce mémoire.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes ayant pris part au projet de recherche *Projet Sexo* : leur contribution est précieuse et inestimable. Je remercie également les membres du jury pour l'honneur qu'ils m'ont fait en évaluant mon travail.

DÉDICACE

Pour ma maman.

AVANT-PROPOS

Afin de témoigner d'un souci d'inclusivité, le présent document fut rédigé en tenant compte des standards en matière d'écriture inclusive épicène.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iii
AVANT-PROPOS.....	iv
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL.....	5
1.1 Sexualité traumatique	5
1.1.1. Dissociation dans la sexualité traumatique.....	6
1.1.2. Pensées intrusives dans la sexualité traumatique	7
1.1.3. Honte et culpabilité dans la sexualité traumatique	7
1.1.4. Sentiment de devoir plaire à l'autre dans la sexualité traumatique.....	8
1.1.5. Détresse interpersonnelle dans la sexualité traumatique	10
1.1.6. Hypervigilance dans la sexualité traumatique	11
1.2 Pertinence d'identifier des profils de sexualité traumatique.....	12
1.3 Les traumas interpersonnels et le bien-être sexuel en contexte de sexualité traumatique	14
1.4 Modèles conceptuels.....	16
1.4.1 Le paradoxe de la douleur	17
1.4.2 Les dynamiques traumagéniques	18
1.5 Objectifs du mémoire et hypothèses de recherche spécifiques	20
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE	21
2.1 Procédure.....	21
2.2 Participant·e·s	22
2.3 Instruments de mesure.....	22
2.3.1 Sexualité traumatique	22
2.3.2 Aggression sexuelle dans l'enfance	23
2.3.3 Aggression sexuelle à l'âge adulte.....	23
2.3.4 Traumas interpersonnels cumulatifs dans l'enfance	23
2.3.5 Satisfaction sexuelle	23
2.3.6 Fonction sexuelle	24
2.3.7 Détresse sexuelle	24
2.4 Stratégie d'analyse.....	25
2.5 Considérations éthiques	26
CHAPITRE 3 ARTICLE SCIENTIFIQUE	27
3.1 RÉSUMÉ.....	28
3.2 ABSTRACT.....	28

3.3 INTRODUCTION.....	30
3.3.1 Traumatic Sexuality in Survivors of CSA	31
3.3.2 Cumulative Interpersonal Trauma & Sexual Well-Being in Sex Therapy Patients	33
3.3.3 Person-Centered Analyses.....	35
3.3.4 The current study	36
3.4 MATERIALS AND METHODS.....	36
3.4.1 Participants and Procedure	36
3.4.2 Measures	39
3.4.3 Data analysis	41
3.5 RESULTS	42
3.5.1 Identification and description of latent profiles.....	42
3.5.2 Comparisons of profiles on sexual well-being and traumatic experiences.....	44
3.6 DISCUSSION.....	45
3.6.1 Profiles of traumatic sexuality and associated characteristics.....	45
3.6.1.1 Profile 1: Low PT-SEX.....	45
3.6.1.2 Profile 2: High PT-SEX	46
3.6.1.3 Profile 3: Dissociative-Pleasing PT-SEX.....	46
3.6.2 Clinical implications	47
3.6.3 Strengths, limitations, and future directions for future studies	49
3.7 CONCLUSION.....	50
3.8 ACKNOWLEDGEMENTS.....	51
CHAPITRE 4 DISCUSSION	52
4.1 Rappel des objectifs de l'étude.....	52
4.2 Principaux constats	52
4.2.1 Profils de Sexualité Traumatique.....	52
4.2.2 Comparaison entre les profils.....	55
4.2.3 Implications pratiques	57
4.2.4 Forces, limites et orientations pour les études futures	59
CONCLUSION	62
APPENDICE A CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	64
APPENDICE B AVIS FINAL DE CONFORMITÉ	65
APPENDICE C CERTIFICAT DE RÉUSSITE DU DIDACTICIEL DE L'EPTC-2	66
APPENDICE D QUESTIONNAIRE.....	67
APPENDICE E GUIDE D'INTERPRÉTATION DU BILAN DES RÉSULTATS	120
RÉFÉRENCES	191

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 : Traumatic Sexuality Profiles Across Dimensions 43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Les dynamiques traumagéniques et les dimensions de la sexualité traumatique (ST)	19
Table 3.1 Sociodemographic Characteristics (n = 484)	37
Table 3.2 Fit indices of the LPA	42
Table 3.3 Means and Standard Errors of the Dimensions of the Traumatic Sexuality Measure	43
Table 3.4 Relations of the Three Latent Profiles to the Indicators in the Full Sample (n = 484)	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APL : Analyse de profils latents

ASE : Agression sexuelle en enfance

ASV : Adult sexual victimization

CSA : Childhood sexual abuse

LPA : Latent profile analysis

SSPT : Symptômes de stress post-traumatique

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

RÉSUMÉ

Les difficultés sexuelles constituent un motif au centre des consultations en thérapie sexuelle, qui s'accompagnent typiquement de détresse psychologique et relationnelle. Les études indiquent que les patient·e·s en thérapie sexuelle présentent des taux particulièrement élevés de traumas interpersonnels cumulatifs, incluant les agressions sexuelles en enfance (ASE), dont les conséquences sur la sexualité adulte sont reconnues. Afin d'offrir un cadre pour mieux comprendre ces répercussions dans une perspective clinique, Gewirtz-Meydan et Lassri (2023) ont proposé le concept de sexualité traumatique. La sexualité traumatique est définie par six dimensions centrales observées lors des rapports sexuels : dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance.

Malgré l'intérêt clinique de ce concept, peu d'études ont permis d'en saisir la diversité des manifestations dans la population en thérapie sexuelle. Il demeure essentiel d'identifier empiriquement les profils distincts de sexualité traumatique afin de mieux comprendre les vécus d'expériences de traumas interpersonnels et leurs liens avec le bien-être sexuel. L'objectif de ce mémoire est donc d'identifier des profils de sexualité traumatique à partir d'un large échantillon de patient·e·s consultant en thérapie sexuelle, puis d'examiner leurs liens avec les traumas interpersonnels et les indicateurs de bien-être sexuel.

Une analyse de profils latents menée auprès de 484 patient·e·s a permis d'identifier trois profils distincts : sexualité traumatique faible (87,8 %), sexualité traumatique élevée (2,5 %) et sexualité traumatique dissociative-complaisante (9,7 %). Les résultats mettent en lumière la forte hétérogénéité des trajectoires de sexualité traumatique et soulignent la pertinence de développer des interventions cliniques individualisées et sensibles au trauma. Sur le plan scientifique, cette étude constitue une première contribution à l'identification empirique de profils de sexualité traumatique et à la compréhension des mécanismes par lesquels les traumas interpersonnels influencent la sexualité adulte. Sur les plans sexologique et social, elle ouvre la voie à des pratiques thérapeutiques adaptées, visant la restauration de l'autonomie, du plaisir et du bien-être sexuel des survivant·e·s, et contribue ainsi à l'amélioration de la santé sexuelle et relationnelle au sein de la population.

Mots-clés : Sexualité traumatique, thérapie sexuelle, analyse de profil latent, trauma interpersonnel, bien-être sexuel.

ABSTRACT

Sexual difficulties are a central motive for seeking sex therapy and are often accompanied by psychological and relational distress. Studies indicate that patients in sex therapy show particularly high rates of cumulative interpersonal trauma, including childhood sexual abuse (CSA), whose negative effects in adult sexuality are documented. To integrate these multiple effects into a clinical framework, Gewirtz-Meydan and Lassri (2023) proposed the concept of traumatic sexuality, defined by six key dimensions: dissociation during sex, intrusiveness during sexual activity, shame and guilt regarding sexual aspects, pleasing the other during sex, interpersonal distress, and hypervigilance in sexual contexts.

Despite the clinical relevance of this concept, few studies have captured the diversity of its manifestations within the population undergoing sex therapy. It remains essential to empirically identify distinct profiles of traumatic sexuality in order to better understand the lived experiences of interpersonal trauma and their associations with sexual well-being. The aim of this study is therefore to identify profiles of traumatic sexuality based on a large sample of patients seeking sex therapy, and to examine their relationships with interpersonal trauma and indicators of sexual well-being.

A latent profile analysis conducted with 484 patients identified three distinct profiles: low traumatic sexuality (87.8%), high traumatic sexuality (2.5%), and dissociative-pleasing traumatic sexuality (9.7%). Results highlight the strong heterogeneity of traumatic sexuality trajectories and underscore the importance of developing individualized, trauma-informed clinical interventions. From a scientific standpoint, this study represents a first contribution to the empirical identification of traumatic sexuality profiles and to the understanding of the mechanisms through which interpersonal trauma influences adult sexuality. From sexological and social perspectives, it paves the way for adapted therapeutic practices aimed at restoring autonomy, pleasure, and sexual well-being among survivors, thereby contributing to improved sexual and relational health within the population.

Keywords: Traumatic sexuality, sex therapy, latent profile analysis, interpersonal trauma, sexual well-being.

INTRODUCTION

Les difficultés sexuelles représentent une réalité prévalente chez les adultes canadiens (Brock et al., 2006) et motivent fréquemment une consultation spécialisée (Lafortune et al., 2023). Les personnes concernées sollicitent l'expertise de sexologues ou de psychothérapeutes en santé sexuelle afin d'aborder une diversité d'enjeux, qu'ils soient de nature sexuelle, relationnelle, conjugale ou personnelle (Lafortune et al., 2023). Cette clientèle présente des taux particulièrement élevés de détresse sexuelle, de dysfonctions sexuelles ainsi que de difficultés relationnelles et psychologiques, ce qui met en évidence la complexité de leurs besoins cliniques et l'importance d'interventions adaptées (Berthelot et al., 2013; Lafortune et al., 2023).

Au-delà de ces enjeux, plusieurs études mettent en lumière une prévalence particulièrement élevée de traumas interpersonnels cumulatifs au sein de cette population, avec des taux atteignant jusqu'à deux fois ceux observés dans des échantillons communautaires (Bigras et al., 2017a). Plus de la moitié des personnes consultant en thérapie sexuelle (58 % des femmes et 52 % des hommes) rapportent avoir vécu, durant leur enfance, au moins quatre types d'expériences adverses parmi les suivantes : agressions sexuelles, abus physique, abus psychologique, négligence psychologique, négligence physique, exposition à la violence conjugale (physique et psychologique) et intimidation par les pairs (Bigras et al., 2017b). Concernant plus spécifiquement les agressions sexuelles subies durant l'enfance (ASE), jusqu'à 56 % des femmes et 37 % des hommes consultant en thérapie sexuelle rapportent en avoir été victimes (Berthelot et al., 2013). Dans ce contexte, il devient essentiel de s'interroger sur les différents profils de sexualité en lien avec les traumas vécus par les personnes en thérapie sexuelle.

Introduit par Gewirtz-Meydan et Lassri en 2023, le concept de sexualité traumatique désigne les répercussions de l'agression sexuelle en enfance (ASE) sur la sexualité adulte. Bien que ce concept ait initialement été élaboré pour les survivant·e·s d'ASE, il pourrait aussi s'appliquer aux personnes ayant vécu d'autres formes de traumas interpersonnels. S'appuyant sur le cadre du DSM-5, qui classe le stress post-traumatique en quatre dimensions (intrusions, évitement, altérations des cognitions et de l'humeur, symptômes d'hyperactivation), la sexualité traumatique examine ces manifestations dans le contexte spécifique de la sexualité (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023; Gewirtz-Meydan, Mitchell & O'Brien, 2023). La sexualité traumatique repose sur l'idée que, bien que les difficultés sexuelles des survivant·e·s d'une ASE (p. ex., détresse sexuelle, faible désir sexuel) puissent ressembler à celles des non-survivant·e·s sur le plan

physiologique, leur étiologie demeure distincte et enracinée dans l'expérience traumatisante (Gewirtz-Meydan, 2022a).

Le concept de sexualité traumatisante propose une approche intégrative des effets du trauma sur la sexualité, en s'inscrivant dans les théories de l'incarnation (« embodiment ») qui postulent que les expériences traumatisantes pourraient « s'inscrire » dans le corps et s'exprimer à travers des sensations corporelles, des émotions, des réactions physiologiques et des difficultés sexuelles (van der Kolk, 2014; Daphna-Tekoah, 2019; Herland, 2023). Ces souvenirs incarnés peuvent se manifester à travers diverses expériences physiques et émotionnelles, incluant des sensations corporelles inexplicables, une dysrégulation émotionnelle, des réponses physiques involontaires et des difficultés sexuelles (Daphna-Tekoah, 2019; Herland, 2023; van der Kolk, 2014). Ces manifestations sont parfois difficiles à identifier et peuvent réapparaître lors de moments d'intimité physique. Cette perspective souligne l'importance de considérer le corps comme un lieu à la fois de trauma et de guérison dans le travail clinique avec les survivant·e·s.

La sexualité traumatisante se manifeste à travers six dimensions présentes lors des activités sexuelles : dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance. Ces dimensions peuvent d'abord jouer un rôle adaptatif, offrant une réponse qui aide à gérer temporairement la détresse liée au trauma. Cependant, à long terme, elles tendent à perturber le bien-être sexuel et relationnel en altérant la conscience de soi, l'incarnation et la connexion à sa sexualité, entravant ainsi le processus de récupération post-traumatique (Leonard & Follette, 2002). Bien que distinctes, ces six dimensions sont interconnectées et s'influencent mutuellement, ce qui peut amplifier leurs effets négatifs sur la sexualité et les relations. La sexualité traumatisante émerge de manière hétérogène, reflétant l'interaction complexe des symptômes post-traumatiques dans le domaine sexuel et mettant en lumière l'importance d'examiner les différents profils potentiels chez les personnes qui consultent en sexologie.

Le contexte interpersonnel et de confiance dans lequel survient majoritairement l'agression sexuelle durant l'enfance peut profondément affecter la capacité de la personne survivante à accorder sa confiance aux autres, en particulier dans des situations d'intimité (Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2020). Pour qu'une sexualité soit épanouie, il est essentiel de se sentir en sécurité et de pouvoir faire preuve de vulnérabilité et de disponibilité émotionnelle avec son·sa partenaire. Or, dans un contexte marqué par l'abus, la

violence ou la négligence, cette capacité peut être compromise par une confusion face aux autres ou une méfiance (Gewirtz-Meydan et Lassri, 2023). Les études indiquent que les traumas interpersonnels cumulatifs, incluant diverses formes de violences vécues durant l'enfance (p. ex., abus physique, psychologique et sexuel, négligence, intimidation par les pairs) ainsi que les violences sexuelles à l'âge adulte, pourraient également conduire à une sexualité traumatique (Rellini et al., 2012; Bigras et al., 2017a; Cloitre et al., 2009, 2020; Layh et al., 2020).

Les effets à long terme des traumas interpersonnels, tant physiques que psychologiques, sont largement reconnus par des instances influentes, comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'American Heart Association (Suglia et al., 2018). Des études suggèrent que l'exposition à des traumas interpersonnels cumulatifs (c.-à-d., avoir vécu plus d'un événement traumatique) est plus susceptible d'entrainer des effets négatifs qu'un seul événement traumatique, quelle qu'en soit la gravité. (Bigras et al., 2017a). Les études établissent un lien clair entre les traumas de l'enfance et le fonctionnement sexuel à l'âge adulte (Rellini et al., 2010; Norman et al., 2012; Walsh et al., 2014; Voisin et al., 2014). Pour mieux comprendre les manifestations de la sexualité traumatique à l'âge adulte, il apparaît donc essentiel d'examiner cette sexualité sous l'angle du bien-être sexuel. Celui-ci correspond à la perception subjective de la santé sexuelle, en lien avec l'équilibre entre le bien-être émotionnel, physique, mental et social dans le contexte de la sexualité (Organisation mondiale de la Santé, 2010). Le bien-être sexuel se manifeste par une satisfaction sexuelle élevée (Bigras et al., 2021) et une faible détresse sexuelle (Stephenson et al., 2012).

Pour affiner notre compréhension de la sexualité traumatique et des personnes pouvant être concernées, il est pertinent d'identifier les profils de sexualité traumatique, puis de les comparer en fonction des expériences de traumas interpersonnels cumulatifs et du bien-être sexuel des patient·e·s en thérapie sexuelle. Le présent mémoire a pour objectif d'explorer l'hétérogénéité de la sexualité traumatique chez les personnes consultant en thérapie sexuelle. Spécifiquement, ce mémoire présente deux objectifs. Le premier objectif est d'explorer les profils de sexualité traumatique sur la base de ses six dimensions (c.-à-d., dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des rapports sexuels; Gewirtz-Meydan et Lassri, 2023) chez des patient·e·s consultant en thérapie sexuelle. Le deuxième objectif vise à déterminer si ces profils se distinguent selon les expériences de traumas interpersonnels et le bien-être sexuel rapportés par les patient·e·s.

Les résultats du présent mémoire apporteront une contribution significative sur les plans scientifique, sexologique et social. Sur le plan scientifique, cette recherche viendra combler un manque important dans les écrits en documentant pour la première fois l'hétérogénéité des profils de sexualité traumatique chez des personnes consultant en thérapie sexuelle, ainsi que leurs liens avec les traumas interpersonnels cumulatifs et le bien-être sexuel. Ces données permettront d'affiner la compréhension des mécanismes par lesquels les traumas influencent la sexualité adulte, en enrichissant le champ de recherche sur la santé sexuelle et le trauma. Sur le plan sexologique, les résultats offriront des pistes concrètes pour le développement d'interventions thérapeutiques mieux adaptées aux besoins des patient·e·s, en tenant compte de la diversité des manifestations de la sexualité traumatique. La mise en lumière de profils différenciés pourrait guider la personnalisation des approches cliniques, notamment dans l'accompagnement sexologique et psychothérapeutique. Enfin, sur le plan social, cette recherche contribuera à améliorer la qualité des soins et du soutien offerts aux survivant·e·s de traumas interpersonnels, en favorisant leur bien-être sexuel et relationnel. À long terme, ces retombées pourraient participer à réduire la détresse sexuelle et relationnelle, renforcer la capacité des individus à vivre des relations intimes sécurisantes et satisfaisantes, et ainsi promouvoir une meilleure santé sexuelle au sein de la population.

Le présent mémoire est organisé en quatre chapitres. Le premier chapitre propose une recension des écrits portant sur les trois concepts centraux de cette recherche — la sexualité traumatique, les traumas interpersonnels cumulatifs et le bien-être sexuel — et expose le cadre conceptuel ayant guidé les analyses. Le deuxième chapitre décrit la méthodologie mise en œuvre. Le troisième chapitre présente les résultats sous la forme d'un article scientifique accepté pour publication. Enfin, le quatrième chapitre discute des résultats, de leurs implications théoriques et cliniques en thérapie sexuelle, ainsi que de la contribution du mémoire à l'avancement des connaissances scientifiques.

CHAPITRE 1

ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre situe empiriquement les trois concepts présents dans ce mémoire : la sexualité traumatisante, les traumas interpersonnels cumulatifs et le bien-être sexuel. La première partie de ce chapitre aborde la sexualité traumatisante, sa définition, et ses six dimensions. La deuxième partie explore la pertinence d'explorer des profils de sexualité traumatisante et décrit les études qui ont utilisé des analyses centrées sur les personnes et des variables se rapprochant de la sexualité traumatisante. La troisième et dernière partie de ce chapitre expose le cadre conceptuel utilisé dans cette étude, permettant de conceptualiser comment l'hétérogénéité de la sexualité traumatisante pourrait engendrer des comparaisons distinctes entre les profils en termes d'expériences de traumas interpersonnels et de bien-être sexuel à l'âge adulte.

1.1 Sexualité traumatisante

Les expériences traumatisantes survenues durant l'enfance, notamment les agressions sexuelles, peuvent avoir des conséquences profondes sur la sexualité à l'âge adulte. Les données empiriques et cliniques identifient deux réponses comportementales prédominantes chez les survivant·e·s de ces agressions : l'évitement et la compulsion (Labadie et al., 2018; Leonard et al., 2002). Ces stratégies visent à réduire les rappels du trauma, soit en se détournant de la sexualité (évitement), soit en l'utilisant de manière compulsive pour échapper à des affects négatifs (Bigras et al., 2021; Gewirtz-Meydan, 2022a; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022; Labadie et al., 2018; Pulverman et al., 2018). Dans certains cas, les survivant·e·s adoptent des comportements sexuels compulsifs, tels qu'un recours excessif à la pornographie ou à la masturbation, afin de maintenir un sentiment de contrôle et d'éviter les déclencheurs liés à l'intimité (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). La sexualité compulsive peut également constituer une tentative de reprendre le contrôle perdu durant l'enfance à la suite d'abus sexuels (Gold & Heffner, 1998) ou servir à réguler la détresse et à composer avec les symptômes liés au trauma, par exemple à travers des activités sexuelles fréquentes (Stappenbeck et al., 2016; Slavin et al., 2020). Bien que ces comportements puissent être adaptatifs à court terme pour gérer la détresse liée au trauma, ils risquent à long terme de compromettre le bien-être sexuel en perturbant le contact avec soi-même et avec sa sexualité, éléments essentiels à la guérison post-traumatique (Leonard & Follette, 2002).

Toutefois, les répercussions des expériences traumatisantes peuvent dépasser ces réponses comportementales, qui s'inscrivent plutôt comme des pôles d'un continuum. Cette complexité accentue

la difficulté à concevoir des interventions pleinement adaptées aux besoins spécifiques des survivant·e·s (Pulverman et al., 2018). Dans cette perspective, le modèle des six dimensions de la sexualité traumatique proposé par Gewirtz-Meydan et Lassri (2023) constitue un cadre pertinent pour saisir l'ampleur et la diversité des impacts des traumas interpersonnels sur la sexualité adulte. Les six dimensions de la sexualité traumatique sont la dissociation, les pensées intrusives, la honte et la culpabilité, le sentiment de devoir plaire à l'autre, la détresse interpersonnelle et l'hypervigilance lors des rapports sexuels. L'interaction et l'influence mutuelle de ces dimensions mettent en évidence l'importance d'une approche intégrative pour en saisir toute la complexité. L'exploration des profils de sexualité traumatique à travers ces dimensions permet d'approfondir la compréhension des expériences diversifiées des survivant·e·s et d'adapter les interventions thérapeutiques afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de chacun·e. La section qui suit vise à expliciter chacune des six dimensions de la sexualité traumatique

1.1.1. Dissociation dans la sexualité traumatique

La première dimension de la sexualité traumatique est la dissociation, qui est conceptualisée comme un mécanisme d'évitement de la détresse émotionnelle liée à des éléments susceptibles de déclencher des souvenirs d'évènements traumatiques (Bird, 2014; Rellini, 2008). Elle peut se manifester sur un continuum, allant de la rêverie à des troubles dissociatifs de l'identité (Bird et al., 2014; Putnam, 1997). Plusieurs études montrent que les survivant·e·s de traumas interpersonnels, notamment les personnes ayant subi des agressions sexuelles, présentent une fréquence accrue de dépersonnalisation (c.-à-d. se sentir déconnecté de son corps, se percevoir comme un observateur), de pensées intrusives et une difficulté à rester ancrés dans le moment présent (Bird et al., 2014; Maercker et al., 2000; Mulder et al., 1998; Sanders & Giolas, 1991; van der Kolk, 2003). Dans la conceptualisation de la sexualité traumatique de Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), la dissociation peut aussi se refléter à travers une difficulté à rester concentré·e sur l'activité sexuelle et à prêter attention à son corps.

Bien que la dissociation ne soit pas propre aux personnes ayant vécu des agressions sexuelles – 5,8 % des femmes non-victimes rapportent également des épisodes dissociatifs pendant l'activité sexuelle – ce serait environ 30 % des femmes ayant été agressées sexuellement dans leur enfance qui rapportent des symptômes dissociatifs sévères quotidiens (Maercker et al., 2000; Mulder et al., 1998; Sanders & Giolas, 1991; van der Kolk, 2003).

Les personnes survivantes de traumas peuvent éprouver un engourdissement ou des difficultés à percevoir le toucher de leur partenaire lorsqu'elles se déconnectent de leur corps en raison de traumas passés (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). La dissociation peut inhiber l'excitation sexuelle et l'orgasme, puisqu'elle réduit la capacité d'une personne à être consciente des stimuli sexuels et de la connexion à son corps (Bird et al., 2014; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Hansen et al., 2012).

1.1.2. Pensées intrusives dans la sexualité traumatique

La deuxième dimension de la sexualité traumatique est les pensées intrusives dans le contexte sexuel. À l'instar de la dissociation, qui compromet l'ancrage dans le moment présent, les survivant·e·s de traumas peuvent être régulièrement submergé·e·s par des pensées intrusives et non sollicitées pendant l'activité sexuelle, perturbant leur attention et leur expérience corporelle. Dans la conceptualisation de la sexualité traumatique de Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), les pensées intrusives se manifestent par l'émergence des souvenirs traumatiques qui surgissent durant l'activité sexuelle et rappellent l'expérience traumatique, soit à travers le toucher du ou de la partenaire ou à travers des reviviscences (Gewirtz-Meydan et Lassri, 2023). Selon Kristensen et Lau (2011), ces reviviscences, en faisant revivre l'agression sexuelle à la personne survivante, peuvent provoquer une confusion, amenant celle-ci à associer son ou sa partenaire à l'agresseur. Pour se protéger de ces pensées intrusives, la personne survivante peut éviter les activités sexuelles, l'intimité, et démontrer peu de désir sexuel. Elle peut également chercher à contrôler davantage les activités sexuelles (en évitant certaines formes de contacts, par exemple) afin d'éviter des contacts susceptibles de déclencher une reviviscence (Kristensen & Lau, 2011). Les reviviscences, en particulier celles survenant lors d'activités sexuelles, leur occurrence et leur fréquence, sont considérées comme des prédicteurs cliniques des difficultés sexuelles et de leur gravité (Buehler, 2008; Kristensen & Lau, 2011; Maltz, 2002). Par ailleurs, les pensées et souvenirs intrusifs d'abus en enfance peuvent émerger pendant les activités sexuelles et les réactions qui en résultent (engourdissement, évitement, colère) peuvent contribuer aux dysfonctions sexuelles et les comportements sexuels compulsifs (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023).

1.1.3. Honte et culpabilité dans la sexualité traumatique

La troisième dimension de la sexualité traumatique concerne également les processus cognitifs, mais se rapporte plus spécifiquement aux pensées et croyances liées à la sexualité à l'âge adulte. Dans la conceptualisation de la sexualité traumatique de Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), certaines personnes peuvent ressentir de la honte et la culpabilité par rapport à leur vie sexuelle ou la sexualité en général («

La sexualité me dégoûte »), au niveau personnel (« Je ne mérite pas de ressentir du plaisir sexuel ») ou encore avec les autres (« Il ou elle m'utilise comme un objet sexuel ») (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023). Les études démontrent que la honte liée au passé sexuel d'un individu, tout comme celle associée à ses comportements sexuels actuels, est corrélée à une diminution du fonctionnement sexuel (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023; Pulverman et al., 2018). Plus spécifiquement, une personne qui ressent de la honte ou de la culpabilité à l'égard de sa sexualité peut ressentir, lors de l'excitation sexuelle, un sentiment de faute ou d' « impureté » à l'idée d'éprouver du plaisir sexuel (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Ces affects négatifs compromettent alors l'expérience intime et nuisent au fonctionnement sexuel (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Lorsque les niveaux de honte et de culpabilité sont élevés, le niveau de dysfonction sexuelle est aussi plus important et peut aussi conduire à un comportement sexuel compulsif comme forme d'autopunition ou de tentative de se départir de ces sentiments (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Pulverman et al., 2018; Schwartz & Galperin, 2002).

De plus, le fait d'éprouver de la honte ou de la culpabilité durant l'activité sexuelle peut perturber l'attention de la personne, diminuant sa capacité à rester pleinement engagée dans l'expérience et, par conséquent, altérant sa réponse sexuelle (Barlow, 1986; Pulverman & Meston, 2019). Chez les femmes survivantes d'agression sexuelle, la honte et la culpabilité peuvent se traduire également par un sentiment de « défectuosité » ou de ne pas être « à la hauteur » (Kyle, 2013). La honte associée à la sexualité chez les personnes survivantes d'ASE complique le processus de rétablissement des difficultés sexuelles et psychologiques (Feiring & Taska, 2005; Feiring et al., 2002; Pulverman & Meston, 2019). Chez les hommes, cette honte et cette culpabilité sont exacerbées par des stéréotypes liés à la masculinité, tels que l'idée que les garçons et les hommes devraient être assez forts pour se défendre ou que la présence d'une réponse sexuelle équivaut à un consentement (Rentoul & Appleboom, 1997). Ces représentations renforcent la honte et la culpabilité vécues par les victimes masculines d'agression sexuelle et entravent leur capacité à se reconnaître comme victimes. Par ailleurs, Finkelhor et Browne (1985) soulignent que l'agression sexuelle influence la sexualité adulte à travers la honte et les associations traumatisques liées à la sexualité, indiquant que ces mécanismes produisent des impacts profonds et multidimensionnels.

1.1.4. Sentiment de devoir plaire à l'autre dans la sexualité traumatisante

Dans le modèle de la sexualité traumatisante proposé par Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), la quatrième dimension renvoie au sentiment de devoir plaire à l'autre sur le plan sexuel. Elle se manifeste par la

perception d'une contrainte à avoir des relations sexuelles et à répondre aux besoins ou aux fantasmes du ou de la partenaire, même en l'absence de désir personnel. Ce sentiment s'accompagne souvent d'un sentiment de culpabilité lorsqu'il s'agit de refuser un rapport sexuel désiré par le ou la partenaire, ou d'interrompre l'acte malgré la douleur ou l'inconfort. Avoir vécu une agression sexuelle durant l'enfance (ASE) peut exacerber ce besoin de plaire, incitant les survivant·e·s à privilégier les besoins de leur partenaire au détriment des leurs, ce qui pourrait nuire à la fonction sexuelle (Briere, 2011). Ce besoin de plaire, associé à la dissociation et à la distraction durant les rapports sexuels (Godbout & Gewirtz-Meydan, 2023), peut amener les survivant·e·s à rechercher une validation externe ou à masquer la honte liée à la sexualité (Brotto et al., 2016; Gewirtz-Meydan & Lahav, 2021).

Ce schéma rappelle la réponse traumatique du « fawn », une stratégie d'apaisement ou de conformité, décrite par Walker (2013), où la soumission et la complaisance servent à obtenir l'approbation ou éviter les conflits. Dans un contexte sexuel, la conformité peut remplir une fonction adaptative de sécurité (p. ex. : « si je fais ce qu'iel me demande, l'expérience se terminera plus vite »), mais elle se traduit par une orientation centrée sur le ou la partenaire, qui peut potentiellement reproduire des dynamiques relationnelles toxiques et générer une détresse émotionnelle (Briere & Scott, 2015; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Ces comportements sont aussi liés à des troubles identitaires et à des sentiments de vide, ce qui peut fragiliser leur bien-être sexuel (Bigras et al., 2020; Guyon et al., 2020).

Ainsi, le sentiment de devoir plaire peut être interprété comme un mécanisme d'adaptation inadéquat, enraciné dans les réponses traumatiques et les fragilités identitaires découlant des agressions sexuelles vécues durant l'enfance. Il se manifeste notamment par une forte suggestibilité, une connaissance limitée de soi et une tendance à orienter ses comportements, ses choix et sa définition de soi en fonction des besoins, attentes et désirs d'autrui, plutôt qu'en fonction de ses propres valeurs, limites et aspirations (Bigras et al., 2020; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Le sentiment de devoir plaire contribue fréquemment à des dysfonctions sexuelles (par exemple, l'éjaculation retardée, le trouble de l'érection, le trouble de l'orgasme, le trouble de l'intérêt/excitation sexuelle, le trouble de la douleur génito-pelvienne/pénétration, le trouble du désir sexuel hypoactif et l'éjaculation prématurée; American Psychiatric Association, 2013; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023) et à des conduites sexuelles compulsives, révélant des difficultés profondes d'estime de soi et d'identité (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Le sentiment de devoir plaire à l'autre ne se limite pas au contexte sexuel, mais s'étend aux relations intimes

et affectives, où il peut fragiliser la capacité des survivant·e·s à établir des liens empreints de confiance, d'intimité et de sécurité.

1.1.5. Détresse interpersonnelle dans la sexualité traumatisante

La cinquième dimension de la sexualité traumatisante représente la détresse interpersonnelle. Celle-ci renvoie au stress éprouvé dans les relations intimes avec des personnes significatives, lorsque les liens affectifs deviennent une source de souffrance, même en l'absence d'intention malveillante (Bancila & Mittelmark, 2009). Dans le modèle de Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), cette détresse sexuelle peut s'exprimer de deux façons : par une frustration envers son ou sa partenaire durant les rapports sexuels ou par une peur de celui-ci ou celle-ci dans ces contextes.

Bien que le concept de détresse interpersonnelle soit encore émergent dans la littérature, plusieurs études suggèrent un lien étroit avec la théorie de l'attachement. En effet, les survivant·e·s d'agressions sexuelles présentant un style d'attachement évitant ou anxieux peuvent éprouver des difficultés à faire confiance à leur partenaire, à se montrer émotionnellement intimes et vulnérables, ce qui fragilise leur capacité à construire des relations de confiance et d'intimité saines (Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2020; Kwako et al., 2010). Ce risque est particulièrement marqué lorsque l'abus a été commis par une figure censée assurer protection et sécurité, ou lorsque d'autres personnes significatives n'ont pas su reconnaître, prévenir ou interrompre l'abus (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020).

Ces expériences d'enfance façonnent durablement les représentations relationnelles, qui peuvent ensuite être transposées dans les relations intimes et sexuelles à l'âge adulte. Ainsi, les survivant·e·s peuvent projeter leurs vécus traumatisques passés sur leurs partenaires actuels, allant parfois jusqu'à les confondre avec leurs agresseur·e·s (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023; Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020; Hughes, 1994). Ce processus entrave la possibilité de se sentir en sécurité et aimé·e dans la relation, de se montrer vulnérable, d'instaurer une intimité authentique et d'exprimer ses besoins émotionnels et sexuels — des conditions pourtant essentielles à une sexualité épanouie (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020).

Cette difficulté à se sentir en sécurité dans la relation intime contribue à renforcer un état de vigilance accrue, où chaque geste ou réaction du ou de la partenaire peut être perçu comme une menace potentielle (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Ainsi, la détresse interpersonnelle se trouve intimement liée à une autre dimension de la sexualité traumatisante : l'hypervigilance.

1.1.6. Hypervigilance dans la sexualité traumatisante

L'hypervigilance se manifeste par une tension ou un malaise face aux évènements inattendus pendant les rapports sexuels, pouvant entraîner des dysfonctions sexuelles (Gewirtz-Meydan et Godbout, 2023; Lorenz et al., 2012; Payne et al., 2005). Dans la conceptualisation de Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), cette sixième dimension de la sexualité traumatisante se traduit notamment par le besoin que le ou la partenaire annonce ce qui va se passer durant l'activité sexuelle ou de se sentir très tendu·e durant les rapports sexuels. Cette vigilance excessive réduit la capacité à se concentrer sur les sensations agréables et accentue au contraire les sensations désagréables, telles que les douleurs sexuelles (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023; Payne et al., 2005).

Sur le plan physiologique, l'activation du système nerveux sympathique qui accompagne normalement l'excitation sexuelle peut, chez les survivant·e·s de traumas, déclencher une réaction de peur, reflétant la surstimulation typique du trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023; Yehuda et al., 2015). Cette réaction accentue le besoin d'anticiper les gestes du ou de la partenaire afin de maintenir un sentiment de contrôle et de sécurité (Lorenz et al., 2012; Payne et al., 2005). Ce mécanisme est étroitement lié aux pensées intrusives, puisque les survivant·e·s cherchent à éviter certains déclencheurs susceptibles d'évoquer des souvenirs traumatisques et de raviver l'expérience d'abus. Cette lutte constante contre les intrusions peut générer différentes réponses, allant de l'évitement et de la dissociation jusqu'à la colère ou l'hostilité envers le ou la partenaire (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023).

Dans ce contexte, certaines personnes survivantes développent des stratégies d'évitement, comme le recours problématique et excessif à la pornographie, qui leur permet d'échapper aux déclencheurs associés aux contacts sexuels intimes, tout en leur donnant l'impression d'exercer un certain contrôle (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). D'ailleurs, une étude récente de Gewirtz-Meydan et Godbout (2023) a identifié trois modérateurs du lien entre la sévérité des agressions sexuelles subies durant l'enfance (ASE) et l'usage problématique de la pornographie (par exemple, utiliser la pornographie comme stratégie pour faire face à l'anxiété, se sentir dépendant·e à la pornographie, accorder la priorité à son visionnage par rapport à d'autres activités) : l'hypervigilance sexuelle, les pensées intrusives pendant les rapports sexuels et le besoin de plaire à l'autre. Ces résultats soulignent le rôle central de l'hypervigilance dans la sexualité traumatisante, notamment en raison de son association avec une prévalence accrue de dysfonctions sexuelles (Lorenz et al., 2012; Payne et al., 2005).

1.2 Pertinence d'identifier des profils de sexualité traumatique

Comme l'illustrent les six dimensions de la sexualité traumatique — la dissociation, les pensées intrusives, la honte et la culpabilité, le sentiment de devoir plaire à l'autre, la détresse interpersonnelle et l'hypervigilance lors des rapports sexuels —, les conséquences sur la sexualité adulte des survivant·e·s peuvent être marquées par une grande hétérogénéité, ce qui souligne l'importance d'une analyse centrée sur les individus (Leonard et al., 2002; Pulverman et al., 2018; O'Driscoll et al., 2016). L'identification de profils distincts, à partir de la mesure de ces six dimensions proposées par Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), pourrait enrichir la compréhension des difficultés sexuelles post-traumatiques chez les adultes.

Bien que la sexualité traumatique demeure un concept en développement et que peu d'études aient exploré en profondeur ses dimensions et leurs interactions, certaines analyses centrées sur les individus commencent à mettre en lumière la diversité des trajectoires possibles chez les survivant·e·s de traumas interpersonnels. Ces travaux montrent qu'il n'existe pas un seul « profil type », mais plutôt une pluralité de configurations où se croisent variables sexuelles, expériences traumatiques et symptômes psychologiques.

Par exemple, une étude de Gewirtz-Meydan (2022b) a identifié quatre profils de comportements sexuels compulsifs, en les reliant à différents niveaux d'abus dans l'enfance, de symptômes post-traumatiques, d'anxiété, de dépression et de motivations sexuelles. Les comportements sexuels compulsifs peuvent se manifester par des pratiques telles que l'usage problématique de la pornographie, la masturbation compulsive, le cybersexe ou les rapports sexuels excessifs, entraînant détresse et altération du fonctionnement sexuel (Gola et al., 2020). Les résultats indiquent notamment que les survivant·e·s ayant vécu les formes d'abus les plus sévères — en particulier les abus émotionnels suivis d'abus physiques et sexuels — manifestaient des comportements sexuels compulsifs et une utilisation problématique de la pornographie (par exemple, utiliser la pornographie comme stratégie pour faire face à l'anxiété, se sentir dépendant·e à la pornographie, accorder la priorité à son visionnage de pornographie par rapport à d'autres activités) (Gewirtz-Meydan 2022b).

De manière complémentaire, Lipinski et Beck (2025) se sont intéressé·e·s aux liens entre symptômes de stress post-traumatique (SSPT) et dysfonctions sexuelles chez des survivantes d'agressions sexuelles à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Leurs résultats mettent en évidence la grande hétérogénéité des expériences sexuelles et des manifestations post-traumatiques dans cette population. L'analyse a

permis d'identifier quatre profils distincts. Le premier profil, dit « asymptomatique » (41,2 % de l'échantillon), regroupait des personnes ne présentant peu ou pas de difficultés sexuelles ni de symptômes de SSPT. Le deuxième profil, « en détresse sexuelle et rapportant des pensées intrusives » (24,7 %), se caractérisait par une réduction du désir, de l'excitation, de l'orgasme et de la satisfaction sexuelle, une augmentation de la douleur sexuelle et une fréquence accrue de pensées intrusives liées au trauma. Le troisième profil, « avec des cooccurrences » (21 %), combinait à la fois des difficultés sexuelles marquées (diminution de l'excitation et de la satisfaction, douleur accrue) et des symptômes de SSPT relativement élevés. Enfin, le quatrième profil, « symptômes de stress post-traumatiques » (13,1 %), rassemblait les survivantes présentant les niveaux de SSPT les plus élevés, mais paradoxalement, les difficultés sexuelles les moins importantes. Ces résultats montrent que l'hétérogénéité ne se limite pas à une intensité plus ou moins grande des symptômes, mais qu'elle s'exprime à travers différentes configurations où les dimensions sexuelles et post-traumatiques peuvent coexister, se renforcer mutuellement ou, au contraire, évoluer de manière dissociée. Autrement dit, certaines survivantes présentent principalement des difficultés sexuelles, d'autres surtout des symptômes de SSPT, d'autres encore une combinaison des deux, tandis qu'un dernier profil semble relativement préservé. Cette diversité souligne la nécessité d'approches thérapeutiques différencierées, sensibles aux variations dans l'expression des symptômes.

Ainsi, bien que les deux études aient porté sur des échantillons et des variables partiellement distincts, elles convergent pour montrer une forte hétérogénéité dans l'expression des difficultés sexuelles et des symptômes post-traumatiques chez les survivant-e-s de traumas interpersonnels. L'approche par profils se révèle particulièrement pertinente pour saisir cette complexité et orienter le développement d'interventions adaptées aux besoins spécifiques des individus.

Ces résultats indiquent que la sexualité traumatique ne constituerait pas une entité homogène, mais se déclinerait plutôt en profils distincts, caractérisés par des niveaux variables de détresse, des manifestations sexuelles différencierées et des stratégies d'adaptation diverses, en fonction de l'histoire traumatique, des dynamiques interpersonnelles et des mécanismes psychologiques sous-jacents. Bien que ces travaux mettent en lumière l'hétérogénéité des trajectoires de sexualité traumatique, un manque notable subsiste quant à l'exploration de ces profils chez les personnes consultant en thérapie sexuelle, notamment en ce qui concerne l'influence de leurs expériences traumatiques et les répercussions sur leur bien-être sexuel.

1.3 Les traumas interpersonnels et le bien-être sexuel en contexte de sexualité traumatisante

Pour saisir l'ampleur de la complexité de la sexualité traumatisante, il est crucial d'étudier les recherches qui analysent les répercussions potentielles d'événements traumatisques non sexuels sur la sexualité, et de comprendre comment ces expériences peuvent influer sur le bien-être sexuel des individus. Une étude menée par Bigras, Godbout, Hébert et Sabourin (2017b) révèle que le nombre d'expériences adverses vécues durant l'enfance, c'est-à-dire des expériences qui sont possiblement traumatisantes, telles que les agressions sexuelles, les abus physiques et psychologiques, la négligence psychologique et physique, l'exposition à la violence physique et psychologique entre les parents et l'intimidation par les pair·e·s, sont jusqu'à deux fois plus élevés chez les patient·e·s en thérapie sexuelle que dans les échantillons issus de la population générale. Spécifiquement, la prévalence de la violence physique (49% chez les hommes et 49% chez les femmes) et psychologique (60% chez les hommes et 65% chez les femmes) perpétrée par les parents est plus élevée par rapport aux échantillons non cliniques (Bigras et al., 2017b; Godbout et al., 2009; Godbout et al., 2019). En ce qui concerne spécifiquement les agressions sexuelles à l'enfance, une étude menée par Godbout et ses collègues (2019) révèle que 25% des hommes et 53% des femmes consultant en thérapie sexuelle ont signalé avoir vécu une agression sexuelle durant l'enfance, des taux trois fois plus élevés que ceux observés dans la population générale (7,9% chez les hommes et 19,2% chez les femmes, selon Pereda et al., 2009).

Alors que les études antérieures se concentrent principalement sur l'impact des agressions sexuelles à l'enfance (ASE) comme obstacle au développement sexuel sain, des études récentes indiquent que d'autres formes d'expériences adverses à l'enfance peuvent également influencer la sexualité adulte des patient·e·s en thérapie sexuelle (Bigras, 2017b; Seehuus et al., 2015). En moyenne, les femmes et les hommes adultes consultant en thérapie sexuelle rapportent avoir vécu plus de quatre types d'expériences adverses durant leur enfance (Bigras et al., 2017b). Cette accumulation d'expériences adverses souligne l'importance d'analyser les traumas interpersonnels cumulatifs chez les patient·e·s en thérapie sexuelle afin de mieux comprendre l'étiologie et la manifestation des symptômes qui motivent leur consultation. Parmi les conséquences observées, les traumas interpersonnels cumulatifs en enfance sont associés à une satisfaction sexuelle moindre à l'âge adulte, en partie en raison d'une plus grande détresse psychologique et d'une moindre disposition à la présence attentive (c.-à-d., la capacité de porter attention au moment présent avec acceptation et sans jugement; Kabat-Zinn, 1985) (Godbout et al., 2019). L'analyse d'une population clinique est également particulièrement pertinente en raison de sa prévalence élevée de troubles sexuels (détresse sexuelle, dysfonctions sexuelles) (Lafortune et al., 2023).

Des études menées auprès de la population générale montrent que les abus durant l'enfance sont associés à un risque accru de niveaux plus faibles de satisfaction sexuelle, de qualité relationnelle romantique réduite et de dérégulation affective dans les contextes intimes (Bigras et al., 2017a; Seehuus et al., 2015). Ces effets s'expliquent en partie par le fait que les expériences adverses cumulatives durant l'enfance entravent le développement normal de l'enfant, limitant l'acquisition de compétences relationnelles et affectives saines. En conséquence, ces lacunes dans le développement relationnel et affectif sont associées à des difficultés psychologiques et relationnelles ultérieures, dont une satisfaction sexuelle réduite à l'âge adulte, ce qui illustre le lien complexe entre expériences adverses précoces et sexualité adulte (Seehuus et al., 2015).

Cette relation est renforcée par le rôle des motivations sexuelles. L'étude de Dugal et al. (2023) a montré que les traumas interpersonnels cumulatifs durant l'enfance étaient directement associés à une diminution de la satisfaction sexuelle chez les jeunes adultes, et que les motivations sexuelles — c'est-à-dire les raisons pour lesquelles une personne s'engage dans des activités sexuelles et les objectifs qu'elle poursuit (Cooper et al., 1998; Dugal et al., 2023) — jouaient un rôle médiateur dans cette relation. Plus précisément, une forte adhésion aux motivations centrées sur l'affirmation de soi (avoir des rapports sexuels pour se sentir confiant·e ou attrayant·e) ou les stratégies d'adaptation (utiliser des rapports sexuels pour gérer des émotions négatives) renforçait l'effet négatif des traumas sur la satisfaction sexuelle, tandis que des motivations centrées sur l'intimité ou le plaisir pouvaient atténuer ces effets. Ainsi, les motivations sexuelles constituent un mécanisme explicatif important reliant les traumas interpersonnels précoces aux expériences sexuelles et relationnelles à l'âge adulte.

Ces observations sont particulièrement pertinentes dans le cas des survivantes d'agression sexuelle à l'enfance (ASE), parmi lesquelles de 32 à 94 % présentent une dysfonction sexuelle, définie comme des difficultés sexuelles accompagnées de détresse, incluant des problèmes de désir, d'excitation, d'orgasme ou de douleur sexuelle (Pulverman et al., 2018). Chez ces survivant·e·s, la détresse sexuelle est élevée et la satisfaction sexuelle réduite, même si la fonction sexuelle objective n'est pas toujours altérée (Bigras et al., 2017; Lacelle et al., 2012; Stephenson et al., 2012). Ces résultats rejoignent et étendent les observations faites dans la population générale, soulignant que les traumas interpersonnels cumulatifs et spécifiques, comme les ASE, interagissent avec les compétences relationnelles, les motivations sexuelles et la santé psychologique pour déterminer la satisfaction sexuelle à l'âge adulte.

À la lumière de ces résultats, on peut envisager l'existence de profils multiples de sexualité traumatique, caractérisés par des différences au niveau des comportements sexuels, des dysfonctions sexuelles et des expériences traumatiques passées. Identifier ces profils permettrait de mieux comprendre la diversité des trajectoires de sexualité après un trauma et de cibler plus efficacement les interventions cliniques.

La documentation scientifique suggère que les individus présentant de faibles niveaux de sexualité traumatique sur les six dimensions identifiées (dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance) tendraient à avoir une satisfaction sexuelle plus élevée et des niveaux de détresse et de dysfonction sexuelle plus faibles, comparativement à ceux présentant des scores élevés. Toutefois, ces hypothèses restent à vérifier empiriquement, ce qui justifie la pertinence de la présente étude.

Les études antérieures n'ont pas permis d'examiner l'hétérogénéité de la sexualité traumatique chez les patient·e·s en thérapie sexuelle, ni de tester comment les traumas interpersonnels cumulatifs, la détresse sexuelle ou la satisfaction sexuelle peuvent prédire l'appartenance à différents profils. Bien que certaines recherches aient décrit des aspects de la sexualité adulte des survivant·e·s d'agression sexuelle à l'enfance (ASE), comme le désir, l'excitation, l'orgasme ou la satisfaction sexuelle, elles n'ont pas étudié la sexualité traumatique dans une approche multidimensionnelle intégrant les différentes manifestations traumatiques (Bigras et al., 2017; 2021).

La validation récente de la mesure de sexualité traumatique de Gewirtz-Meydan et Lassri (2023) souligne l'importance d'explorer des profils de sexualité traumatique, permettant de relier les dimensions traumatiques au bien-être sexuel et à l'histoire de traumas. Les recherches antérieures n'ont pas permis d'examiner l'hétérogénéité de la sexualité traumatique chez les patient·e·s en thérapie sexuelle ni le rôle des traumas cumulés, de la détresse sexuelle ou de la satisfaction sexuelle pour prédire l'appartenance à différents profils. Une exploration approfondie de ces profils pourrait ainsi offrir des pistes thérapeutiques ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des patient·e·s.

1.4 Modèles conceptuels

Les résultats de cette étude seront analysés à partir des connaissances fournies par les modèles conceptuels et théoriques relatifs à la sexualité traumatique. L'intégration de ces cadres analytiques permettra non seulement d'ancrer l'interprétation des données dans une compréhension scientifique

validée, mais aussi de dégager la pertinence clinique et théorique des observations. Plus précisément, le paradoxe de la douleur de Briere (2015) constituera un outil central pour comprendre les mécanismes contradictoires à l'œuvre dans l'expérience de la sexualité traumatisante, en mettant en lumière la coexistence de la recherche d'intimité et de l'évitement lié à la détresse. De leur côté, les dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) offriront une grille d'analyse permettant de saisir comment différentes formes de victimisation interpersonnelle influencent les représentations et comportements sexuels, en lien avec la vulnérabilité, la stigmatisation et la trahison. Ces modèles théoriques serviront ainsi à examiner les six dimensions de la sexualité traumatisante retenues pour l'étude, tout en offrant un cadre de comparaison entre les profils établis en fonction des variables liées aux traumas interpersonnels et au bien-être sexuel. L'utilisation conjointe de ces approches conceptuelles renforcera la profondeur analytique du mémoire en facilitant l'articulation entre les résultats empiriques et les dynamiques psychotraumatiques sous-jacentes.

1.4.1 Le paradoxe de la douleur

Le paradoxe de la douleur de Briere (2015) offre un cadre conceptuel pertinent pour étudier la sexualité des personnes survivantes de traumas interpersonnels et expliquer les répercussions sur la sexualité qui peuvent en résulter. Ce paradoxe illustre pourquoi les personnes qui dissocient, se distraient, nient, répriment ou adoptent des comportements dysfonctionnels (comme la compulsion sexuelle), sont plus à risque de développer des pensées intrusives et des symptômes chroniques. En effet, l'expérience traumatisante, lorsqu'elle est maintenue hors du champ de la conscience, reste inaccessible pour être métabolisée par la personne (Briere, 2015; Briere et al., 2005). Ces comportements d'évitement expérientiel ou de compulsion, bien que destinés à réduire la détresse, engendrent un paradoxe : au lieu de soulager la personne, ils augmentent ses pensées intrusives et ses émotions désagréables, aggravant ainsi la détresse initiale (Briere, 2015). Par ailleurs, selon Briere (2015), éviter ce qui pourrait rappeler l'expérience traumatisante peut également empêcher la personne de profiter pleinement des aspects positifs de sa vie et de son bien-être, limitant ainsi ses expériences d'émotions agréables. La relation entre ce qui est évité et ce qui est investi avec compulsion n'est pas toujours directe et linéaire. Par exemple, c'est dans le but d'éviter ou de réduire les pensées intrusives, les reviviscences, et le sentiment de honte ou de culpabilité que les survivant·e·s d'ASE vont adopter des stratégies d'évitement telles que la dissociation (Briere, 2015).

1.4.2 Les dynamiques traumagéniques

Le modèle des dynamiques traumagéniques proposé par Finkelhor et Browne (1985) offre un cadre théorique pertinent pour comprendre les répercussions à long terme des agressions sexuelles en enfance (ASE) sur la sexualité adulte. Ce modèle identifie quatre dynamiques — la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation — qui peuvent éclairer les conséquences de l'ASE sur la perception de soi, la vulnérabilité relationnelle et le bien-être sexuel. Dans le contexte de cette recherche, ce modèle sera mobilisé pour interpréter les liens entre les expériences d'ASE et les profils de sexualité traumatique observés. En effet, les cognitions et les séquelles traumatiques associées à l'ASE tendent à persister à l'âge adulte et peuvent se manifester dans les six différentes dimensions de la sexualité traumatique. Ces dimensions — dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des rapports sexuels — illustrent la diversité des manifestations cliniques pouvant découler d'expériences traumatiques. Ainsi, l'ajustement sexuel des survivant·e·s, tel qu'il émerge dans la catégorisation hétérogène des profils, peut être compris à travers ces dynamiques traumagéniques, qui offrent une lecture approfondie et nuancée de la symptomatologie. Dans ce cadre, l'identification de profils distincts, à partir de la mesure des six dimensions proposées par Gewirtz-Meydan et Lassri (2023), permettra d'approfondir la compréhension des difficultés sexuelles post-traumatiques et d'enrichir l'analyse des liens entre les traumas interpersonnels cumulatifs et le bien-être sexuel.

Tableau 1.1 : Les dynamiques traumagéniques et les dimensions de la sexualité traumatique (ST)

Dynamiques traumagéniques	Processus traumagénique	Dimensions de la ST	Possibles conséquences sur la ST
<i>Sexualisation traumatique</i>	Sexualité développée de façon inappropriée après un évènement traumatique.	Pensées intrusives et dissociation.	Aversion sexuelle, pensées intrusives, difficultés sexuelles, relation négative avec sa sexualité/son corps.
<i>Trahison</i>	Par l'agresseur·e ou par une figure de protection. Sentiment d'autant plus fort lorsque l'agresseur·e est un·e membre de la famille.	Pensées intrusives, et sentiment de devoir plaire à l'autre, hypervigilance lors des rapports sexuels.	A) Besoin de sécurité extrême et dépendance affective, jugement relationnel brouillé. B) Hostilité, colère, méfiance. Peut mener à l'isolement, aversion des relations intimes.
<i>Impuissance</i>	La ou le survivant·e a été répétitivement envahi·e, a ressenti de la peur, anxiété, hypervigilance, phobies, etc.	Hypervigilance lors des rapports sexuels, honte et la culpabilité, détresse interpersonnelle.	Pourrait aussi affecter le sentiment d'efficacité et les capacités d'adaptation de la personne survivante.
<i>Stigmatisation</i>	Honte, culpabilité associée à l'ASE. Peut venir de l'agresseur·e/attitudes de l'environnement autour de l'enfant qu'iel internalise.	La honte et la culpabilité, la détresse interpersonnelle.	Le fait d'avoir gardé le secret de l'abus peut exacerber la stigmatisation et affecter la confiance en soi ; la personne a le sentiment d'être différente des autres.

1.5 Objectifs du mémoire et hypothèses de recherche spécifiques

Les écrits scientifiques montrent en effet que les expériences traumatisques, particulièrement lorsqu'elles sont cumulatives, exercent une influence durable et multiforme sur la sexualité adulte. L'intégration des modèles conceptuels précédemment présentés — le paradoxe de la douleur (Briere, 2015) et les dynamiques traumagéniques (Finkelhor & Browne, 1985) — permet d'analyser ces effets complexes et de situer les dimensions spécifiques de la sexualité traumatisante (dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des rapports sexuels; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023) dans le contexte des expériences traumatisques et du bien-être sexuel. Or, cette diversité de manifestations souligne la pertinence de dégager des profils distincts de sexualité traumatisante et d'examiner leurs liens avec les expériences de trauma et le bien-être sexuel chez des patient·e·s consultant en thérapie sexuelle.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les objectifs et hypothèses du présent mémoire. Le premier objectif (O1) est d'explorer les profils de sexualité traumatisante sur la base des six dimensions mentionnées, c'est-à-dire la dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des rapports sexuels (Gewirtz-Meydan et Lassri, 2023) chez des patient·e·s consultant en thérapie sexuelle. Le deuxième objectif (O2) est de déterminer si ces profils se distinguent selon les expériences de trauma interpersonnel et le bien-être sexuel. La première hypothèse (H1) est que, conformément aux résultats des études précédentes sur la sexualité traumatisante (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023), 3 à 6 profils seront identifiés dans la présente étude. La deuxième hypothèse (H2) est que les individus appartenant aux profils caractérisés par les scores les plus élevés de sexualité traumatisante rapporteront également davantage d'agression sexuelle à l'enfance et/ou à l'âge adulte et/ou de trauma cumulatif, ainsi que plus de dysfonction et détresse sexuelles et moins de satisfaction sexuelle.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit la méthodologie employée pour ce mémoire de recherche, visant à atteindre les objectifs de recherche précédemment définis. Il détaille la procédure, les participant·e·s, les instruments de mesure, la stratégie d'analyse, ainsi que les considérations éthiques.

2.1 Procédure

Le projet présenté s'inscrit dans le cadre du Projet Sexo, dirigé par la chercheuse principale Godbout, un projet partenarial financé par le Conseil de recherche en sciences humaines qui comprend trois temps de mesure. L'objectif principal de Projet Sexo est de mieux comprendre le profil des personnes qui consultent en thérapie sexuelle, les difficultés auxquelles elles font face ainsi que les mécanismes sous-jacents susceptibles de les expliquer, afin d'améliorer les pratiques cliniques et de développer des interventions plus adaptées.

Les participant·e·s sont des patient·e·s en thérapie sexuelle, systématiquement invité·e·s par le ou la stagiaire en sexologie clinique à remplir des questionnaires auto-rapportés en ligne (environ 1h30) durant la phase d'évaluation du processus thérapeutique. Ces patient·e·s bénéficient d'une prise en charge par des étudiant·e·s en sexologie clinique de l'UQAM dans différents milieux de stage (cliniques privées, hôpitaux, cliniques de médecine familiale, cliniques communautaires, cliniques spécialisées, etc.)

Ces participant·e·s constituent une population particulièrement pertinente, puisqu'ils consultent pour des difficultés variées : problèmes conjugaux, préoccupations liées au fonctionnement sexuel, enjeux de désir ou d'aversion, difficultés d'intimité, traumas sexuels, détresse psychologique, etc. Durant la séance d'évaluation avec la ou le thérapeute, ils remplissent les questionnaires sans qu'un diagnostic primaire leur soit attribué, ce qui permet de documenter leurs motifs de consultation de façon plus fine et nuancée. Les personnes éligibles doivent pouvoir répondre au questionnaire en français ou en anglais, avoir atteint l'âge adulte (minimum 18 ans) et avoir répondu au questionnaire sur la sexualité traumatique, au moins partiellement.

2.2 Participant·e·s

L'échantillon à l'étude dans le cadre de ce mémoire se compose de 484 patient·e·s. Les participant·e·s ont en moyenne 35,5 ans ($SD = 10,48$). Concernant l'identité de genre, la majorité s'identifient comme cisgenres (94,6%), 4,8% transgenres, et 0,6% ont préféré ne pas répondre. Les participant·e·s s'identifient comme femmes (55,8%), hommes (37,6%), non-binaires (2,3%), *gender fluid* (fluide dans le genre) (0,8%), non conformes au genre (0,2%), en exploration/questionnement (0,8%), et 0,6% ont préféré ne pas répondre. Les participant·e·s s'identifient comme hétérosexuel·le·s (71,1%), bisexuel·le·s (12,4%), lesbiennes/gais (4,3%), queers (4,5%), en exploration/questionnement (5,6%), sur le spectre de l'asexualité (1,7%), et 0,4% ont préféré ne pas répondre. La plupart (87,6%) sont né·e·s au Canada et parlaient français (89,9%). Les informations sociodémographiques des participant·e·s sont collectées à des fins de description de l'échantillon. Les informations démographiques additionnelles récoltées comprennent la scolarité, la religion, l'occupation, le revenu, et l'état civil.

2.3 Instruments de mesure

2.3.1 Sexualité traumatique

La sexualité traumatique a été évaluée à l'aide de l'échelle de la sexualité traumatique (PT-SEX; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2022), traduite par notre équipe en utilisant un processus de rétrotraduction, car notre échantillon était majoritairement francophone (Vallerand, 1989). Concrètement, une personne bilingue a traduit les items de l'anglais vers le français, une autre personne bilingue a retraduit les items du français vers l'anglais, et les items retraduits ont été examinés et approuvés par l'autrice originale pour assurer la précision de la traduction en capturant le sens des items. Le questionnaire comprend 25 items répartis en six dimensions de sexualité traumatique, répondus sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (Pas du tout) à 5 (Très souvent), à savoir : la dissociation (7 items: $\alpha = ,93$; « J'ai l'impression que mon corps a du sexe, mais je ne suis pas vraiment là »), les pensées intrusives (5 items: $\alpha = ,90$; « Le toucher de mon·ma·mes partenaire·s me rappelle une expérience traumatisante ou un·e agresseur·e. »), la honte et la culpabilité (5 items: $\alpha = ,88$; « Je me sens coupable lorsque je suis excité·e sexuellement. »), le sentiment de devoir plaire à l'autre (4 items: $\alpha = ,86$; « Je me sens obligé·e d'avoir du sexe avec mon·ma·mes partenaire·s. »), la détresse interpersonnelle (2 items: $\alpha = ,74$; « J'ai l'impression d'avoir peur de mon·ma·mes partenaire·s pendant l'activité sexuelle. »), l'hypervigilance lors des rapports sexuels (2 items: $\alpha = ,73$; « Pendant l'activité sexuelle, j'ai besoin que mon·ma·mes partenaire·s me dise toujours ce qui va

se passer ensuite. »). Les scores totaux sont obtenus en faisant la moyenne des items pour chaque échelle, des scores plus élevés indiquant des niveaux plus élevés de sexualité traumatisante.

2.3.2 Agression sexuelle dans l'enfance

L'ASE a été évaluée en se basant sur la définition du Code criminel du Canada (Code criminel du Canada, 1985) : « Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous vécu un acte sexuel non désiré avec l'une des personnes suivantes ? » (oui/non).

2.3.3 Agression sexuelle à l'âge adulte

L'ASA a été évaluée en se basant sur la définition du Code criminel du Canada (Code criminel du Canada, 1985) : « Avez-vous vécu un acte sexuel sans votre consentement après l'âge de 18 ans ? » (oui/non).

2.3.4 Traumas interpersonnels cumulatifs dans l'enfance

Les traumas interpersonnels cumulatifs dans l'enfance ont été mesurés à l'aide du Cumulative Childhood Trauma Questionnaire (CCTQ) (Godbout et al., 2017). Cette échelle comprend 17 items auto-rapportés évaluant sept formes de traumas vécus dans l'enfance, incluant la maltraitance physique et psychologique, la négligence physique et psychologique, le fait d'avoir été témoin de violence domestique physique et psychologique, ainsi que l'intimidation. Les participant·e·s ont indiqué la fréquence à laquelle ils et elles avaient vécu chaque forme de trauma sur une échelle de Likert en 7 points allant de « jamais » (0) à « tous les jours » (6), pour une année type avant l'âge de 18 ans. Aux fins d'analyse, chaque type de trauma a été dichotomisé comme présent (1) ou absent (0) s'il avait été vécu au moins une fois au cours d'une année type avant l'âge de 18 ans. Ces scores ont ensuite été additionnés pour obtenir un score total variant de 0 à 7, les scores plus élevés indiquant une accumulation plus importante de traumas interpersonnels durant l'enfance. Cet indice cumulatif a démontré une consistance interne satisfaisante ($\alpha = ,74$).

2.3.5 Satisfaction sexuelle

La satisfaction sexuelle a été considérée à l'aide de la Mesure globale de la satisfaction sexuelle (GMSS ; Lawrence & Byers, 1995), qui évalue les niveaux de satisfaction par rapport à sa sexualité en utilisant cinq items sur une échelle nominale bipolaire à sept points, à savoir « Ma sexualité est : bonne-mauvaise, agréable-désagréable, positive-négative, satisfaisante-insatisfaisante, précieuse-inutile ». Les scores sont obtenus en faisant la somme, des scores plus élevés reflétant une plus grande satisfaction sexuelle. La

cohérence interne était bonne dans l'échantillon original ($\alpha = .90$; Lawrence & Byers, 1995), dans la validation en français ($\alpha = .96$; Paquette et al., 2025) et dans la présente étude ($\alpha = .88$).

2.3.6 Fonction sexuelle

La fonction sexuelle a été évaluée à l'aide de l'échelle Arizona Sexual Experience Scale (ASEX ; McGahuey et al., 2000), qui considère le faible désir ou excitation sexuelle, les difficultés de lubrification ou d'érection, l'éjaculation ou l'orgasme précoce, l'éjaculation ou l'orgasme retardé ou absent, ainsi que la douleur pendant les rapports sexuels, sur une échelle de Likert allant de 1 à 6 (1 = extrêmement facilement/fort/satisfaisant, 6 = très difficile/faible/insatisfaisant). Conformément aux critères diagnostiques du DSM-5-TR (American Psychiatry Association, 2022) pour les troubles sexuels, la difficulté sexuelle devait être présente depuis au moins six mois, et les participant·e·s étaient invité·e·s à évaluer leur niveau de détresse associé à cette difficulté (1 = aucune détresse, 6 = détresse extrême). En suivant la méthode de cotation proposée par Lafortune et al. (2023) pour refléter les critères du DSM-5-TR (American Psychiatry Association, 2022), les participant·e·s ayant obtenu des scores élevés sur les échelles (au moins 5 sur 6 aux items de fonction sexuelle et au moins 4 sur 6 aux items de détresse associée) ont été classé·e·s comme présentant une dysfonction sexuelle. La dysfonction sexuelle a ensuite été catégorisée en deux groupes : absence de dysfonction sexuelle (0 dysfonction sexuelle) ou présence d'une ou plusieurs dysfonctions sexuelles (1+ dysfonction sexuelle). Les participant·e·s ont complété la version du questionnaire correspondant à leur anatomie génitale plutôt qu'à leur genre, certains items étant spécifiques aux organes génitaux (lubrification vaginale et érections). Dans cette étude, la cohérence interne était satisfaisante ($\alpha = .71$).

2.3.7 Détresse sexuelle

La détresse sexuelle a été évaluée à l'aide de l'Échelle de détresse sexuelle féminine révisée (FSDS-R ; Derogatis et al., 2008) et de sa version adaptée pour les hommes (Bois et al., 2015). Cette échelle mesure le niveau de détresse sexuelle sur une échelle de Likert à 6 points allant de 0 (Jamais) à 5 (Toujours), avec 13 items (« Je me sens stressé·e par le sexe »). Le score est calculé en utilisant la moyenne, un score plus élevé ou égal à 11 reflétant une plus grande détresse sexuelle. Dans cette étude, la cohérence interne était excellente ($\alpha = .93$).

2.4 Stratégie d'analyse

Les analyses de profils latents se révèlent particulièrement pertinentes en tant qu'outil méthodologique, puisqu'elles permettent une cartographie nuancée des différentes manifestations et dynamiques sous-jacentes aux dimensions de la sexualité traumatique. Elles offrent aussi la possibilité de distinguer, parmi des symptômes similaires (par exemple, les dysfonctions sexuelles et la détresse sexuelle), ceux qui sont sous-tendus par des mécanismes distincts et des dynamiques relationnelles variées. Cette démarche enrichit non seulement la compréhension théorique, mais éclaire également le développement de pratiques cliniques plus adaptées et personnalisées.

Dans cette étude, les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide de SPSS v.28 (IBM Corp., 2013), tandis que l'analyse de profil latent (APL) a été effectuée avec Mplus 8.3 (Muthén & Muthén, 2012). L'analyse de profil latent est un outil précieux pour identifier des sous-groupes ou des profils au sein d'une population basée sur des modèles de réponses à plusieurs variables observées.

Pour identifier les profils basés sur les scores des participant·e·s sur les six dimensions de la sexualité traumatique, une APL a été effectuée sur la base des scores des six dimensions de la sexualité traumatique (PSTEX) : dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment d'obligation de plaire à l'autre, détresse interpersonnelle, et hypervigilance pendant les rapports sexuels.

Différentes solutions ont été testées, allant de modèles à un à six profils, pour identifier le modèle le plus optimal. L'ajustement du modèle a été évalué à l'aide de divers indices d'ajustement, y compris le Akaike information criterion (AIC), le Bayesian information criterion (BIC), le BIC ajusté (Weller et al., 2020) et le Bootstrapped likelihood ratio test (BLRT) (Somers et al., 2021) et la statistique d'entropie. Ces indices offrent des critères statistiques permettant de sélectionner un modèle avec le meilleur équilibre entre l'ajustement et la parcimonie. Les données manquantes ont été traitées à l'aide du Full Information Maximum Likelihood (FIML) dans Mplus.

Le modèle sélectionné doit également s'aligner sur la signification théorique et l'interprétabilité, comme le suggère Geiser (2013). Une fois le modèle optimal déterminé, les différences de profils sur les variables clés, telles que l'agression sexuelle pendant l'enfance, l'agression sexuelle à l'âge adulte, les traumas cumulatifs, la satisfaction sexuelle, la détresse sexuelle et la dysfonction sexuelle, ont été examinées en

utilisant les méthodes modifiées de Bolck-Croon-Hagenaars (BCH ; Bolck, et al., 2004) et de résultat distal catégorique (DCAT ; Asparouhov & Muthén, 2014 ; Lanza et al., 2013) avec Mplus 8.3.

2.5 Considérations éthiques

Le projet dans lequel s'inscrit cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) de l'UQAM (certificat no 2017-1254, Appendice A), conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC-2). La complétion préalable du didacticiel de l'EPTC-2 par les membres de l'équipe de recherche (Appendice C) témoigne d'une compréhension active des principes éthiques fondamentaux, notamment celui du consentement libre et éclairé.

Ce principe est opérationnalisé de plusieurs façons : un formulaire de consentement est remis et complété par les participant·e·s avant leur participation. Ce formulaire précise clairement qu'ils et elles ont le droit de refuser de participer ou de se retirer de l'étude à tout moment, sans conséquence sur les services reçus, assurant ainsi la liberté réelle de participation. Le formulaire présente aussi les objectifs de la recherche, les procédures, les risques, les mesures de confidentialité, ainsi que les ressources disponibles en cas de besoin.

Pour prévenir toute détresse psychologique liée à la participation, les personnes sont encouragées à contacter leur stagiaire ou psychothérapeute et reçoivent une liste de références d'urgence ainsi que les coordonnées complètes de l'équipe de recherche. Enfin, afin de garantir la confidentialité des données, les réponses aux questionnaires sont anonymisées à l'aide d'un code fourni par le ou la professionnelle impliqué·e, et conservées de manière sécurisée sur un serveur de l'UQAM protégé par mot de passe.

Ces mesures illustrent concrètement la volonté de respecter non seulement les exigences réglementaires, mais aussi les valeurs éthiques fondamentales de respect de la dignité, de l'autonomie et du bien-être des participant·e·s.

CHAPITRE 3

ARTICLE SCIENTIFIQUE

Profiles of Traumatic Sexuality in Sex Therapy Patients: A Comparison of Interpersonal Trauma History and Sexual Well-Being

Authors : Nadia Willard Martel BA 1, Ateret Gewirtz-Meydan PhD 2, Shalie-Emma Vaillancourt BA 3, Martine Hébert PhD 1, and Natacha Godbout PhD 1.

1. Department of Sexology, Faculty of Social Sciences, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.

2. School of Social Work, Faculty of Social Welfare, Health Sciences, University of Haifa, Israel.

3. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.

Article published October 30th, 2025, by the Journal of Sex and Marital Therapy.

DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2025.2575384>

3.1 RÉSUMÉ

Cette étude a exploré les profils de sexualité traumatisante (incluant six dimensions liées à la sexualité : dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance) et a comparé les différences en matière de bien-être sexuel et de traumas interpersonnels entre ces profils. Une analyse de profils latents a été réalisée sur un échantillon clinique de 484 patients en thérapie sexuelle consultant pour des difficultés sexuelles et relationnelles.

Les résultats ont mis en évidence trois profils distincts : sexualité traumatisante faible (caractérisée par des scores faibles à modérés, 87,8 % de l'échantillon), sexualité traumatisante élevée (présentant des scores élevés sur l'ensemble des dimensions, 2,5 %) et sexualité traumatisante dissociative-complaisante (montrant un profil de scores mixtes, 9,7 %).

Les analyses comparatives ont révélé que ces profils se distinguaient également par des variables clés telles que le bien-être sexuel et le trauma interpersonnel. Ces résultats mettent en lumière la complexité des liens entre le trauma interpersonnel et l'expérience sexuelle, soulignant l'importance d'approches thérapeutiques individualisées visant à prendre en compte l'histoire traumatisante spécifique de chaque individu et à favoriser la restauration d'un fonctionnement sexuel sain et d'un bien-être global.

Mots-clés : Sexualité traumatisante, thérapie sexuelle, analyse de profil latent, trauma interpersonnel, bien-être sexuel

3.2 ABSTRACT

This study explored profiles of traumatic sexuality (including six sex-related dimensions—dissociation, intrusiveness, shame and guilt, pleasing the other, interpersonal distress, and hypervigilance) and compared differences in sexual well-being and interpersonal trauma among the profiles. A latent profile analysis was performed on a clinical sample of 484 sex therapy patients consulting for sex and relationship related issues.

Results identified three distinct profiles: Low Traumatic Sexuality (characterized by low to moderate scores, 87.8% of the sample), High Traumatic Sexuality (marked by elevated scores across all dimensions, 2.5%), and Dissociative-Pleasing Traumatic Sexuality (exhibiting a mixed score pattern, 9.7%).

Comparative analyses indicated that these profiles were further distinguished by key variables, such as sexual well-being and interpersonal trauma. These findings underscore the complex ways in which interpersonal trauma shapes sexual experiences, highlighting the importance of individualized therapeutic approaches tailored to address specific trauma histories and support the restoration of healthy sexual functioning and overall well-being.

Keywords: Traumatic sexuality, sex therapy, latent profile analysis, interpersonal trauma, sexual well-being.

3.3 INTRODUCTION

The notion of "traumatic sexuality" introduced by Gewirtz-Meydan and Lassri (2023) was developed to capture the repercussions of endured interpersonal trauma such as childhood sexual abuse (CSA), on adult sexual experiences. Also referred to in the literature as "post-traumatic sexuality" or "traumatized sexuality," this concept specifically refers to sexual-related post-traumatic stress symptoms (PTSS) that emerge in sexual contexts (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023). Grounded in the DSM-5 framework, which classifies post-traumatic stress into four clusters: intrusions (e.g., flashbacks), avoidance (e.g., steering clear of trauma-related thoughts and emotions), alterations in cognition and mood (e.g., excessively negative self-perceptions), and hyperarousal symptoms (e.g., irritability, aggression)—traumatic sexuality further explores how trauma becomes ingrained in sexual behaviours and experiences (Gewirtz-Meydan et al., 2023; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023).

Gewirtz-Meydan and Lassri's (2023) concept of post-traumatic sexuality draws from clinical studies and established frameworks of post-traumatic symptoms to suggest an integrative presentation of how trauma-related symptoms manifest during sexual activities. Traumatic sexuality is also deeply informed by embodiment theories, which propose that traumatic experiences are not only psychologically encoded but also somatically stored within the body (van der Kolk, 2014). These embodied memories could manifest through a range of physical and emotional experiences, including unexplained bodily sensations, emotional dysregulation, involuntary physical responses, and sexual difficulties (Giotakos, 2020; Invitto & Moselli, 2022; Laricchiuta et al., 2023; van der Kolk, 2014). Such manifestations are implicit, bypassing conscious awareness, and may resurface during moments of physical intimacy. This perspective underscores the importance of considering the body as a site of both trauma and healing in clinical work with survivors.

Traumatic sexuality comprises six dimensions: dissociation during sex, intrusiveness during sexual activity, shame and guilt regarding sexual aspects, pleasing the other during sex, interpersonal distress, and hypervigilance in sexual contexts (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023). These dimensions can serve as adaptive mechanisms, offering short-term protection by helping survivors manage trauma-related distress during sexual activities. However, over time, they often interfere with sexual and relational well-being, as they disrupt self-awareness, embodiment, and a healthy connection to one's sexuality, thereby impeding post-traumatic recovery (Leonard & Follette, 2002).

3.3.1 Traumatic Sexuality in Survivors of CSA

Traumatic sexuality manifests in complex and multifaceted ways, reflecting the interplay between post-traumatic symptoms and the sexual domain. The six key dimensions, while distinct, often interact and amplify one another (Gewirtz-Meydan & Lassri 2023). Examining these dimensions allows for a deeper understanding of the diverse experiences of survivors and enables the tailoring of therapeutic interventions to meet individual needs.

Dissociation is a prominent experience among CSA survivors. Approximately 30% of women survivors of CSA report severe dissociative symptoms (Bird et al., 2014; Mulder et al., 1998; Sanders & Giolas, 1991). Dissociation can present as depersonalization, where the individual feels detached from their body, or derealization, in which surroundings feel unreal or distant (Bird et al., 2014; Maercker et al., 2000). These symptoms, often triggered by sexual cues that echo past trauma, can impair sexual arousal and contribute to significant sexual dysfunctions (Bird et al. 2014; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Hansen et al., 2012). In this case, survivors of sexual trauma may disconnect from their bodies to avoid reliving the abuse and to manage overwhelming emotions or physical sensations, leading to sensory and emotional numbness during sexual activity (Bird et al., 2014; Gewirtz-Meydan, 2022a; Rellini, 2008).

Intrusive thoughts and flashbacks represent another manifestation of post-traumatic symptoms that can be triggered during sexual activity, leading to distressing re-experiences of the trauma (Kristensen & Lau, 2011). These intrusive experiences may cause some survivors to avoid sexuality altogether to prevent exposure to triggers (Kristensen & Lau, 2011). Others may continue engaging in sexual activity but experience intense hypervigilance—an exhausting state of heightened alertness that is difficult to escape. To cope with these overwhelming feelings, survivors may attempt to control sexual interactions by restricting touch and avoiding forms of contact that could provoke a flashback (Kristensen & Lau, 2011). The frequency and intensity of these flashbacks are considered clinical indicators of sexual difficulties and their severity, particularly when they occur during sexual activity (Buehler, 2008; Kristensen & Lau, 2011; Maltz, 2002).

Shame and guilt related to sex are also powerful dimensions that can also influence the sexual experiences of survivors. These emotions are often rooted in internalized stigma and disordered beliefs about sexuality and self-worth, potentially contributing to a deterioration in sexual function, particularly in individuals who feel shame about their experiences or sexual behaviours (Pulverman et al., 2018; Pulverman & Meston,

2019). Research shows that sexual shame plays a key role in the relationship between childhood sexual abuse (CSA) and sexual dysfunction in women (Pulverman & Meston, 2019). In men, shame and guilt can also be amplified by rigid masculine stereotypes, which may lead to confusion and self-blame, especially when physiological responses occurred during abuse (McMullen, 1990; Rentoul & Appleboom, 1997).

The drive to sexually please others, regardless of one's own desire and needs, is generally rooted in unmet psychological needs for validation, security, or attachment among survivors of CSA, which constitutes a form of betrayal trauma (Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2020). This dynamic can lead survivors to engage in unwanted or unpleasurable sexual activities, thereby reinforcing patterns of self-neglect and revictimization (Brotto et al., 2016; Gewirtz-Meydan & Lahav, 2021). Such people-pleasing behaviors are frequently accompanied by difficulties in sexual assertiveness, as survivors may struggle to articulate boundaries or prioritize their own needs (Hasson & Ginzburg, 2025). This pattern may bear resemblance to the "fawn" trauma response described by Walker (2013), in which submissiveness and compliance are employed to gain approval or avoid conflict. As such, in sexual contexts, compliance may potentially serve an adaptive safety function (e.g., "if I play along, the experience will end more quickly"). In sexual contexts, this manifests as other-directedness, where the partner's needs consistently take precedence over one's own (Briere & Scott, 2015), often replicating earlier toxic relational dynamics and contributing to emotional distress during intimacy (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023).

Interpersonal distress involves significant challenges in establishing emotional connections with one's partner (Bancila & Mittelmark, 2009). Survivors may carry forward negative perceptions of others as unavailable, abusive, insensitive, untrustworthy, dangerous and exploitative. These negative perceptions can be projected by past abuse dynamics onto current partners carried into adult sexual relationships, sometimes even confusing them with their abusers (Hughes, 1994). As a result, survivors may struggle with feeling safe and valued in their relationships, limiting their ability to embrace vulnerability and emotional intimacy with their partners (Finkelhor & Browne, 1985). This interpersonal distress can also be compounded by post-traumatic stress disorder (PTSD)-related hyperarousal, which amplifies perceived threats during sexual contact and be associated with extreme stress regarding every aspect of sexual activity or the actions of the sexual partner (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023).

Finally, **sexual hypervigilance** manifests as an excessive alertness to perceived threats, discomfort, or unpredictability during sexual activity (Lorenz et al., 2012; Payne et al., 2005). Sexual hypervigilance limits

a person's ability to focus on pleasurable sensations during sexual activity, while exacerbating unpleasant sensations, such as sexual pain (Payne et al., 2005). Survivors may feel the need to anticipate their partner's every movement and actions during sexual activity – thereby losing connection to pleasurable sensations (Lorenz et al., 2012; Payne et al., 2005). Hypervigilance is also linked to intrusive trauma-related thoughts, prompting survivors to anticipate certain triggers that may evoke traumatic memories and flashbacks. These experiences can lead to a range of responses, from avoidance and dissociation to anger and hostility towards the partner (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). In some cases, survivors turn to compulsive or avoidant sexual behaviors, such as excessive use of pornography or masturbation, as a strategy to maintain control and avoid triggers associated with intimate sexual contact and maintain a false sense of control (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023).

Briere's (2015) Pain Paradox provides a compelling conceptual framework for examining the sexuality of individuals who have survived interpersonal trauma, as well as for understanding the experiential avoidance or compulsive behaviors that may emerge in its aftermath. This paradox helps explain why individuals who dissociate, distract themselves, deny or repress their experiences, or engage in maladaptive behaviors (such as sexual compulsion), are at heightened risk for developing intrusive thoughts and chronic psychological symptoms. Traumatic experiences that are suppressed or dissociated remain inaccessible to conscious processing and thus cannot be meaningfully integrated (Briere, 2015; Briere et al., 2005). Although experiential avoidance and compulsive behaviors are often employed in an effort to mitigate distress, they paradoxically tend to intensify it by increasing the frequency and intensity of intrusive thoughts and aversive emotional states (Briere, 2015). Moreover, as Briere (2015) notes, efforts to avoid trauma-related cues may also hinder individuals' capacity to engage with and derive satisfaction from the positive aspects of life, thereby constraining their experience of pleasurable emotions. Importantly, the relationship between avoidance and compulsive engagement is neither linear nor straightforward. For instance, in an attempt to escape or diminish intrusive thoughts, flashbacks, and feelings of shame or guilt, survivors of childhood sexual abuse may adopt avoidance strategies such as dissociation (Briere, 2015).

3.3.2 Cumulative Interpersonal Trauma & Sexual Well-Being in Sex Therapy Patients

Although the *Post Traumatic Sexuality Scale* (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023) was developed using a sample of CSA survivors, individuals who have experienced other forms of cumulative interpersonal trauma may also exhibit patterns of traumatic sexuality. Indeed, cumulative interpersonal trauma

experience (i.e., experiencing multiple forms of adverse childhood experiences including physical, psychological, and sexual abuse, physical and psychological neglect, and witnessing violence between parents) has been associated with long-term impacts on sexuality (Bigras et al., 2017a; Dugal et al., 2023; Godbout et al., 2020; Rellini et al., 2012). Similarly, experiencing sexual violence in adulthood (Layh et al., 2020), may also contribute to the development of traumatic sexuality in adulthood. Given these findings, it is plausible that individuals with cumulative interpersonal trauma may also experience difficulties across the six dimensions of traumatic sexuality. This broader application reflects the clinical reality that sexual difficulties often stem from a complex history of interpersonal harm, not limited to CSA.

Patients in sex therapy represent a particularly relevant population for exploring profiles of traumatic sexuality, given self-reported experiences of cumulative interpersonal trauma and high rates of sexual problems (Bigras et al., 2017a,b; Dugal et al., 2023). Sexual well-being encompasses emotional, physical, mental, and social dimensions of sexual health (World Health Organization, 2010) and is reflected in higher levels of sexual satisfaction (Bigras et al., 2021) and lower levels of sexual distress (Stephenson et al., 2012). Research indicates that adults seeking sex therapy report nearly twice the rate of cumulative interpersonal trauma compared to community samples (Bigras et al., 2017a; Edwards et al., 2003), with 56% of women and 37% of men in this clinical group disclosing CSA. Additionally, studying sex therapy patients is particularly relevant given the high prevalence of sexual distress and dysfunction within this population (Lafortune et al., 2023).

Given the well-established connection between interpersonal trauma such as CSA (Bigras et al., 2021; Wang et al., 2023), childhood physical abuse, childhood emotional abuse, childhood neglect (Wang et al., 2019) and cumulative interpersonal trauma on sexual functioning (Bigras et al., 2017a,b), it is equally important to consider how interpersonal trauma is associated with different profiles of traumatic sexuality in patients consulting in sex therapy. Consistent evidence links childhood interpersonal traumas—such as sexual abuse, physical abuse, and neglect—to adult sexual functioning, sexual dysfunction and sexual satisfaction (Norman et al., 2012; Pulverman et al., 2018; Rellini et al., 2010; Voisin et al., 2014). Beyond these effects, cumulative interpersonal trauma has been associated with a range of adult sexual issues, including sexual anxiety, avoidance, compulsive behaviours, lower sexual satisfaction, and risky sexual behaviours (Bigras et al., 2017a; Norman et al., 2012; Rellini et al., 2012; Walsh et al., 2014; Wang et al., 2019).

To better understand, identify and support those affected by traumatic sexuality, it therefore appears essential to examine the different constellations of symptoms in light of individuals' traumatic histories (sexual trauma and cumulative interpersonal trauma) and their overall levels of sexual well-being.

3.3.3 Person-Centered Analyses

A person-centered approach is essential for capturing the complexity and diversity of sexual responses among trauma survivors—particularly those receiving sex therapy. Rather than assuming a uniform set of symptoms, this method allows for the identification of distinct profiles that reflect varying patterns of distress, coping, and adaptation (Lanza & Cooper, 2016). Such an approach is especially relevant for understanding traumatic sexuality, as survivors may present with similar symptoms (e.g., sexual dysfunction or distress), but differ in their underlying relational dynamics.

Although studies on traumatic sexuality profiles are limited, studies examining sexual behaviours, PTSD and trauma history reveal diverse patterns among survivors. For example, a study on attachment representations (anxiety and avoidance) and sexuality (i.e., compulsion and avoidance) of CSA survivors (Labadie et al., 2018) identified two profiles. The first profile was defined by a high level of attachment anxiety with low to moderate attachment avoidance, along with low to moderate levels of sexual compulsion and sexual avoidance. In contrast, the second profile exhibited both high scores of attachment anxiety and attachment avoidance, accompanied by elevated levels of sexual compulsion and sexual avoidance (Labadie et al., 2018). Participants in the second profile also reported more experiences of psychological abuse and witnessed parental violence, and they experienced higher levels of personal distress (Labadie et al., 2018). Gewirtz-Meydan (2022) identified four profiles of sexual behaviour in 806 adults from the community: hyposexual individuals, hypersexual porn users, porn users, and within usual range. These four groups differed in terms of childhood abuse, PTSD, anxiety, depression, and sexual motives. Precisely, the “hypersexual porn users” reported the highest levels of childhood trauma (emotional, physical, and sexual) and significantly more PTSD symptoms than the “within usual range” and “hyposexual” groups. They also had higher anxiety and depression scores than all other profiles. The “hyposexual” group reported the lowest levels of sexual motivation, while “hypersexual porn users” and “porn users” were more likely to engage in sex as a coping mechanism or due to peer pressure, compared to the other groups. A recent study by Lipinski and Beck (2025) used latent profile analysis and found four distinct patterns of co-occurring sexual dysfunctions and post-traumatic stress disorder symptoms among women survivors of adolescent and early adulthood sexual assault. Findings highlighted the heterogeneity

in symptom presentation, with more severe post-traumatic stress disorder symptoms and sexual dysfunctions associated with greater assault severity and unsupportive social response (Lipinski & Beck, 2025).

These findings emphasize the multifaceted impact of trauma on sexual behavior and the lived experiences of survivors' sexuality. They also suggest the existence of distinct profiles of traumatic sexuality, each characterized by varying levels of sexual and relational well-being. Yet, there remains a significant gap in research on sex therapy patients. Studies are needed to better understand the diverse manifestations of traumatic sexuality in this population and examine how sexual and relational well-being may predict or differentiate these profiles. Addressing this gap could offer valuable insights to guide more effective interventions for sex therapy patients.

3.3.4 The current study

To address the aforementioned limitations of past studies and better capture the diverse expressions of traumatic sexuality, the present study examined a clinical sample of individuals seeking sex therapy, using their responses on the self-reported *Post-Traumatic Sexuality Scale* (PT-SEX; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023). The first aim was to identify distinct profiles of traumatic sexuality using latent profile analysis (LPA). Given the exploratory nature of LPA, no specific hypotheses were made regarding the number of profiles. However, we expected profiles to differ based on varying levels—higher or lower—across the six dimensions of traumatic sexuality: dissociation during sex, intrusive thoughts during sexual activity, shame and guilt regarding sexual aspects, pleasing the other during sex, interpersonal distress, and hypervigilance in sexual contexts. The second aim was to compare the profiles identified on patients' interpersonal trauma history (i.e., sexual trauma and cumulative interpersonal trauma), as well as their sexual well-being (i.e., sexual satisfaction, sexual distress, and sexual function). We anticipated that participants in the profiles characterized by higher levels of traumatic sexuality would be more likely to have experienced interpersonal trauma and would report more sexual dysfunction, higher sexual distress, and lower sexual satisfaction.

3.4 MATERIALS AND METHODS

3.4.1 Participants and Procedure

The sample consisted of 484 patients seeking sex therapy from clinical sexology interns in different settings (i.e., university, private clinics, hospitals, family medicine clinics, community clinics, specialized clinics)

consulting for sex and relationship related issues between Fall 2022 and Winter 2024. Patients were systematically invited by their clinical sexology intern to complete self-reported online questionnaires (approximately 1.5 hours) as part of the assessment phase in their initial sex therapy sessions. Inclusion criteria were being fluent in French or English, being at least 18 years old, and having answered the PT-SEX questionnaire.

Participants were on average 35.5 years old ($SD = 10.48$). Participants self-identified as heterosexual (71.1%), bisexual (12.4%), lesbian/gay (4.3%), queer (4.5%), exploring/questioning (5.6%), on the asexual spectrum (1.7%), and 0.4% preferred not to answer. They reported being women (55.8%), men (37.6%), non-binary (2.3%), gender fluid (.8%), gender nonconforming (.2%), exploring/questioning (.8%), and .6% preferred not to answer. Regarding gender identity, the majority reported being cisgender (94.6%), 4.8% were trans, and .6% preferred not to answer. Complete sociodemographic information is presented in Table 3.1. Chi-square tests revealed significant but modest associations between profile membership and sociodemographic variables, including gender, sexual orientation, occupation, and income. While standardized residuals pointed to specific group differences—such as a higher proportion of non-binary participants, students, or low-income individuals in Profile 3—small effect sizes and low expected counts in some cells suggest these findings should be interpreted with caution (see supplemental material).

Table 3.1 Sociodemographic Characteristics (n = 484)

Characteristics	n	Participants (%)
Gender		
Women	270	55.8
Men	182	37.6
Other (e.g., non-binary, fluid)	32	6.6
Sexual orientation		
Heterosexual	344	71.1
Lesbian	10	2.1
Gay	11	2.3
Bisexual/Pansexual	35	7.3
Flexible	25	5.2
Queer	22	4.5
Asexual	8	1.7
Questioning	27	5.6
Birthplace		
Canada	424	87.6
United States	1	.2

Europe	40	8.2
Central or South America	7	1.4
Asia	5	1.0
Caribbean	1	.2
Africa	6	1.2
First language		
French	435	89.9
English	18	3.7
Spanish	12	2.5
Other (e.g., Creole, German, Arab)	19	3.9
Occupation		
Student	93	19.2
Full- or part-time worker	346	71.5
Retired	14	2.9
Currently unemployed	12	2.5
Other (e.g., stay at home, invalid)	19	3.9
Education		
Primary school	5	1.0
High school	49	10.1
College/professional	159	32.9
Undergraduate	188	38.8
Graduate	89	17.1
Individual annual income		
CAD\$19,999 or less	94	19.4
CAD\$20,000 - CAD\$39,999	73	15.1
CAD\$40,000 - CAD\$59,999	90	18.6
CAD\$60,000 - CAD\$79,999	79	16.3
CAD\$80,000 or more	144	39.7

The current study was approved by the institutional review board for research involving human subjects of the Université du Québec à Montréal. A consent form was completed by participants before their participation. This form notifies them of their right to decline participation or withdraw from the study at any time without impacting the services they receive. To mitigate distress that may arise from participation in the study, individuals were encouraged to contact their therapist, and a list of emergency references and contact information for the research team was provided.

3.4.2 Measures

Traumatic Sexuality was assessed using the Post-Traumatic Sexuality Scale (PT-SEX; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2022), translated into French by our team using a back-translation process as our sample was French-speaking in majority (Vallerand, 1989). Precisely, a bilingual individual translated the items from English to French, another bilingual individual retranslated the items from French to English, and the retranslated items were reviewed and approved by the original author to ensure the accuracy of the translation in capturing the meaning of the items. A confirmatory factor analysis (CFA) was performed on the French translation of the instrument. The CFA confirmed the original factorial structure with each item loaded on its designated factor with standardized loadings between .352 and .948 and satisfactory fit ($\chi^2 = 632.581$ (df = 259), $p = .000$, RMSEA = .055, 90% CI [.049; .060], CFI = .915, TLI = .902, SRMR = .087). The questionnaire consists of 25 items divided into six dimensions of traumatic sexuality, answered on a 5-point Likert scale ranging from 1 (Not at all) to 5 (Very often), namely: dissociation (7 items: $\alpha = .93$; "During sex, my mind wanders and I can't focus on the sexual activity"), intrusive thoughts (5 items: $\alpha = .92$; "I have images (flashbacks) from the traumatic experience"), shame and guilt (5 items: $\alpha = .79$; "I feel guilty when I am sexually aroused"), the drive to please the other sexually (4 items: $\alpha = .79$; "I feel obligated to have sex with my partner"), interpersonal distress (2 items: $\alpha = .34$; "I feel like I am scared of my partner during sex"), hypervigilance during sexual activity (2 items: $\alpha = .52$; "During sex, I need my partner to always tell me what is going to happen next"). Total scores were obtained by averaging the items for each scale, ranging from higher scores indicating higher levels of traumatic sexuality.

Traumatic experiences

Childhood sexual abuse (CSA) was assessed based on the Canadian Criminal Code definition (Criminal Code of Canada, 1985): "Before the age of 18 (17 and under), did you experience an unwanted sexual act with any of the following individuals?" (yes/no).

Adult sexual victimization was assessed based on the Canadian Criminal Code definition (Criminal Code of Canada, 1985) : "Have you experienced any sexual act without your consent after the age of 18?" (yes/no).

Cumulative childhood interpersonal trauma was measured using the Cumulative Childhood Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017). This scale consists of 17 self-reported items, assessing

experiences of seven forms of childhood trauma, including physical and psychological abuse, physical and psychological neglect, exposure to physical and psychological partner violence, and bullying. Participants reported how often they experienced each form of trauma on a 7-point Likert scale ranging from “never” (0) to “every day” (6), for a typical year before the age of 18. For analysis, each type of trauma was dichotomized as either present (1) or absent (0) if experienced at least once in a typical year before age 18, and summed to form a total score ranging from 0 to 7, with higher scores indicating a greater accumulation of childhood interpersonal trauma. This cumulative index score demonstrated acceptable internal consistency ($\alpha = .74$).

Sexual Well-Being Measures

Sexual satisfaction was assessed using the *Global Measure of Sexual Satisfaction* (GMSS; Lawrence & Byers, 1995), which assesses satisfaction levels regarding one's sexuality using five items on a seven-point bipolar nominal scale, namely: “My sexuality is: good-bad, pleasant-unpleasant, positive-negative, satisfying-unsatisfying, valuable-worthless”. Scores were obtained by summing, with higher scores reflecting higher sexual satisfaction. Internal consistency was excellent in the original sample ($\alpha = .90$; Lawrence & Byers, 1995) and in the French validation ($\alpha = .96$; Paquette et al., 2025). In this study, the internal consistency was good ($\alpha = .88$).

Sexual function was measured using the *Arizona Sexual Experience Scale* (ASEX; McGahuey et al., 2000), assessing low sexual desire or arousal, difficulties with lubrication or erection, premature ejaculation or orgasm, delayed or absence of ejaculation or orgasm, and pain during sex, on a Likert scale ranging from 1 to 6 (1 = extremely easily/strong/satisfying, 6 = very difficult/weak/unsatisfying). To reflect the DSM-5-TR (APA, 2013) diagnostic of sexual dysfunction, the sexual difficulty had to be present for at least 6 months, and participants were invited to assess their level of distress associated with the difficulty (1 = no distress, 6 = extreme distress). Following the scoring proposed by Lafontaine et al. (2023) to reflect the DMS-5-TR diagnostic criteria (American Psychiatry Association, 2022), participants who obtained high scores on the scales (at least 5 out of 6 on the function items and at least 4 out of 6 on the related distress items) were classified as presenting a sexual dysfunction. Sexual dysfunction was then categorized into two groups: no sexual dysfunction (0 sexual dysfunction) or the presence of one or more sexual dysfunctions (1+ sexual dysfunction). Participants completed the version of the questionnaire that

corresponded to their genitalia rather than their gender identity as some of the items were genitalia-specific (vaginal lubrication and erections). In this study, the internal consistency was satisfactory ($\alpha = .71$).

Sexual distress was assessed using the *Female Sexual Distress Scale-Revised* (FSDS-R; Derogatis, et al., 2008) and its adapted version for men (Bois, et al., 2016). This scale measures the level of sexual distress on a 6-point Likert scale ranging from 0 (Never) to 5 (Always), with 13 items (e.g., "I feel stressed about sex"). The score was calculated using the average, where a score ≥ 11 indicates sexual distress. In this study, the internal consistency was excellent ($\alpha = .93$).

3.4.3 Data analysis

Descriptive analyses were performed using SPSS v.28 (IBM Corp., 2023), while LPA was conducted with Mplus 8.3 (Muthén & Muthén, 2012). LPA is a valuable tool for identifying subgroups or profiles within a population based on patterns of responses to multiple observed variables. To identify profiles based on participants' scores on the six dimensions of traumatic sexuality, LPA was performed using scale scores from the traumatic sexuality (PT-SEX scale): dissociation, intrusive thoughts, shame and guilt, the drive to please the other sexually, interpersonal distress, and hypervigilance during sex. Different models were tested, ranging from one to six latent classes. Missing data were handled using Full Information Maximum Likelihood (FIML) estimation in Mplus. Model fit was evaluated using several fit indices, including the Akaike information criterion (AIC), Bayesian information criterion (BIC), adjusted BIC, Bootstrapped likelihood ratio test (BLRT), and entropy. These indices statistically support in selecting a model with the best balance of fit and parsimony. The selected model was also evaluated based on its theoretical relevance and interpretability, in line with recommendations from Geiser (2013).

Once the optimal model was identified, profile differences on indicators of interpersonal trauma (CSA, adult sexual violence, and cumulative childhood trauma) and outcomes (sexual satisfaction, dysfunction and distress) were examined using the modified Bolck-Croon-Hagenaars (BCH) method (Bolck et al., 2004) for continuous outcomes and the categorical distal outcome (DCAT) procedure (Asparouhov & Muthén, 2014; Lanza et al., 2013) for categorical indicators in Mplus 8.3. The BCH method examines how continuous covariates differed across latent profiles, while accounting for classification uncertainty (Bolck et al., 2004). This approach allows for comparisons of covariate means across profiles, helping to identify how external variables distinguish and characterize each profile (Asparouhov & Muthén, 2014b). For categorical covariates, we used the DCAT method, which tests for differences in the distribution of

categorical variables across profiles (Asparouhov & Muthén, 2014b; Lanza et al., 2013). Together, these procedures provide insight into how both continuous and categorical covariates help differentiate latent profiles in a statistically robust manner.

3.5 RESULTS

3.5.1 Identification and description of latent profiles

Across the sample ($n = 484$), 162 participants (33.5%) reported CSA, and 155 (32%) reported sexual victimization in adulthood. Participants reported an average of 3.5 cumulative interpersonal traumas. In terms of sexual dysfunctions, 268 participants (55.4%) presented no sexual dysfunction, and 196 (40.5%) presented one or more sexual dysfunctions. Participants had an average score of 22.5 on the sexual satisfaction scale, which is above clinical average, and 254 participants (52.5%) presented clinical levels of sexual distress.

The LPA model fit indices for the models ranging from 1 to 6 profiles are presented in Table 3.2. All indices showed the model with three-profile solution as the most optimal model. Although one profile included fewer than 5% of participants, it was theoretically meaningful, representing individuals with elevated levels of traumatic sexuality, aligning with the research focus. The four-profile solution included one class that was uninterpretable and two classes below 5%, weakening its utility.

Table 3.2 Fit indices of the LPA

	Fit indices			<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	n of participants in each profile						
	Akaike (AIC)	Bayesian (BIC)	Adjusted BIC				Entropy	BLRT	VLMR	LMR	n 1	n 2	n 3
1 profile	5437.300	5550.217	5464.520	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	484		
2 profiles	5043.435	5185.625	5077.712	0.992	0.0000	0.0076	0.0084	457	27				
3 profiles	4813.654	4985.120	4854.989	0.989	0.0000	0.2000	0.2074	425	12	47			
4 profiles	4557.624	4758.364	4606.015	0.994	0.0000	0.3647	0.3720	35	21	420	8		
5 profiles	4423.378	4653.392	4478.826	0.993	0.0000	0.3648	0.3577	401	7	34	8	34	
6 profiles	4071.092	4330.381	4133.597	0.998	0.0000	0.2364	0.2425	3	20	51	387	19	4

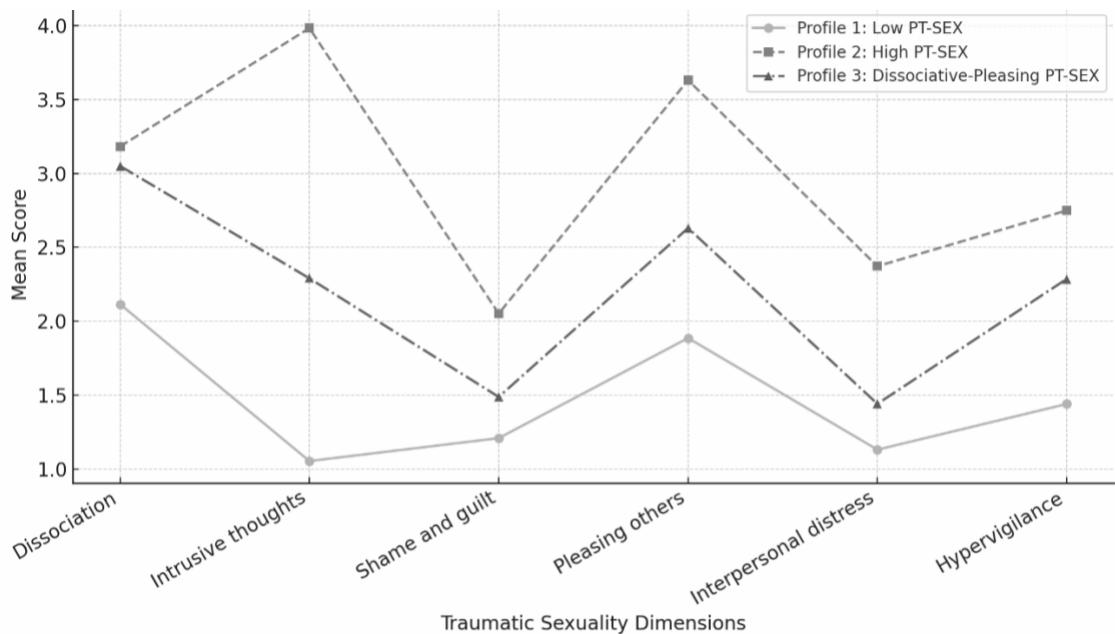
Table 3.3 reports the means and standard errors of the traumatic sexuality measures across profiles, with corresponding graphical representations provided in Figure 3.1. Profile 1 (87.8% of participants) demonstrated low levels of intrusive thoughts, interpersonal distress, and hypervigilance, while

maintaining moderate scores in shame and guilt, pleasing others, and dissociation. This profile was identified as the Low PT-SEX profile. Profile 2 (2.5% of participants) exhibited elevated scores across all six dimensions of traumatic sexuality and was identified as the High PT-SEX profile. Finally, Profile 3 (9.7% of participants) showed elevated scores in dissociation, intrusive thoughts, and pleasing others, moderate scores in shame and guilt, and hypervigilance, and low scores in interpersonal distress. Consequently, this profile was identified as the Dissociative-Pleasing PT-SEX profile.

Table 3.3 Means and Standard Errors of the Dimensions of the Traumatic Sexuality Measure

Traumatic sexuality dimensions	Full sample (<i>n</i> = 484)	Profile 1 Low PT-SEX (<i>n</i> = 425)	Profile 2 High PT-SEX (<i>n</i> = 12)	Profile 3 Dissociative-Pleasing PT-SEX (<i>n</i> = 47)
Dissociation	2.230 (.11)	2.115 (.05)	3.182 (.36)	3.050 (.17)
Intrusive thoughts	1.244 (.60)	1.054 (.01)	3.983 (.18)	2.290 (.09)
Shame and guilt	1.256 (.52)	1.209 (.02)	2.052 (.34)	1.488 (.12)
Pleasing others	2.002 (.97)	1.886 (.04)	3.631 (.39)	2.630 (.18)
Interpersonal distress	1.193 (.47)	1.131 (.02)	2.372 (.34)	1.441 (.11)
Hypervigilance	1.555 (.76)	1.440 (.03)	2.749 (.35)	2.286 (.14)

Figure 3.1 : Traumatic Sexuality Profiles Across Dimensions



3.5.2 Comparisons of profiles on sexual well-being and traumatic experiences

Table 3.4 presents the results of BCH and DCAT analyses comparing the three profiles ($n = 484$). The three profiles differed significantly based on the overall chi-square tests. For continuous outcomes (e.g., cumulative interpersonal trauma and sexual satisfaction), comparisons were based on mean scores. For categorical outcomes (e.g., CSA, adult sexual victimization, sexual dysfunction, and sexual distress), comparisons were based on probabilities. The following patterns emerged: Participants in Profile 1 (Low PT-SEX) exhibited the highest average sexual satisfaction, the lowest average cumulative interpersonal trauma (average score: 3), and moderate likelihood of experiencing sexual distress. Profile 2 (High PT-SEX) was characterized by the lowest average score of sexual satisfaction and a higher likelihood of experiencing adult sexual victimization. Participants in Profile 3 (Dissociative-Pleasing PT-SEX) reported the highest average cumulative interpersonal trauma (average score: 5) and the highest probability of reporting a history of CSA.

Table 3.4 Relations of the Three Latent Profiles to the Indicators in the Full Sample (n = 484)

Variable	Profile 1 Low PT-SEX (n = 425)	Profile 2 High PT-SEX (n = 12)	Profile 3 Dissociative- Pleasing PT- SEX (n = 47)	BCH χ^2	1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
Indicators of interpersonal trauma							
Childhood sexual abuse (0 = no, 1 = yes)	30.0% (0.022)	41.2% (0.147)	63.4% (0.074)	0.000	0.571	18.544**	1.755
Sexual abuse in adulthood (0 = no, 1 = yes)	29.2% (0.022)	58.8% (0.144)	51.0% (0.077)	0.004	4.127**	7.359**	0.228
Cumulative trauma (0-8)	3.396 (0.101)	3.914 (0.620)	4.684 (0.280)	0.000	0.680	18.528**	1.280
Outcomes							
Sexual dysfunction (0 = no, 1 = yes)	39.4% (0.024)	71.4% (0.097)	33.6% (0.137)	0.006	10.143**	0.170**	4.732**
Sexual distress (0 = no, 1 = yes)	43.7% (0.024)	66.6% (0.137)	77.8% (0.064)	0.000	2.727	24.495**	0.548
Sexual satisfaction (5-35)	22.802 (0.320)	18.912 (2.643)	20.186 (0.910)	0.010	2.135	7.292**	0.207

Note. Analyses were performed with BCH and DCAT procedures in Mplus 8. * $p < .05$, ** $p < .01$. Relations of the three latent profiles to continuous outcomes variables (i.e. sexual satisfaction and cumulative trauma) are presented as M (SE). Relations of the three latent profiles to categorical outcomes variable (i.e., Childhood sexual abuse, Sexual violence in adulthood, Sexual distress, Sexual dysfunction) are presented as probabilities and standard error (SE).

3.6 DISCUSSION

The current study examined profiles of traumatic sexuality in a clinical sample of patients seeking sex therapy, aiming to shed light on the heterogeneous and complex ways in which traumatic sexuality manifests in adults experiencing sexual difficulties. This study contributes to the scientific literature by employing a person-centered approach (LPA) and offering novel insights into how different patterns of traumatic sexuality cluster within a clinical population. Furthermore, it expands existing literature by linking these profiles to sexual well-being—encompassing sexual satisfaction, sexual distress, and sexual function—as well as traumatic experiences, including CSA, adult sexual victimization and cumulative interpersonal trauma.

3.6.1 Profiles of traumatic sexuality and associated characteristics

3.6.1.1 Profile 1: Low PT-SEX

Participants in Profile 1 – Low PT-SEX reported relatively low traumatic sexuality symptoms, particularly in intrusive thoughts, interpersonal distress, and hypervigilance. They reported moderate levels of dissociation during sex, shame and guilt regarding sexual aspects, and a drive to please the other sexually. Notably, they also reported the highest levels of sexual satisfaction among all profiles. However, they were more likely than participants in the Dissociative-Pleasing PT-SEX profile to report at least one sexual dysfunction. The lower cumulative interpersonal trauma scores, coupled with a reduced likelihood of experiences of CSA or adult sexual victimization in this group, align with Gewirtz-Meydan and Lassri's (2023) framework on traumatic sexuality as it reinforces the idea that individuals without a history of sexual abuse are less susceptible to experiencing dimensions associated with traumatic sexuality. This profile may reflect a more general or non-trauma-related form of sexual difficulty, where moderate symptoms of dissociation or shame and guilt are present but do not cluster into a full traumatic sexuality profile. Clinically, this group reminds us that not all sexual difficulties in therapy are trauma-based, even if minor trauma-related elements are present. Additionally, participants in this profile may have benefited from certain protective or psychosocial support factors that may have mitigated the detrimental effects of a history of childhood sexual abuse (CSA), thereby reducing their susceptibility to revictimization in adulthood (Austin et al., 2020), although this postulate would need to be tested empirically.

3.6.1.2 Profile 2: High PT-SEX

Patients in the High PT-SEX profile displayed elevated scores across all six dimensions of PT-SEX, indicating pronounced traumatic sexuality symptoms. Despite this heightened symptomatology, individuals in this profile were less likely to have experienced CSA but were more likely to have experienced adult sexual victimization compared to those in the Dissociative-Pleasing profile. However, the likelihood to have experienced CSA were still high compared to the general population although it was lower than the Dissociative-Pleasing profile. The substantial trauma experience of the individuals in High PT-SEX profile—averaging four cumulative interpersonal traumatic experiences—further underscores the vulnerability of this group of patients. These patients reported higher levels of sexual distress than those in the Low PT-SEX profile, but lower than those in the Dissociative-Pleasing profile. Additionally, their average level of sexual satisfaction fell below the clinical threshold. This suggests that they face considerable challenges in establishing fulfilling sexual experiences, likely due to the lingering impact of interpersonal trauma on their sense of security and comfort—key elements for healthy sexual functioning (Briere & Jordan, 2004; Briere & Scott, 2015; Nolin et al., 2022). More specifically, prior studies have demonstrated that women who have experienced sexual violence in adulthood frequently report lower sexual satisfaction, heightened sexual distress, and a greater prevalence of sexual dysfunctions (Kelley & Gidycz, 2019; Nolin et al., 2022; Van Berlo & Ensink, 2000). This profile is particularly compelling because it challenges the assumption that traumatic sexuality stems primarily from childhood abuse. Instead, it highlights that adult-onset sexual trauma—especially when coupled with cumulative adversity—can lead to intense and generalized patterns of traumatic sexuality. This adds nuance to theoretical models, suggesting the timing of trauma (childhood vs. adulthood) might shape symptom expression differently.

3.6.1.3 Profile 3: Dissociative-Pleasing PT-SEX

The Dissociative-Pleasing PT-SEX profile exhibited a distinct pattern of traumatic sexuality symptoms, characterized by high levels of dissociation, intrusive thoughts, and a strong drive to please the other. Patients in this profile reported moderate levels of shame and guilt, and hypervigilance, their interpersonal distress scores were relatively low. They also had the highest probability of experiencing clinical levels of sexual distress. This particular profile regrouped patients with the highest prevalence of CSA and the highest cumulative interpersonal trauma experience among all profiles (average of 5 traumatic experiences). This profile supports the theory that dissociation and compliance (pleasing the other) are hallmark trauma responses rooted in early relational harm (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). Interestingly, the low interpersonal distress in this group may indicate a

dissociative mechanism that shields against becoming emotionally overwhelmed, which raises important questions for treatment—particularly regarding emotional presence and agency during intimacy. Notably, participants in this profile were less likely to report one or more sexual dysfunctions than other profiles. These findings show that early trauma is related to impaired sexual well-being, as demonstrated in previous studies (Bernstein & Freyd, 2014; Brassard et al., 2015; Freyd, 1996) and further support the notion that childhood trauma significantly influences sexuality. They also underscore the importance of considering the multifaceted nature of traumatic sexuality in the assessment of sexual health.

Previous research has explored traumatic sexuality through various frameworks, including embodiment theory (van der Kolk, 2014), the traumagenic model (Finkelhor & Browne, 1985), and trauma-informed models of sexual functioning (Abu-Raya & Gewirtz-Meydan, 2023; Gewirtz-Meydan et al., 2023; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023). These studies have laid critical groundwork by identifying key dimensions of traumatic sexuality—such as dissociation, guilt, avoidance, and the drive to please—mainly through variable-centered approaches. However, the person-centered approach utilized in this study, particularly through LPA, moves beyond examining isolated dimensions and allows us to explore how these experiences cluster together within individuals. This approach offers novel insights into the diverse and heterogeneous manifestations of traumatic sexuality in a clinical population. Rather than assuming a uniform experience across trauma survivors, LPA identifies meaningful subgroups based on different combinations of symptoms. For example, our findings revealed that individuals with mixed levels of traumatic sexuality (Profile 3)—who do not score consistently high or low across all dimensions—can still experience profound sexual distress and complex trauma histories. These nuanced profiles challenge binary understandings of "healthy" versus "traumatized" sexuality, emphasizing instead the need for individualized therapeutic approaches. Importantly, the emergence of distinct symptom constellations suggests that therapeutic focus may need to shift depending on the profile—toward reclaiming agency and bodily autonomy, addressing dissociative coping, or working through compliance-related dynamics rooted in earlier relational trauma.

3.6.2 Clinical implications

These findings highlight the clinical importance of recognizing the heterogeneity of traumatic sexuality in sex therapy patients. Assessing the six dimensions of traumatic sexuality alongside patients' cumulative interpersonal trauma, and sexual well-being should guide the development of personalized treatment

plans and targeted interventions. These profiles offer valuable insights for clinicians, offering guidance to focus therapeutic efforts where they are most likely to be effective.

An evidence-based assessment of traumatic sexuality should adopt a life-history approach to capture the complex pathways leading to different patterns of traumatic sexuality, cumulative interpersonal trauma, and variations in sexual well-being. This approach can help clinicians identify key developmental and relational factors that contribute to the persistence or worsening of traumatic sexuality symptoms. A systematic evaluation of traumatic sexuality can also assist professionals in distinguishing specific subgroups among sex therapy patients, enabling more precise and tailored interventions.

Despite growing awareness of the prevalence of trauma-related sexual difficulties, there is still no standardized or empirically validated treatment approach specifically designed for traumatic sexuality (Gewirtz-Meydan, 2022c). Clinicians often adopt one of two routes: a trauma-focused intervention that may only indirectly address sexual symptoms, or a traditional sex therapy protocol (e.g., cognitive-behavioral interventions for sexual dysfunctions) that is not trauma-informed and, in some cases, may risk retraumatizing the patient. For example, when addressing sexual pain in women without a known history of abuse, the therapeutic goal is typically symptom reduction or elimination. However, in the context of traumatic sexuality, symptoms such as pain, avoidance, or lack of arousal may serve as protective mechanisms—indicating unmet safety needs, unresolved trauma, or a dissociative response to sexual cues (Gewirtz-Meydan, 2022a). Treating these symptoms solely as dysfunctions risks invalidating their adaptive function, potentially reinforcing shame, resistance, or even clinical rupture. On the other end, a review by O'Driscoll and Flanagan (2016) suggests that while trauma therapy may alleviate core post-traumatic symptoms, it does not consistently improve sexual functioning. This underscores the need for specialized therapeutic approaches that directly target the intersection of trauma and sexuality, rather than assuming improvements in one domain will automatically translate to the other.

As such, standardized sex therapy models—such as Sensate Focus—must be adapted for trauma survivors to ensure safety, agency, and attunement to dissociation, hypervigilance, and emotional overwhelm (Almås & Benestad, 2021; Gewirtz-Meydan, 2025; Maltz, 2024). These trauma-informed adaptations might include: preparatory work focused on emotion regulation, establishing a clear sense of bodily autonomy, identifying and avoiding triggered body areas, tracking dissociative states during sessions,

reinforcing consent and assertiveness skills, and collaboratively developing sexual scripts that feel safe and empowering to the survivor.

Until trauma-specific sexual therapy protocols are developed and empirically tested, clinicians must integrate trauma-informed principles into their practice with flexibility and care—balancing the dual goals of fostering safety and supporting sexual reconnection. Doing so can help ensure that survivors are not retraumatized by well-intentioned interventions and are instead supported in reclaiming a sense of agency, pleasure, and self-compassion in their sexual lives.

3.6.3 Strengths, limitations, and future directions for future studies

Strengths. One of the major strengths of this study is the use of a clinical sample, consisting of individuals who have experienced traumatic events. This offers a unique and ecologically valid perspective on how traumatic sexuality manifests in real-world therapeutic settings. The use of a person-centered analytic strategy (LPA) further strengthens the study by allowing for the identification of clinically meaningful subgroups that might be obscured in variable-centered approaches.

Limitations. Despite these strengths, several limitations should be noted. The small sample size, especially for one profile comprising just under 5% of the total sample, limits the representativeness of the findings. While this result was somewhat anticipated, given that high levels of traumatic sexuality across all dimensions mirror those with elevated PTSD levels—diagnosed in only 3.9% of the world population—it still poses limitations for drawing broader conclusions (Koenen et al., 2017). Additionally, LPA assigns participants to profiles based on probabilities, which—though statistically robust—does not guarantee perfect classification and may obscure individual variability (Weller et al., 2020). Furthermore, while validated self-reported measures are beneficial for their brevity and straightforwardness, they are susceptible to social desirability and memory biases, potentially affecting the accuracy of the data. A further limitation lies in the nature of the trauma data. Although we assessed the presence of childhood sexual abuse, adult sexual victimization experiences, and cumulative interpersonal trauma, further studies could examine the experience of other types of traumas on their characteristics. Moreover, the low alpha scores for interpersonal distress and hypervigilance in the Post-Traumatic Sexuality Scale may reflect the limitations of two-item scales, where even moderate correlations yield low reliability. These results could also be influenced by our clinical sample, differing from the original study's population of women survivors of childhood sexual abuse (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023). Finally, the sample may not be representative

of all populations, particularly those with different sociodemographic backgrounds. It is important to reflect on how this sample, which was largely Canadian-born (87.6%), employed (71%), highly educated (88.9% had at least college or professional education), and had higher annual income (74.6% earning \$40,000 or more), and who were engaged in treatment, might differ from other samples and other geographic regions. These characteristics may influence generalizability of the findings. Further research is needed to examine whether these results hold across more diverse populations and settings.

Future Directions. Future studies should aim to include larger and more diverse samples to enhance the representativeness and generalizability of the findings. Longitudinal research could offer valuable insights into the stability of these profiles over time, their long-term effects on sexual well-being, and how each profile responds to clinical interventions. Additionally, incorporating qualitative methods could help capture the nuances of traumatic sexuality experiences that quantitative measures might miss. Moreover, we did not examine dyadic data regarding participants' current or past partners. In some cases, the partner may also be the source of current abuse or trauma triggers, which could fundamentally shape a participant's sexual distress and behavior. The absence of this relational context limits our ability to interpret the full interpersonal landscape surrounding traumatic sexuality. Incorporating dyadic designs in future research could help untangle the interactions between personal trauma histories and current partner dynamics—an area especially critical for sex therapy interventions.

3.7 CONCLUSION

This study highlights the complexity of traumatic sexuality and underscores the need for a nuanced, person-centered approach to understand traumatic sexuality and address the sexual well-being and traumatic experiences of individuals. By identifying three distinct profiles, we provide a framework for more targeted and effective clinical interventions. These findings underscore the need to move beyond one-size-fits-all models and to consider both trauma histories and current sexual well-being when supporting survivors. Ultimately, this research contributes to the growing effort to develop trauma-informed, sexuality-sensitive therapeutic approaches that honor the complexity of clients' lived experiences.

3.8 ACKNOWLEDGEMENTS

The authors wish to acknowledge the amazing team of research staff for their assistance with the data collection. We are also thankful to the sex therapy patients for their participation in this research.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Les principaux constats de ce mémoire seront discutés à la lumière des résultats d'études antérieures. Les implications pratiques et les pistes d'interventions seront ensuite abordées. Ce chapitre se conclura sur les pistes de recherches futures à la lumière des principaux résultats et des forces et limites de cette étude.

4.1 Rappel des objectifs de l'étude

Ce mémoire avait pour objectif de répondre à deux principaux objectifs de recherche. Dans un premier temps, le présent projet de recherche visait à explorer les profils de sexualité traumatique chez des patient·e·s consultant en thérapie sexuelle, en s'appuyant sur les six dimensions définies par Gewirtz-Meydan et Lassri (2023) : dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des rapports sexuels. Dans un second temps, il visait à explorer si ces profils de sexualité traumatique se distinguent en fonction des traumas interpersonnels cumulatifs et du bien-être sexuel des patient·e·s.

4.2 Principaux constats

Cette étude a examiné les profils de sexualité traumatique au sein d'un échantillon clinique de patient·e·s consultant en thérapie sexuelle, dans le but de mieux comprendre les diverses manifestations hétérogènes et complexes de la sexualité traumatique chez les adultes consultant en thérapie sexuelle. En utilisant une approche centrée sur la personne, à l'aide d'analyses de profils latents (APL), trois profils distincts ont été identifiés, chacun étant associé à des caractéristiques spécifiques de la sexualité traumatique et à des variations dans le bien-être sexuel et les traumas interpersonnels cumulatifs. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude à explorer cette hétérogénéité dans un contexte clinique en appliquant cette méthode d'analyse.

4.2.1 Profils de Sexualité Traumatique

En résumé, les résultats mettent en évidence trois profils principaux : sexualité traumatique faible, sexualité traumatique élevée et sexualité traumatique dissociative-complaisante.

Le profil « sexualité traumatisante faible » réunit des patient·e·s présentant globalement des scores faibles sur trois dimensions de la sexualité traumatisante — notamment sur les pensées intrusives, la détresse interpersonnelle et l'hypervigilance — tout en manifestant des niveaux modérés de dissociation de honte/ culpabilité et de besoin de plaire à l'autre. Ce profil rapporte les plus hauts niveaux de satisfaction sexuelle et une détresse sexuelle réduite comparativement aux autres profils. Il convient toutefois de noter qu'un pourcentage non négligeable de ces participant·e·s signale au moins une dysfonction sexuelle (une probabilité supérieure à celle observée dans le profil dissociatif-complaisant). Ces données suggèrent que, chez une partie des patient·e·s consultant en thérapie sexuelle, les difficultés sexuelles peuvent correspondre davantage à des problématiques non traumatisantes ou à des formes subcliniques où des éléments traumatisants existent sans constituer le noyau explicatif principal. Il est également plausible que des facteurs protecteurs (soutien psychosocial, résilience, interventions préalables) aient atténué l'impact d'antécédents traumatisants pour certain·e·s participant·e·s — une hypothèse à tester empiriquement.

Le deuxième profil « sexualité traumatisante élevée » se caractérise par des scores élevés sur les six dimensions de la sexualité traumatisante, traduisant une symptomatologie généralisée et marquée. Malgré cette symptomatologie accrue, les individus appartenant à ce profil étaient moins susceptibles d'avoir subi une ASE, mais plus susceptibles d'avoir été victimes de violences sexuelles à l'âge adulte, comparativement à ceux du profil dissociatif-complaisant. Cependant, la probabilité d'avoir subi des abus sexuels dans l'enfance demeure élevée par rapport à la population générale, bien qu'elle soit inférieure à celle observée dans le profil dissociatif-complaisant. Ces patient·e·s rapportent un nombre élevé de traumas cumulatifs en enfance (en moyenne quatre) et présentent une satisfaction sexuelle en deçà du seuil clinique. Ces constats soutiennent le postulat selon laquelle la sexualité traumatisante ne découlerait pas uniquement d'agressions sexuelles subies pendant l'enfance. Les traumas sexuels vécus à l'âge adulte, ainsi que les autres expériences cumulatives de traumas interpersonnels, peuvent aussi être liées à des manifestations spécifiques de sexualité traumatisante. Il est possible que ces personnes rencontrent d'importantes difficultés à établir des expériences sexuelles épanouissantes en raison des effets persistants des traumas interpersonnels cumulatifs sur leur sentiment de sécurité et de confort — des éléments essentiels au bon fonctionnement sexuel (Briere & Jordan, 2004; Briere & Scott, 2015; Nolin et al., 2022). Plus précisément, des études antérieures ont montré que les femmes ayant vécu une violence sexuelle à l'âge adulte rapportent fréquemment une satisfaction sexuelle moindre, une détresse sexuelle accrue ainsi qu'une prévalence plus élevée de dysfonctions sexuelles (Kelley & Gidycz, 2019; Nolin et al., 2022; Van Berlo & Ensink, 2000). Ces résultats soulignent l'importance de développer une compréhension plus large et

nuancée des trajectoires traumatiques, en intégrant la diversité des expériences vécues, tant dans l’élaboration des modèles théoriques que dans les pratiques cliniques.

Le profil « sexualité traumatique dissociative-complaisante » se distingue des autres par une combinaison symptomatique sur trois dimensions de la sexualité traumatique, soit des niveaux élevés de dissociation et de pensées intrusives, cumulés à un fort besoin de plaire à l’autre. Ces patient·e·s présentent également des niveaux modérés de honte, de culpabilité et d’hypervigilance, tandis que leur détresse interpersonnelle demeure relativement faible. Ce profil présente la probabilité la plus élevée d’avoir vécu une agression sexuelle pendant l’enfance (ASE) ainsi que le plus grand nombre d’événements traumatiques interpersonnels cumulés (5 en moyenne). Les patient·e·s de ce profil affichent aussi les niveaux de détresse sexuelle les plus élevés. Ce profil soutient l’hypothèse selon laquelle la dissociation et le besoin de plaire à l’autre constituent des réponses typiques au trauma, enracinées dans des blessures relationnelles précoces (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). La faible détresse interpersonnelle observée dans ce profil pourrait refléter un mécanisme dissociatif protecteur, permettant de se prémunir contre la surcharge émotionnelle. Ce phénomène soulève d’importantes questions cliniques, notamment en ce qui concerne la présence émotionnelle et le sentiment d’agentivité lors des interactions intimes. Il est à noter que les participant·e·s de ce profil étaient moins susceptibles de rapporter une ou plusieurs dysfonctions sexuelles que ceux des autres profils. Ces résultats montrent que les traumas en enfance sont associés à une altération du bien-être sexuel, comme l’ont démontré plusieurs études antérieures (Bernstein et al., 2014; Brassard et al., 2015; Freyd, 1996). Ils appuient ainsi l’idée que les traumas vécus durant l’enfance influencent significativement la sexualité à l’âge adulte et soutiennent l’importance de prendre en compte la nature multifactorielle de la sexualité traumatique dans l’évaluation de la santé sexuelle.

En synthèse, ces trois profils illustrent l’hétérogénéité des séquelles sexuelles associées aux traumas interpersonnels. Certains patient·e·s représentent un profil avec une symptomatologie globale sur les six dimensions (profil de sexualité traumatique élevée), tandis qu’un autre profil manifeste des réponses plus spécifiquement centrées sur la dissociation, les pensées intrusives et le besoin de plaire à l’autre (profil de sexualité traumatique dissociative-complaisante), puis un dernier profil conserve une sexualité globalement adaptée malgré la présence d’éléments subcliniques (profil de sexualité traumatique faible). L’approche centrée sur la personne employée ici met en lumière des constellations symptomatiques qui

ne seraient pas apparentes dans une approche strictement centrée sur les variables, et oriente la réflexion clinique vers des interventions différencierées selon le profil présenté.

4.2.2 Comparaison entre les profils

La comparaison des trois profils de sexualité traumatique met en évidence des différences marquées entre les profils. Les profils 2 (sexualité traumatique élevée) et 3 (sexualité traumatique dissociative-complaisante) présentent des niveaux supérieurs au profil 1 (sexualité traumatique faible) sur l'ensemble des dimensions de la sexualité traumatique — à savoir la dissociation, les pensées intrusives, la honte et la culpabilité, le sentiment de devoir plaire à l'autre, la détresse interpersonnelle et l'hypervigilance. Les trois profils se différencient également quant au nombre de traumas interpersonnels cumulatifs ainsi qu'au niveau global de bien-être sexuel.

Les différences observées pourraient s'expliquer, du moins en partie, par le fait que les profils 2 et 3 présentent la plus forte probabilité d'avoir subi une agression sexuelle, que ce soit pendant l'enfance ou à l'âge adulte, ainsi qu'un nombre élevé de traumas interpersonnels cumulés (quatre événements ou plus). Ces résultats confirment que le cumul des expériences traumatiques contribue à la complexité symptomatique et au fonctionnement sexuel (Briere & Scott, 2015; Godbout et al., 2021).

Sur le plan théorique, plusieurs pistes peuvent être avancées pour expliquer ces distinctions. Le sentiment de devoir plaire à l'autre, particulièrement marqué dans les profils 2 et 3, pourrait être compris à la lumière du concept de « fawning », une stratégie d'apaisement caractérisée par la conformité et la recherche d'approbation visant à maintenir un sentiment de sécurité dans des contextes relationnels menaçants (Walker, 2013). Le besoin de plaire peut alors être compris comme une stratégie de survie, souvent développée dans un contexte de trahison relationnelle, tel que décrit par Finkelhor et Browne (1985). Lorsqu'une agression est perpétrée par une figure censée offrir protection et affection, la perception de sécurité de base s'effondre, engendrant une dépendance affective, un besoin constant de réassurance et une vulnérabilité accrue dans les relations intimes. Cette dynamique, observée chez de nombreux survivant·e·s de trauma, reflète souvent une fragilité identitaire et une estime de soi amoindrie, amenant la personne à s'effacer émotionnellement pour préserver la relation (Bigras et al., 2020; Guyon et al., 2020). Ces mécanismes pourraient expliquer pourquoi les profils « élevé » et « dissociatif-complaisant » rapportent une satisfaction sexuelle réduite et cliniquement problématique, ainsi qu'une probabilité plus élevée de détresse sexuelle (Brassard et al., 2015 ; Chesli et al., 2024).

Les profils de 2 (sexualité traumatisante élevée) et 3 (sexualité traumatisante dissociative-complaisante) partagent également une hypervigilance importante, particulièrement marquée dans le profil 2 et plus modérée dans le profil 3. Chez les survivant·e·s, cette hypervigilance se manifeste par un contrôle anticipatoire des gestes et réactions du partenaire, dans le but d'éviter tout déclencheur perçu comme menaçant (Lorenz et al., 2012; Payne et al., 2005). Bien qu'elle remplisse une fonction protectrice à court terme, cette stratégie devient contre-productive à long terme, car elle entretient un état de tension et empêche l'abandon émotionnel nécessaire à l'intimité. La réactivation du souvenir traumatisant qui en découle peut entraîner des réactions intenses — évitemment, dissociation, colère ou hostilité — compromettant la régulation émotionnelle et la qualité de la relation (Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023).

Les niveaux élevés de dissociation et de pensées intrusives observés dans les profils 2 et 3 corroborent les travaux récents sur les réponses post-traumatiques dans la sexualité (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2021; Brotto et al., 2016; Godbout & Gewirtz-Meydan, 2023). En effet, les pensées intrusives élevées observées dans ces deux profils témoignent d'une intégration incomplète des expériences traumatisques, pouvant à la répétition involontaire des souvenirs d'abus. Le phénomène peut être interprété comme une tentative inconsciente de reprendre du contrôle sur un évènement vécu comme insurmontable (Schwartz & Galperin, 2002; Gewirtz-Meydan & Godbout, 2023). Le « paradoxe de la douleur » décrit par Briere (2015) éclaire bien ce processus : les comportements d'évitement ou de compulsion, adoptés pour réduire la détresse, tendent paradoxalement à renforcer la persistance des pensées intrusives et à maintenir les symptômes de façon chronique.

Ainsi, les différences significatives entre les profils indiquent que les participant·e·s des profils élevé et dissociatif-complaisant présentent des caractéristiques symptomatiques susceptibles d'altérer profondément leur capacité à éprouver du plaisir et de la satisfaction sexuelle. Ces constats confirment l'influence des traumas interpersonnels cumulatifs sur le bien-être sexuel et soulignent la nécessité de concevoir la sexualité traumatisante comme un phénomène multidimensionnel, englobant à la fois les aspects émotionnels, cognitifs et relationnels de l'expérience sexuelle. Dans leur ensemble, ces résultats soutiennent et nuancent le modèle de Briere (2002), en démontrant que la sexualité traumatisante ne suit pas un continuum linéaire de sévérité, mais se déploie selon plusieurs trajectoires symptomatiques distinctes, chacune façonnée par des combinaisons particulières de mécanismes défensifs et de contextes de victimisation. De plus, ces constats confirment l'influence des traumas interpersonnels cumulatifs sur le bien-être sexuel et soulignent la nécessité de concevoir la sexualité traumatisante comme un phénomène

multidimensionnel, englobant à la fois les aspects émotionnels, cognitifs et relationnels de l'expérience sexuelle. Si les études antérieures ont exploré la sexualité traumatisante sous divers cadres théoriques (Gewirtz-Meydan & Lassri, 2023; Gewirtz-Meydan, 2022), l'approche centrée sur la personne adoptée ici offre une perspective nouvelle sur l'hétérogénéité des expériences traumatisantes, en révélant des profils distincts de bien-être sexuel et des traumas interpersonnels cumulatifs. Pour la première fois, cette étude démontre que même les individus présentant des niveaux mixtes de sexualité traumatisante, comme ceux du profil dissociatif-complaisant, subissent des impacts significatifs sur leur sexualité, mettant en évidence l'importance d'une évaluation nuancée et individualisée dans le contexte clinique.

4.2.3 Implications pratiques

L'identification de profils de sexualité traumatisante basés sur les six dimensions, puis comparés en fonction de l'historique de traumas interpersonnels cumulatifs et du bien-être sexuel à l'âge adulte, pourrait permettre de guider l'élaboration d'interventions ciblées et adaptées à chaque profil de personne consultant en thérapie sexuelle. Les trois profils présentés témoignent de l'hétérogénéité des six dimensions de la sexualité traumatisante chez les patient·e·s en thérapie sexuelle et offrent aux thérapeutes une perspective utile qui leur permet d'être plus efficaces dans leurs évaluations et interventions. Une approche d'évaluation systématique et axée sur l'histoire de vie aide à distinguer des sous-groupes et à mettre en lumière les facteurs développementaux et relationnels influençant la persistance des symptômes de sexualité traumatisante. En effet, bien qu'il y ait une conscientisation grandissante de la prévalence des difficultés sexuelles liées aux expériences traumatisantes, il n'existe pas encore d'approche thérapeutique standardisée ou validée empiriquement spécifiquement conçue pour répondre aux besoins de personnes qui rapportent des niveaux modérés ou élevés de sexualité traumatisante. Actuellement, les clinicien·ne·s adoptent souvent l'une des deux options suivantes : une intervention centrée sur l'expérience traumatisante qui aborde peu ou pas du tout les symptômes sexuels, ou une thérapie sexuelle traditionnelle (par exemple, une approche cognitivo-comportementale pour les dysfonctions sexuelles) qui n'est pas sensible au trauma et qui peut, dans certains cas, risquer de retraumatiser la ou le patient·e.

Dans le contexte d'une sexualité traumatisante, des symptômes tels que la douleur, l'évitement ou l'absence d'excitation peuvent toutefois constituer des mécanismes de protection – témoignant de besoins de sécurité non satisfaits, d'un trauma non résolu ou d'une réponse dissociative à des indices sexuels (Gewirtz-Meydan, 2022a). Considérer ces manifestations uniquement comme des dysfonctions risque d'invalider leur fonction adaptative et de renforcer la honte, la résistance, voire la rupture du lien

thérapeutique. De plus, certaines études montrent que, si les thérapies centrées sur les traumas peuvent atténuer les principaux symptômes post-traumatiques, elles n'améliorent pas nécessairement la fonction sexuelle (O'Driscoll & Flanagan, 2016), ce qui souligne la nécessité d'approches spécialisées ciblant directement l'intersection du trauma et de la sexualité.

En attendant que des protocoles de thérapie spécialisés validés empiriquement qui ciblent directement l'intersection du trauma et de la sexualité soient développés, les clinicien·ne·s peuvent s'inspirer des meilleures pratiques en thérapie sexuelle et des interventions centrées sur l'expérience traumatique pour orienter les interventions (Castonguay et al., 2010). Un premier objectif consiste à instaurer un climat de sécurité et de stabilisation, en travaillant la régulation émotionnelle et corporelle avant d'aborder directement les enjeux sexuels, afin de prévenir la retraumatisation (Conti et al., 2023; Castonguay et al., 2010). La psychoéducation joue également un rôle central pour aider les patient·e·s à comprendre le lien entre trauma et sexualité, normaliser leurs symptômes et réduire la honte qui y est associée (Center for Substance Abuse Treatment [US], 2014). Sur le plan corporel, des approches graduelles de pleine conscience peuvent contribuer à restaurer une relation positive au corps et au plaisir (Brotto & Goldmeier, 2015; Brotto et al., 2012).

Le travail thérapeutique pourrait aussi viser à renforcer le sentiment de soi et la capacité à identifier et exprimer ses besoins sexuels, tout en établissant des limites claires et protectrices. Par exemple, en repérant le profil dissociatif-complaisant, le ou la thérapeute peut accompagner le ou la patient·e dans la gestion des pensées intrusives, de la dissociation et du besoin de plaire à l'autre, tout en valorisant ses forces, comme une faible détresse interpersonnelle. Les interventions thérapeutiques pourraient ainsi viser à renforcer le sentiment de soi, à aider les survivant·e·s à identifier et exprimer leurs besoins sexuels, et à établir des limites saines. Les thérapies de couple peuvent aussi constituer un cadre propice au développement de modes de communication sécuritaires, favorisant la confiance et le consentement. Elles permettent d'instaurer une compréhension partagée du trauma grâce à la psychoéducation, à l'externalisation de celui-ci et à la validation émotionnelle des deux partenaires, tandis que l'approche centrée sur les émotions (EFT) aide à restaurer l'attachement, l'intimité sexuelle et l'expression des besoins dans un cadre sécurisant (Stockman et al., 2024). Le ou la thérapeute doit également tenir compte des facteurs contextuels (croyances, normes sociales, antécédents personnels) qui influencent la dynamique du couple, tout en soutenant l'autonomie du ou de la survivante dans son dévoilement.

Une approche intégrative, combinant des interventions centrées sur le trauma, par exemple l'EMDR (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing » ; Shapiro, 2018), avec des outils de la thérapie sexuelle tels que le focus sensoriel (« sensate focus ») adapté aux survivant·e·s, permet de cibler simultanément la mémoire traumatique et l'expérience sexuelle actuelle, s'ils sont adaptés aux personnes survivantes pour assurer leur sécurité, autonomie et la prise en compte de la dissociation, de l'hypervigilance et de la surcharge émotionnelle (Almås & Benestad, 2021; Gewirtz-Meydan, 2025; Maltz, 2024). L'ensemble de ces interventions gagne à mettre en valeur les forces et les ressources des patient·e·s, afin de soutenir leur résilience et d'ancrer le processus thérapeutique.

4.2.4 Forces, limites et orientations pour les études futures

L'une des principales forces de cette étude réside dans le recours à un échantillon clinique, offrant une vision par profils des différentes manifestations de la sexualité traumatique chez des personnes consultant en thérapie sexuelle. Ces données permettent d'identifier des profils pertinents, rendant les résultats particulièrement utiles pour les applications cliniques. De plus, l'utilisation de l'analyse par profils latents (APL) constitue un atout majeur, car elle permet de détecter des sous-groupes significatifs qui pourraient passer inaperçus dans une approche centrée sur les variables.

Parmi les limites, la taille relativement réduite de l'échantillon, et en particulier la petite taille d'un profil représentant moins de 5 % des participant·e·s, restreint la représentativité des résultats et limite la possibilité de généraliser les conclusions. Bien que l'APL soit un outil puissant, ses attributions probabilistes — telles que générées par le logiciel MPlus (Muthén & Muthén, 2012) — peuvent ne pas refléter parfaitement la complexité individuelle, ce qui doit être pris en compte lors de l'interprétation des profils (Weller et al., 2020).

Les mesures auto-rapportées, malgré leur validité et leur simplicité, restent sensibles aux biais de désirabilité sociale et de mémoire, pouvant affecter la précision des données. Enfin, certains indices de fidélité relativement faibles, comme ceux observés pour la détresse interpersonnelle et l'hypervigilance, peuvent être attribués à la limitation inhérente aux mesures comportant seulement deux items, même lorsque les corrélations entre items sont modérées.

Bien que la présente étude ait évalué la présence ou l'absence d'ASE ainsi que le trauma interpersonnel cumulatif, les recherches futures gagneraient à explorer d'autres formes de trauma, telles que la violence

conjugale ou le trauma complexe, afin de mieux saisir leurs répercussions différencierées sur la sexualité traumatique. L'intégration de données dyadiques concernant les partenaires actuels ou passés constituerait une avancée importante, puisqu'elle permettrait de situer l'expérience individuelle dans un contexte relationnel plus large et d'examiner les effets croisés du trauma sur les dynamiques intimes. En effet, comme l'ont montré des travaux récents (Vaillancourt-Morel et al., 2024; Zamir, 2022; Zamir et al., 2025), les séquelles traumatiques — notamment les symptômes de stress post-traumatique (SSPT) — peuvent limiter l'intimité, altérer la perception de la réceptivité du partenaire et accroître la distance émotionnelle au sein du couple. L'absence de données relationnelles dans notre étude restreint donc la compréhension des processus interpersonnels par lesquels les antécédents traumatiques façonnent la sexualité. L'utilisation de modèles dyadiques dans les études futures permettrait de mieux cerner les interactions complexes entre expériences traumatiques personnelles, symptômes actuels et qualité des échanges intimes. Une telle approche contribuerait non seulement à raffiner les théories du lien entre trauma et sexualité, mais aussi à éclairer la conception d'interventions cliniques sensibles au trauma, visant à renforcer la régulation émotionnelle, la satisfaction sexuelle et la perception de réceptivité mutuelle dans les relations.

Enfin, l'échantillon pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble des populations, en particulier celles présentant des caractéristiques sociodémographiques différentes. Il est important de considérer que cet échantillon était majoritairement né au Canada (87,6 %), actif professionnellement (71 %), hautement instruit (88,9 % avaient au moins des études collégiales ou professionnelles) et disposait d'un revenu annuel élevé (74,6 % gagnaient 40 000 \$ ou plus), et que les participant·e·s étaient engagé·e·s en suivi thérapeutique. Ces caractéristiques peuvent influencer la généralisabilité des résultats. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si ces résultats se maintiennent dans des populations et contextes plus diversifiés.

Pour améliorer la validité et la généralisabilité des conclusions, il serait également pertinent d'inclure des échantillons plus larges et diversifiés sur le plan sociodémographique (âge, genre, orientation sexuelle, statut socio-économique, origine culturelle) et clinique (types de trauma, niveaux de détresse). Une approche longitudinale permettrait de mieux évaluer la stabilité des profils au fil du temps et leur impact à long terme sur le bien-être sexuel. Enfin, l'intégration de méthodes qualitatives offrirait une perspective plus fine sur les expériences vécues, permettant de capturer des dimensions subjectives et contextuelles que les approches quantitatives pourraient négliger, enrichissant ainsi l'interprétation des résultats de ce

mémoire. Par exemple, des entretiens semi-directifs pourraient explorer comment les antécédents traumatisques influencent les perceptions de l'intimité et du désir sexuel, tandis que des journaux de bord ou récits autobiographiques pourraient révéler les fluctuations émotionnelles et comportementales dans la vie quotidienne. Des groupes de discussion pourraient également mettre en lumière les stratégies d'adaptation relationnelles ou les expériences partagées entre partenaires, offrant un aperçu des dynamiques interpersonnelles difficiles à saisir uniquement par des questionnaires.

CONCLUSION

L'objectif général du présent projet de mémoire visait à explorer les profils de sexualité traumatique chez des patient·e·s consultant en thérapie sexuelle, en s'appuyant sur les six dimensions définies par Gewirtz-Meydan et Lassri (2023) : dissociation, pensées intrusives, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des rapports sexuels. Des analyses de profils latents ont permis d'identifier trois profils de sexualité traumatique, soit sexualité traumatique faible, sexualité traumatique élevée et sexualité traumatique dissociative-complaisante.

Le deuxième objectif était de déterminer si ces profils de sexualité traumatique se distinguent en fonction de l'historique de traumas interpersonnels en enfance des patients, ainsi que de leur bien-être sexuel. Ces analyses de comparaisons visaient à mieux caractériser les profils de sexualité traumatique sur la base des traumas interpersonnels rapportés par les patients, ainsi que de leur bien-être sexuel. Les résultats ont mis en lumière que les profils identifiés se distinguent au niveau de l'agression sexuelle à l'enfance, l'agression sexuelle à l'âge adulte, le cumul de trauma interpersonnel, la dysfonction sexuelle, la détresse sexuelle et la satisfaction sexuelle des patient·e·s. Les personnes dans les profils de sexualité traumatique élevée et dissociative-complaisante sont plus susceptibles d'avoir subi des agressions sexuelles en enfance et à l'âge adulte, ainsi qu'un cumul de traumas interpersonnels dans leur enfance que les personnes dans le profil de sexualité traumatique faible. Ces personnes ont également tendance à présenter des taux plus élevés de détresse sexuelle et des niveaux plus faibles de satisfaction sexuelle, ce qui peut avoir un impact sur la façon dont elles s'engagent dans des relations sexuelles et sur leur plaisir sexuel.

Cette étude souligne la complexité de la sexualité traumatique et l'importance d'une approche centrée sur les personnes pour comprendre et traiter cette dimension. En identifiant des profils distincts de sexualité traumatique, cette étude fournit un cadre pour guider le développement d'interventions cliniques plus ciblées et efficaces pour les personnes consultant en thérapie sexuelle. Les constats révélés dans ce projet de recherche permettent d'améliorer la compréhension et la diversité des traumas interpersonnels cumulatifs sexuelles vécues par les patient·e·s en thérapie sexuelle, en plus de démontrer la pertinence d'étudier le phénomène de sexualité traumatique chez cette population. Les individus avec des niveaux variés de sexualité traumatique peuvent connaître des impacts significatifs sur leur bien-être sexuel, malgré des niveaux modérés de symptômes. Les connaissances découlant de cette étude

pourraient bénéficier aux sexologues, psychothérapeutes et psychologues, qui accompagnent les individus rapportant des difficultés sexuelles.

APPENDICE A

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2017-1254

Date : 30 octobre 2025

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Natacha Godbout

Unité de rattachement : Sexologie

Titre du protocole de recherche : Facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des patients en thérapie sexuelle

Source de financement (le cas échéant) : CRSH, FRQSC

Date d'approbation initiale du projet : 23 septembre 2016

Équipe de recherche

Cochercheurs et partenaires : Martine Hébert; Denise Medico

Étudiants et auxiliaires de recherche : Marianne Girard; Nadia Martel; Roxanne Bolduc; My-Loan Truong; Mathilde Carle-Trouillard; Lucie Marcoux; Allyson Houle; Mathilde Carle-Trouillard; Darquise Chartrand; Ariane Daigneault-Boutin

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approvée par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 décembre 2026**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.



Éric Dion, Ph.D.
Professeur, Département d'éducation et formation spécialisées
Président du CIEREH

APPENDICE B

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2017-1254

Date : 29 avril 2025

Nom de l'étudiant.e : Nadia Willard Martel (MARN03619504)

Titre du projet : Profils de sexualité traumatisante chez des patient-e-s en thérapie sexuelle : comparaison de leurs traumas interpersonnels et bien-être sexuel

Programme d'étude : Maîtrise en sexologie, concentration recherche-intervention

Unité de rattachement : Département de sexologie

Direction de recherche : Natacha Godbout

OBJET : Avis final de conformité - maîtrise

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Nadia Willard Martel** a réalisé son mémoire en sexologie sous la direction de Natacha Godbout conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2017-1254.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur, Département de communication sociale et publique

Président du CIEREH

Louis-Philippe Auger

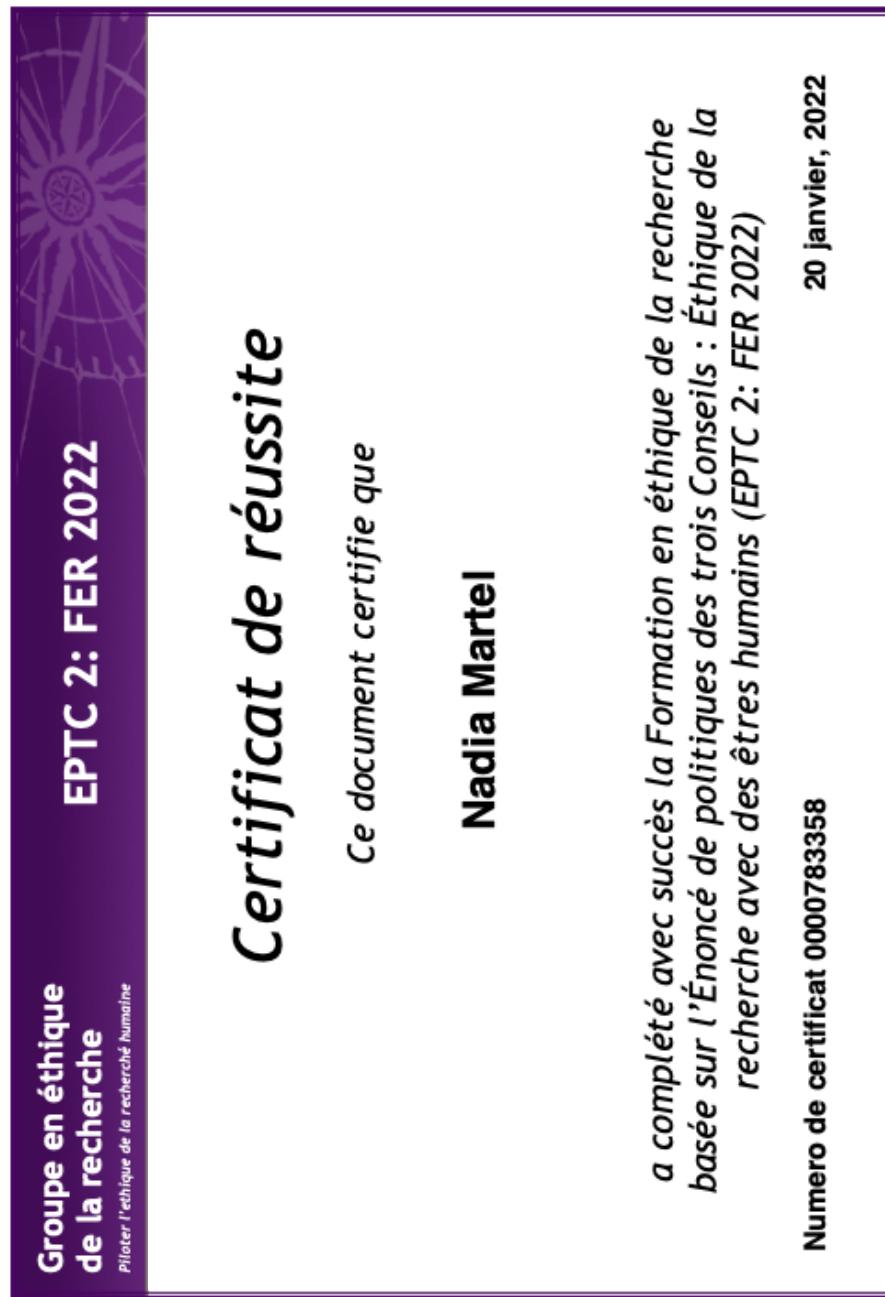
Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH

Signé le 2025-04-29 à 22:37

APPENDICE C

CERTIFICAT DE RÉUSSITE DU DIDACTICIEL DE L'EPTC-2



APPENDICE D
QUESTIONNAIRE

Étude des facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des individus ou des couples consultant en thérapie sexuelle

Chercheure responsable :	Natacha Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal
Membres de l'équipe 2021-2022 :	Martine Hébert, Ph.D., Université du Québec à Montréal Sophie Boucher, Ph.D., Université du Québec à Montréal Monique Tardif, Ph.D., Université du Québec à Montréal Assistantes de recherche de l'Unité de recherche et d'intervention sur le trauma et le couple (TRACE) dirigée par Natacha Godbout
Coordonnatrice :	Marianne Girard, M.A. girard.marianne.7@courrier.uqam.ca
Organisme de financement :	FRQS, Fonds de recherche du Québec - Santé CRSH, Conseil de recherches en sciences humaines FSH, Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésitez pas à nous poser des questions ou à communiquer avec la responsable du projet ou la coordonnatrice de recherche.

Objectifs du projet

Depuis plusieurs années, le département de sexologie de l'UQAM forme de futur(e)s sexologues cliniciens(ennes) à traiter des individus et des couples pour des difficultés sexuelles. Nous croyons que la formation de ces futur(e)s sexologues et l'amélioration des traitements actuels reposent sur une meilleure compréhension du fonctionnement des individus et des couples qui consultent pour des difficultés sexuelles. À cette fin, nous vous proposons de participer à une recherche en remplissant des questionnaires à la maison.

Les réponses à ces questionnaires pourront servir à deux fins distinctes. La première est de permettre l'avancement des connaissances sur le fonctionnement des individus et des couples qui consultent pour des difficultés sexuelles. De telles connaissances pourront servir dans le futur à développer de nouveaux traitements plus efficaces ou à améliorer les traitements existants. Le deuxième objectif vise à permettre à votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e) que vous consultez de mieux comprendre les facteurs associés à vos difficultés sexuelles et/ou à celles de votre conjoint(e). Donc, si vous le désirez, vos résultats aux questionnaires seront transmis à votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e) que vous consultez. Celle-ci ou celui-ci pourra vous en faire part à la fin du processus d'évaluation et s'en servir pour planifier un traitement qui corresponde à vos besoins.

Nature de la participation

Votre participation consiste à répondre, à deux reprises (en début de traitement et à la fin du traitement), à un questionnaire qui nécessitera entre 45 et 60 minutes de votre temps, durée qui est similaire à chaque temps de mesure (126 questions à choix multiples). Le questionnaire porte sur le fonctionnement sexuel, les expériences relationnelles passées et actuelles (soutien parental, violence, attachement, etc.) et le fonctionnement psychologique (détresse, présence attentive, etc.). Veuillez lire chacune des directives et répondre seul(e), sans l'aide de personne, à toutes les questions. Il ne s'agit pas d'un test, donc il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Il s'agit de répondre aux questions aussi honnêtement et précisément que possible, sans passer trop de temps à réfléchir. Il est important de répondre à toutes les questions afin que vos résultats soient valides.

Avantages

Il peut être bénéfique pour vous de réfléchir à ce que vous avez vécu ou vivez actuellement en répondant aux questionnaires. Comme vous êtes dans une démarche de thérapie, vous pourrez également approfondir certaines réflexions ou questions avec votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e). De plus, votre participation contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'intervention clinique en sexologie. L'étude nous permettra de recueillir de l'information pertinente qui pourrait permettre l'amélioration des interventions et la possibilité de bonifier la formation des futur(e)s sexologues en ciblant des facteurs en lien avec certaines problématiques précises.

Risques et inconvénients

Il est possible que vous viviez des désagréments en raison du temps qui est requis pour votre participation. Certaines questions d'entrevue pourraient aussi raviver des émotions désagréables liées à votre expérience de vie. Le cas échéant, vous êtes invités à contacter l'équipe de recherche et une liste de références vous est systématiquement remise par mesure de prévention. Vous pourrez aussi discuter de ces malaises avec votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e) si vous le désirez.

Compensation

Un bilan de vos résultats peut être remis à votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e), si vous acceptez (en cochant le choix applicable dans la section sur le consentement). Ce bilan peut aider votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e) dans sa compréhension de votre problématique ou vos questionnements.

Confidentialité

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels et seul(e)s les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément au laboratoire de la responsable du projet pour la durée totale du projet. De plus, afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Vous ne devez pas inscrire votre nom sur les questionnaires. Aucune publication ou communication sur la recherche (incluant les mémoires et thèses des étudiant(e)s membres de l'équipe) ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier. Les données seront conservées jusqu'à cinq ans après la fin de la recherche. Elles seront effacées de l'ordinateur à ce moment. Les documents papier seront déchiquetés de façon confidentielle au moment où les données seront effacées. Les rapports de recherche ne feront état que des résultats de groupe.

Participation volontaire et droit de retrait

Nous tenons à préciser que votre participation à cette étude est tout à fait volontaire et que votre thérapie ne sera aucunement influencée par votre décision de ne pas y participer. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Aucune rémunération n'est offerte pour votre participation. Il est aussi important de savoir que vous pouvez participer à la recherche et refuser que vos

résultats soient transmis à votre stagiaire/thérapeute/intervenant(e). Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous assurons que vos réponses aux questionnaires seront codées de manière à conserver votre anonymat.

Nous vous remercions à l'avance pour votre précieuse collaboration.

Code de client(e)

-

Temps 1 - Pré-intervention

2022-

1

SECTION 1. RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

2. Age : _____

3. Choisissez le milieu qui s'applique pour votre suivi thérapeutique :

- a. Clinique de sexologie de l'UQÀM
 - b. Clinique de psychologie Québec
 - c. CLSC du Marigot (CISSS Laval)
 - d. Clinique Accès-Sexologie
 - e. Service populaire de psychothérapie
 - f. Le Levier
 - g. Axe santé
 - h. Clinique psychoalimentaire
 - i. Centre St-Pierre
 - j. Clinique Laval

k. Autre, précisez : _____

4. Je consulte actuellement :

- a. Un ou une stagiaire clinicien(ne)
- b. Un ou une sexothérapeute

5. Je suis...

- a. Cis (identité de genre correspondant avec le sexe assigné à la naissance)
- b. Trans (identité de genre ne correspondant pas avec le sexe assigné à la naissance)
- c. Intersexé
- d. Je préfère ne pas répondre
- e. Autre, précisez : _____

6. Je m'identifie comme...

- a. Femme
- b. Homme
- c. Non binaire
- d. Fluide
- e. Queer
- f. Bispirituel(le) (two-spirit)
- g. Non conforme dans le genre
- h. En questionnement
- i. Je préfère ne pas répondre
- j. Autre, précisez : _____

7. Lieu de naissance :

a. Canada

b. Autre, précisez : _____

8. Quelle est votre ou vos langue(s) maternelle(s)?

a. Français

b. Anglais

c. Espagnol

d. Autre, précisez : _____

9. Dans quelle(s) religion(s) avez-vous été élevé(e)?

a. Athée/Aucune religion

b. Catholique

c. Autre, précisez : _____

10. Quel est le niveau de scolarité que vous avez complété?

a. Études primaires

b. Études secondaires

c. Études collégiales ou professionnelles

d. Études universitaires de 1^{er} cycle (Baccalauréat ou certificat)

e. Études universitaires de 2^e ou 3^e cycle (Maîtrise ou doctorat)

11. Laquelle des occupations suivantes correspond principalement à votre **situation actuelle**?

Êtes-vous...

a. Étudiant(e)

b. Travailleur(se)

c. Chômeur(se), à la recherche d'un emploi

d. À la maison à temps plein

e. Retraité(e)

f. Autre, précisez : _____

12. Veuillez encercler la lettre qui correspond le mieux à votre revenu personnel brut et revenu familial brut (avant déductions d'impôt).

Revenu personnel brut

- a. 0 \$ - 19 999 \$ d. 60 000 \$ - 79 999 \$
- b. 20 000 \$ - 39 999 \$ e. 80 000 \$ - 99 999 \$
- c. 40 000 \$ - 59 999 \$ f. 100 000 \$ et plus

Revenu familial brut

- a. 0 \$ - 19 999 \$ d. 60 000 \$ - 79 999 \$
- b. 20 000 \$ - 39 999 \$ e. 80 000 \$ - 99 999 \$
- c. 40 000 \$ - 59 999 \$ f. 100 000 \$ et plus

13. Lequel des points suivants décrit le mieux votre **situation actuelle**?

- a. Célibataire, non engagé(e) dans une relation
- b. Célibataire, avec un(e) ou des partenaires occasionnel(le)s
- c. Polyamoureux(se)
- d. En relation, avec un(e) partenaire régulier(ère)
- e. En union de fait ou cohabitation
- f. Marié(e)
- g. Autre, précisez : _____

12a. Si vous avez coché l'option « c. Polyamoureux(se) » à la question précédente, veuillez répondre à la question suivante. Certaines questions examinent le couple dyadique (à deux) dans lequel il y a un(e) partenaire principal(e). Souhaitez-vous tout de même répondre à ces questions ?

- a. Oui, je souhaite répondre à ces questions.
- b. Non, je ne souhaite pas répondre à ces questions.

11a. Comment définissez-vous votre orientation sexuelle?

- a. Hétérosexuelle
- b. Lesbienne
- c. Gai
- d. Bisexuelle
- e. Homoflexible
- f. Hétéroflexible
- g. Pansexuelle
- h. Queer
- i. Bispirituelle (two-spirit)
- j. Spectre de l'asexualité (demisexuelle, graysexuelle, etc.)
- k. En questionnement
- l. Je préfère ne pas répondre
- m. Autre (précisez) : _____

12. Combien d'enfants avez-vous (incluant tous les enfants que vous considérez comme les vôtres)?

13. Combien de relations amoureuses considérées "sérieuses" avez-vous eues dans votre vie? _____

14. Quel est le nombre total de partenaires avec qui vous avez eu des relations sexuelles (y compris masturbation avec partenaire, sexe oral, pénétration vaginale ou anale), incluant les aventures d'un soir? _____

17. Avez-vous un (ou des) problème(s) de santé chronique? Oui Non
Précisez : _____

18. À l'exception de la pilule contraceptive, à quelle fréquence prenez-vous des médicaments, prescrits ou non (p. ex., Advil, Tylenol)?

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	1 fois par mois	Quelques fois par semaine	1 fois par semaine	Quelques fois par semaine	1 fois par jour	Plus d'une fois par mois

19. En moyenne, à quelle fréquence prenez-vous de l'alcool?

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	1 fois par mois	Quelques fois par semaine	1 fois par semaine	Quelques fois par semaine	1 fois par jour	Plus d'une fois par mois

20. En moyenne, à quelle fréquence prenez-vous des substances d'altérations de l'état de conscience (p. ex., drogues ou médicaments) à des fins non médicales?

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	1 fois par mois	Quelques fois par semaine	1 fois par semaine	Quelques fois par semaine	1 fois par jour	Plus d'une fois par mois

21. Motif(s) de consultation

Pour quelle(s) difficulté(s) consultez-vous en thérapie sexuelle?

- Manque ou absence de désir sexuel ○
Manque ou absence d'intérêt et d'excitation sexuel
- Difficulté à obtenir ou à maintenir l'érection
- Éjaculation rapide ○ Éjaculation retardée ○
Absence d'orgasme ○ Douleur à la pénétration ○
Pénétration vaginale impossible ○
Aversion/phobie sexuelle ○ Dépendance sexuelle
ou à la pornographie ○ Difficulté relationnelle ○
Détresse psychologique (anxiété, dépression) ○
Questionnement avec mon genre ○ Malaise avec
mon corps / image corporelle ○ Fantasmes
envahissants ou préoccupations en lien avec mes
fantasmes
- Autre, précisez : _____

22. Avant la présente consultation, combien de professionnel(le)s avez-vous consulté(e)s pour cette/ces difficulté(s) sexuelle(s)/relationnelle(s)? _____

Avant de continuer, veuillez cocher ce qui s'applique à votre situation actuelle et porter attention aux directives vous indiquant la prochaine section à compléter.

Je suis présentement dans une relation de couple.

Depuis combien de temps êtes-vous dans cette relation (en mois) ? _____ mois

Veuillez vous rendre à la section 2 (section suivante, page 4)

Suivez les mêmes directives si vous avez coché « oui » à la question 12a.

J'ai déjà été dans une relation de couple, mais je ne le suis pas présentement.

Veuillez vous rendre à la section 4 (page 8)

Je n'ai jamais été dans une relation de couple, mais j'ai eu une ou des relations intimes/sexuelles avec quelqu'un.

Veuillez vous rendre à la section 4 (page 8)

Je n'ai jamais eu de relation intime, ni sexuelle avec quelqu'un.

Veuillez vous rendre à la section 5 (page 10)

Suivez les mêmes directives si vous avez coché « non » à la question 12a.

SECTION 2. AJUSTEMENT DYADIQUE

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Les questions suivantes s'intéressent à votre opinion personnelle de votre vie de couple. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que pourrait penser votre partenaire. **Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre approprié.** S'il vous plaît n'omettez aucun item.

	0	1	2	3	4	5	
Toujours accord	en toujours accord	Presque toujours accord	Parfois en accord	en Souvent désaccord	en Presque toujours désaccord	en Toujours désaccord	
2. Les loisirs							
3. La religion							
4. Les marques d'affection	2	3	4	5			
	2	3	4	5			
5. Les ami(e)s							
6. Les relations sexuelles	2	3	4	5			
	2	3	4	5			
7. Les conventions sociales							
8. La philosophie de vie	2	3	4	5			
	2	3	4	5			
9. Les façons d'agir avec les parents ou beaux-parents							
10. Les buts importants dans la vie	2	3	4	5			
	2	3	4	5			
11. La quantité de temps passé ensemble							
12. Les prises de décisions importantes	2	3	4	5			
	2	3	4	5			
13. Les tâches ménagères							
14. Les activités durant les temps libres	2	3	4	5			
	2	3	4	5			
15. Les décisions à propos du travail	0	1	2		3	4	5
16. À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé à mettre fin à votre relation?	0	1	2		3	4	5
17. À quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?	0	1	2		3	4	5
18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?	2	3	4	5			
	2	3	4	5			

19. Vous confiez-vous à votre partenaire?

20. Vous arrive-t-il de regretter d'avoir décidé de vous marier (ou de vivre ensemble)?

21. À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?

22. À quelle fréquence vous et votre partenaire vous tapez-vous sur les nerfs?

1. Le budget du couple

23. Embrassez-vous votre partenaire?

0	1	2	3	4
À chaque jour	Presque chaque jour	À l'occasion	Rarement	Jamais

24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?

0	1	2	3	4
Dans tout	Dans la majorité	Dans quelques-uns	Dans très peu	Dans aucun

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

0	1	2	3	4	5
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

26. Rire ensemble

27. Discuter calmement 3 4 5
3 4 5

28. Travailler ensemble à un projet

Les couples ne sont pas toujours d'accord. Indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

29. Être trop fatigué(e) (occupé(e)) pour avoir des relations sexuelles Oui Non

30. Ne pas manifester d'affection Oui Non

31. Les chiffres suivants représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central «HEUREUX(SE)» représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. **Veuillez encercler le chiffre** qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement.

0 **1** **2** **3** **4** **5** **6**

Extrêmement Passablement Un peu Heureux(se) Très Extrêmement Parfairement malheureux(se)
malheureux(se) malheureux(se) heureux(se) heureux(se) heureux(se)

32. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport avec l'avenir de votre relation? (N'encerclez qu'une seule réponse)
- Je veux désespérément que ma relation réussisse et *je ferai tout* pour cela.
 - Je veux beaucoup que ma relation réussisse et *je ferai tout ce que je peux* pour cela.
 - Je veux beaucoup que ma relation réussisse et *je ferai ma juste part* pour cela.
 - Ce serait bien si ma relation réussissait et *je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement* pour cela.
 - Ma relation ne pourra jamais réussir et *je ne peux plus rien y faire*.

SECTION 3. CONFLITS ET CONTRÔLE

Même si un couple s'entend très bien, il peut arriver que les partenaires aient des mésententes ou des conflits ou qu'ils se fassent de la peine, pour toutes sortes de raisons. Il peut y avoir différentes façons d'essayer de résoudre les conflits. Vous trouverez ci-dessous une liste de moyens ou de gestes qui peuvent avoir été utilisés lorsque vous et votre partenaire étiez en désaccord. Si vous êtes en couple, encerclez le nombre de fois **au cours des douze (12) derniers mois** que votre partenaire et vous avez fait les gestes mentionnés.

0 = Ceci n'est jamais arrivé 4 = 6 à 10 fois dans la dernière année

1 = 1 fois dans la dernière année 5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année

2 = 2 fois dans la dernière année 6 = + de 20 fois au cours de la dernière année

3 = 3 à 5 fois dans la dernière année 7 = Pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé

	Votre partenaire envers vous	Vous envers votre partenaire
1. Insulter, sacrer, hurler, crier	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Traiter de noms (laid(e), imbécile, irresponsable) ou détruire quelque chose appartenant à l'autre	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Menacer de frapper ou de lancer un objet	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Tenter de limiter les sorties ou contacts avec les ami(e)s ou membres de la famille (empêcher, interdire ou ne pas laisser choisir les sorties)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Secouer, brasser, pousser, bousculer	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Lancer un objet pouvant blesser	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Frapper avec un objet (ceinture, brosse, bâton, etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

8. Donner un coup de poing ou donner un coup de pied	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Gifler	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
10. Utiliser ou menacer d'utiliser une arme ou un couteau	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
11. A essayé de toucher vos parties sexuelles, ou de vous obliger à faire des attouchements sur ses parties sexuelles alors que vous ne le vouliez pas	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
12. A eu ou essayé d'avoir une relation sexuelle (orale, vaginale, anale) contre votre gré, ou a utilisé du chantage ou des menaces pour avoir du sexe	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
13. A eu ou a essayé d'avoir une relation sexuelle (orale, vaginale, anale) contre votre gré en utilisant la force ou a utilisé la drogue ou l'alcool pour vous forcer à avoir un contact sexuel (attouchements ou relations sexuelles)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

Veuillez indiquer, en **ENCERCLANT** votre réponse, si les énoncés qui suivent correspondent aux comportements de votre partenaire ou à vos comportements.

0 = **Non**, ceci n'est jamais arrivé

OUI 1 à 7 :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 = 1 fois dans la dernière année | 4 = 6 à 10 fois dans la dernière année |
| 2 = 2 fois dans la dernière année | 5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année |
| 3 = 3 à 5 fois dans la dernière année | 6 = + de 20 fois au cours de la dernière année |
| | 7 = c'est déjà arrivé, mais pas au cours de la dernière année |

	Votre partenaire envers vous	Vous envers votre partenaire
1. Traite de noms, rabaisse devant les autres, ou dit des choses blessantes	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Être jaloux(se) ou possessif(ve)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

3. Blesse ou menace un de vos proches	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Exige de savoir avec qui et où vous êtes à tout moment	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Endommage ou détruit vos biens ou votre propriété	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Empêche de connaître le revenu familial, ou d'y avoir accès	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Fait sentir inadéquat(e)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Tente de provoquer des disputes	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Vous effraie	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

SECTION 4. LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

Les énoncés suivants se rapportent à comment vous vous sentez dans le contexte de vos relations intimes. Nous nous intéressons à la manière dont **vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle si tel est le cas**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Encerclez le chiffre correspondant à votre choix pour chacun des énoncés.

Fortement en désaccord	Neutre/Partagé(e)	Fortement en accord				
1	2	3	4	5	6	7
1. Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).	1 2 3 4 5 6 7					
2. J'ai peur que mes partenaires amoureux(ses) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux/elles.	1 2 3 4 5 6 7					
3. Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma/mes partenaire(s).	1 2 3 4 5 6 7					
4. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma/mes partenaire(s).	1 2 3 4 5 6 7					
5. Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).	1 2 3 4 5 6 7					
6. Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma/mes partenaire(s).	1 2 3 4 5 6 7					
7. J'ai un grand besoin que mon/ma/mes partenaire(s) me rassure(nt) de son/leur amour.	1 2 3 4 5 6 7					
8. Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma/mes partenaire(s) s'intéresse(nt) à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).	1 2 3 4 5 6 7					
9. Je dis à peu près tout à mon/ma/mes partenaire(s).	1 2 3 4 5 6 7					

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. | Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma/mes partenaire(s). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(ses). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | 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 | 7 |

SECTION 5. MESURE GLOBALE DE SATISFACTION SEXUELLE

Les questions suivantes représentent des continuums caractérisant la sexualité.

Pour chaque continuum, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre sexualité.

Ma sexualité est :

1.	Très mauvaise	1	2	3	4	5	6	7	Très Bonne
2.	Très désagréable	1	2	3	4	5	6	7	Très agréable
3.	Très négative	1	2	3	4	5	6	7	Très positive
4.	Très insatisfaisante	1	2	3	4	5	6	7	Très satisfaisante
5.	Sans aucune valeur	1	2	3	4	5	6	7	Très précieuse

SECTION 6. FONCTIONNEMENT SEXUEL

Durant les six (6) derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous ou avez-vous :

	0 Jamais	1 Très rarement	2 Quelques fois	3 Souvent
1. Eu des pensées ou des sentiments négatifs pendant des rapports sexuels.	0	1	2	3
2. Eu des rapports sexuels avec une personne que vous connaissiez à peine.	0	1	2	3
3. Ressenti de l'appréhension à l'idée d'avoir des rapports sexuels.	0	1	2	3
4. Eu envie d'avoir des rapports sexuels avec une personne dont vous savez qu'elle était mauvaise pour vous.	0	1	2	3
5. Eu des problèmes lors de rapports sexuels avec une autre personne.	0	1	2	3
6. Eu des rapports sexuels non protégés, alors que vous auriez sans doute dû vous protéger.	0	1	2	3
7. Eu des problèmes sexuels.	0	1	2	3
8. Attiré(e) des ennuis à cause du sexe.	0	1	2	3
9. Eu honte de vos pensées ou comportements sexuels.	0	1	2	3
10. Eu un comportement sexuel alors que ce n'était sans doute pas une bonne idée.	0	1	2	3

SECTION 7. ÉCHELLE D'ESTIME DE SOI SEXUELLE

Ci-dessous, vous trouverez plusieurs énoncés qui touchent le domaine des relations sexuelles. Lisez attentivement tous les énoncés et indiquez en encerclant le chiffre associé au choix de réponse qui représente à quel degré ils vous caractérisent. Répondez à tous les énoncés même si vous n'êtes pas complètement certain(e) de vos réponses et, bien sûr, soyez honnête dans vos réponses.

Veuillez répondre en disant dans quelle mesure chacun des énoncés s'applique à vous en utilisant l'échelle suivante :

1 Pas du tout comme moi	2 Un peu comme moi	3 Plus ou moins comme moi	4 Assez comme moi	5 Beaucoup comme moi
-------------------------------	--------------------------	---------------------------------	-------------------------	----------------------------

1.	J'ai confiance en moi en tant que partenaire sexuel(le).	1	2	3	4	5
2.	Je suis un(e) assez bon(ne) partenaire sexuel(le).	1	2	3	4	5
3.	Je suis meilleur(e) dans les activités sexuelles que la plupart des gens.	1	2	3	4	5
4.	Comme partenaire sexuel(le), je m'évaluerais assez favorablement.	1	2	3	4	5
5.	Je suis très confiant(e) dans une rencontre sexuelle.	1	2	3	4	5

Les sections suivantes comportent des questions qui adressent le fonctionnement sexuel physiologique (c.à-d., qui réfère aux organes génitaux), merci de préciser ci-dessous votre préférence :

- a. Je souhaite répondre aux questions concernant la fonction sexuelle vaginale.
- b. Je souhaite répondre aux questions concernant la fonction sexuelle érectile.
- c. Je ne souhaite pas répondre à ces questions.

SECTION 8. ÉCHELLE DES EXPÉRIENCES SEXUELLES

Encernez le chiffre qui décrit votre niveau global au cours des 6 derniers mois.

1. Quelle est la force de votre libido (désir sexuel)?

1 2 3 4 5 6
Extrêmement Très Assez Assez Très Pas de désir forte forte forte forte faible faible sexuel

1a. Est-ce que votre libido (désir sexuel) vous cause de la **détresse** (p. ex., vous perturbe ou vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1	2	3	4	5	6
Pas du tout	Très	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
légèrement					

2. À quel point est-il facile pour vous d'être excité(e) sexuellement?

1

2

3

4

5

6

Extrêmement Très Assez Assez Très Jamais facile facile facile difficile difficile excité(e)

2a. Est-ce que votre niveau d'excitation sexuelle vous cause de la **détresse** (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Très

Légèrement

Modérément

Beaucoup

Extrêmement

légèrement

3. **É** : Pouvez-vous facilement obtenir et maintenir une érection?

V : La lubrification vaginale se produit-elle facilement lors des activités sexuelles?

1

2

3

4

5

6

Extrêmement Très Assez Assez Très Jamais facilement facilement facilement difficilement difficilement

3a. Est-ce que votre capacité d'érection ou lubrification vous cause de la **détresse** (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Très

Légèrement

Modérément

Beaucoup

Extrêmement

légèrement

4. À quel point est-il facile pour vous d'atteindre l'orgasme?

i. Avec un(e) partenaire :

1

2

3

4

5

6

Extrêmement Très Assez Assez Très N'atteins facile facile facile difficile difficile jamais l'orgasme 4a.

Est-ce que votre capacité orgasmique avec un(e) partenaire vous cause de la **détresse** (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1	2	3	4	5	6
Pas du tout	Très	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
		légèrement			
ii. Seul(e) (masturbation) :		Assez	Assez	Très	N'atteins
		facile	difficile	difficile	jamais
1 2 Extrêmement	l'orgasme				
Très facile	facile				

4b. Est-ce que votre capacité orgasmique individuelle vous cause de la **détresse** (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1	2	3	4	5	6
Pas du tout	Très	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
		légèrement			

5. Vos orgasmes sont-ils satisfaisants?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement	Très	Assez	Assez	Très	Ne peut
satisfaisants	satisfaisants	satisfaisants	insatisfaisants	insatisfaisants	atteindre l'orgasme
5a.	Est-ce que votre niveau de satisfaction orgasmique vous cause de la détresse (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?				

1	2	3	4	5	6
Pas du tout	Très	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
		légèrement			

6. É : Comment considérez-vous le délai entre le début de vos activités sexuelles et le moment de votre éjaculation?

V : Comment considérez-vous le délai entre le début de vos activités sexuelles et l'atteinte de votre orgasme?

1	2	3	4	5	6
Beaucoup	Plutôt	Délai	Plutôt	Beaucoup	Je ne
trop rapide	rapide	satisfaisant	tardif	trop tardif	l'atteins
jamais					

6a. Est-ce que ce délai vous cause de la détresse (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1	2	3	4	5	6
Pas du tout	Très	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
légèrement					

7. Ressentez-vous de la douleur pendant les activités sexuelles?

1	2	3	4	5	6
Jamais	C'est arrivé	À quelques	Environ une	Souvent	Toujours
une fois		occasions		fois sur	
deux					

7a. Où est située votre douleur (encerrez tout ce qui s'applique)?

É : 0. Aucune douleur

V : 0. Aucune douleur

i. Gland (frein) ii. Vulve (entrée du vagin) iii. Tige du pénis iv. Canal vaginal
(parois vaginales)

v. Autre, précisez : _____

7b. Quelle est l'intensité de votre douleur durant la pénétration sur une échelle de 0 à 10, « 0 » signifiant aucune douleur et « 10 » la douleur la plus intense?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur
Aucune											extrême
douleur											

7c. Est-ce que cette douleur vous cause de la **détresse** (p. ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

1	2	3	4	5	6	
	Pas du tout	Très	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	légèrement					

SECTION 9. ÉCHELLE DE DÉTRESSE SEXUELLE

Ci-dessous se trouve une liste de sentiments et de problèmes que les gens ont parfois en ce qui concerne leur sexualité. Veuillez lire chaque item attentivement, et encercler le chiffre qui décrit le mieux la fréquence à laquelle ce problème vous a dérangé(e) ou vous a causé une détresse au cours des 30 derniers jours. Veuillez encercler un seul chiffre pour chaque item, et prendre soin de répondre à tous les énoncés.

Fiez-vous à cette échelle lorsque vous répondez :

0	1	2	3	4
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment	Toujours

À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | En détresse par rapport à votre vie sexuelle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Malheureux(se) par rapport à votre relation sexuelle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Coupable des difficultés sexuelles. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Frustre(e) par vos problèmes sexuels. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Stressé(e) par le sexe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Inférieur(e) à cause de problèmes sexuels. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Inquiet(ète) par rapport au sexe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Sexuellement inadéquat(e). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Avoir des regrets par rapport à votre sexualité. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Embarrassé(e) par rapport à vos problèmes sexuels. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Insatisfait(e) de votre vie sexuelle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

12. En colère par rapport à votre vie sexuelle.	0	1	2	3	4
13. Dérangé(e) par votre faible désir sexuel.	0	1	2	3	4

Pour les personnes souhaitant répondre aux questions concernant la fonction sexuelle érectile, veuillez sauter ce questionnaire (section 10) et vous rendre à la page 17 (section 11).

Les sections suivantes comportent des questions qui adressent le fonctionnement sexuel physiologique (c.à-d., qui réfère aux organes génitaux), merci de préciser ci-dessous votre préférence. Je souhaite :

- a. Répondre en tant que personne ayant un vagin.
- b. Répondre en tant que personne ayant un pénis.
- c. Ne pas répondre à ces questions.

SECTION 10. INDEX DE FONCTION SEXUELLE VAGINALE

0. Au cours des quatre (4) dernières semaines, avez-vous eu des activités sexuelles ou rapports sexuels avec un(e) partenaire?
 0. Non (allez à la section 16, page 24, svp)
 1. Oui (allez à la question 1, svp)

1. Au cours des quatre (4) dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti du désir ou de l'intérêt sexuel?
 1. Presque toujours ou toujours
 2. La plupart du temps (plus de la moitié)
 3. Parfois (environ la moitié du temps)
 4. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais du temps)

2. Au cours des quatre (4) dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré de désir ou intérêt sexuel?
 1. Très élevé
 2. élevé
 3. Modéré
 4. Faible
 5. Très faible ou absent

3. Au cours des quatre (4) dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) excité(e) pendant des activités ou rapports sexuels?

1. Presque toujours ou toujours 4. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
2. La plupart du temps (plus de la moitié) 5. Presque jamais ou jamais du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Très élevé 4. Faible
2. Élevé 5. Très faible ou absent
3. Modéré
5. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous confiant(e) de devenir excité(e) pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Confiance très élevée 4. Confiance faible
2. Confiance élevée 5. Confiance très faible ou absente
3. Confiance modérée
6. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été satisfait(e) de votre excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Presque toujours ou toujours 4. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
2. La plupart du temps (plus de la moitié) 5. Presque jamais ou jamais du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
7. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, à quelle fréquence êtes-vous devenu(e) lubrifié(e) («mouillé(e)») pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Presque toujours ou toujours 4. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
2. La plupart du temps (plus de la moitié) 5. Presque jamais ou jamais du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
8. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de devenir lubrifié(e) («mouillé(e)») pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Extrêmement difficile ou impossible 4. Quelque peu difficile
2. Très difficile 5. Pas difficile
3. Difficile

3. Également satisfait(e) et insatisfait(e)
15. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfait(e) de l'aspect sexuel de votre relation avec votre partenaire?
1. Très satisfait(e) 4. Modérément insatisfait(e) 2. Modérément satisfait(e) 5.
Très insatisfait(e)
3. Également satisfait(e) et insatisfait(e)
16. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfait(e) de votre vie sexuelle dans son ensemble?
1. Très satisfait(e) 4. Modérément insatisfait(e)
2. Modérément satisfait(e) 5. Très insatisfait(e)
3. Également satisfait(e) et insatisfait(e)
17. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur pendant la pénétration vaginale?
1. Pas de pénétration vaginale 4. Parfois (environ la moitié du temps)
2. Presque toujours ou toujours 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 6. Presque jamais ou jamais
18. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur après la pénétration vaginale?
1. Pas de pénétration vaginale 4. Parfois (environ la moitié du temps)
2. Presque toujours ou toujours 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 6. Presque jamais ou jamais du temps
19. Au cours des **quatre (4)** dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'inconfort ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale?
1. Pas de pénétration vaginale 4. Modéré
2. Très élevé 5. Faible
3. élevé 6. Très faible ou absent

Pour les personnes ayant répondu aux questions concernant la fonction sexuelle vaginale, veuillez sauter ce questionnaire (section 11) et vous rendre à la page 20 (section 12).

SECTION 11. INDEX DE FONCTION ÉRECTILE

0. Au cours des quatre (4) dernières semaines, avez-vous eu des activités sexuelles ou rapports sexuels avec un(e) partenaire, incluant des stimulations sexuelles et où vous avez essayé de pénétrer votre partenaire?
 0. Non (allez à la section 16, page 24, svp)
 1. Oui (allez à la question 1, svp)

1. Au cours des quatre (4) dernières semaines, avec quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles?
 1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais

2. Au cours des quatre (4) dernières semaines, lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration?
 1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais

3. Au cours des quatre (4) dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu pénétrer votre partenaire?
 1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

5. Presque jamais ou jamais
4. Au cours des quatre (4) dernières semaines, pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire?
1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais
5. Au cours des quatre (4) dernières semaines, pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports?
1. Extrêmement difficile 4. Un peu difficile
 2. Très difficile 5. Pas difficile
 3. Difficile
6. Au cours des quatre (4) dernières semaines, combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels?
1. 1 à 2 fois 4. 7 à 10 fois
 2. 3 à 4 fois 5. 11 fois et plus
 3. 5 à 6 fois
7. Au cours des quatre (4) dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait(e)?
1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais
8. Au cours des quatre (4) dernières semaines, à quel point avez-vous éprouvé du plaisir au cours de vos rapports sexuels?
1. J'ai éprouvé énormément de plaisir 4. Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir
 2. J'ai éprouvé beaucoup de plaisir 5. Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout
 3. J'ai éprouvé pas mal de plaisir
9. Au cours des quatre (4) dernières semaines, lorsque vous étiez stimulé(e) sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé?

1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais
10. Au cours des quatre (4) dernières semaines, lorsque vous étiez stimulé(e) sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous eu un orgasme avec ou sans éjaculation?

1. Presque tout le temps ou tout le temps
2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
5. Presque jamais ou jamais

11. Au cours des quatre (4) dernières semaines, avec quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel?
1. Presque tout le temps ou tout le temps
 2. La plupart du temps (beaucoup plus de la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 5. Presque jamais ou jamais

12. Au cours des quatre (4) dernières semaines, comment évalueriez-vous l'intensité de votre désir sexuel?
- | | |
|---------------|----------------------|
| 1. Très forte | 4. Faible |
| 2. Forte | 5. Très faible/nulle |
| 3. Moyenne | |

13. Au cours des quatre (4) dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e) de votre vie sexuelle en général?
- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. Très satisfait(e) | 4. Moyennement insatisfait(e) |
| 2. Moyennement satisfait(e) | 5. Très insatisfait(e) |
| 3. À peu près autant satisfait(e)
qu'insatisfait(e) | |

14. Au cours des quatre (4) dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e) de vos relations sexuelles avec votre partenaire?
- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1. Très satisfait(e) | 4. Moyennement insatisfait(e) |
|----------------------|-------------------------------|

2. Moyennement satisfait(e) 5. Très insatisfait(e)
3. À peu près autant satisfait(e)
qu'insatisfait(e)

15. Au cours des quatre (4) dernières semaines, à quel point étiez-vous sûr(e) de pouvoir avoir une érection et de la maintenir?

- 1. Très sûr(e) 4. Pas très sûr(e)
 - 2. Sûr(e) 5. Pas sûr(e) du tout
 - 3. Moyennement sûr(e)

SECTION 12. ÉCHELLE D'EXPÉRIENCE AU MONDE

Durant les six (6) derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous ou avez-vous :

	0	1	2	3		
	Jamais	Très rarement	Quelques fois	Souvent		
1.	Eu l'impression d'être dans un rêve.		0	1	2	3
2.	Fait dire que je ne suis pas suffisamment attentif(ve) à tout ce qui se passe autour de moi.	0	1	2	3	
3.	Eu la sensation d'être en dehors de mon corps.	0	1	2	3	
4.	Eu l'impression d'avoir deux ou plusieurs personnes à l'intérieur de moi.	0	1	2	3	
5.	Eu la sensation que tout était irréel autour de moi.	0	1	2	3	
6.	Eu la sensation de ne pas être vraiment moi-même.	0	1	2	3	
7.	Été absent(e) ou dans la lune.	0	1	2	3	
8.	Eu des difficultés à me souvenir les détails d'un événement désagréable que j'ai vécu.	0	1	2	3	
9.	Retrouvé(e) quelque part sans savoir comment je suis arrivé(e) là.	0	1	2	3	
10.	Eu la sensation de me voir depuis l'extérieur.	0	1	2	3	

SECTION 13. CAPACITÉ DU SOI

Ce questionnaire comporte une liste d'expériences que les gens vivent parfois dans leurs vies. Certaines de celles-ci sont des expériences que les gens vivent avec d'autres personnes, et d'autres sont des expériences que les gens vivent par eux-mêmes. Sur votre feuille réponse, s'il vous plaît, encerclez la réponse qui indique le mieux la fréquence à laquelle vous avez vécu chacune de ces expériences dans les six (6)

1	2	3	4	5
Jamais	Une fois ou deux	Quelques fois	Souvent	Très souvent

Au cours des six (6)

1. Des problèmes dans vos relations avec les autres.	1	2	3	4	5
2. Avoir l'impression que vous ne vous connaissez pas très bien.	1	2	3	4	5
3. Être facilement influençable par les autres.	1	2	3	4	5
4. Ne pas être capable de vous calmer.	1	2	3	4	5
5. Lancer ou frapper des objets durant une dispute afin de vous débarrasser de votre colère.	1	2	3	4	5
6. Ne pas vous entendre avec des gens.	1	2	3	4	5
7. Souhaiter vous comprendre mieux.	1	2	3	4	5
8. Être convaincu(e) trop facilement de faire quelque chose.	1	2	3	4	5
9. Avoir de la difficulté à vous calmer une fois que vous étiez en colère.	1	2	3	4	5
10. Vous blesser afin de vous débarrasser de vos sentiments ou pensées bouleversantes.	1	2	3	4	5
11. Vous disputer avec des gens.	1	2	3	4	5
12. Sentir que vous ne comprenez pas vos propres comportements.	1	2	3	4	5
13. Vous faire convaincre de faire quelque chose que vous ne vouliez vraiment pas faire.	1	2	3	4	5
14. Être hors de contrôle émotionnellement.	1	2	3	4	5
15. Manger plus que vous en avez besoin pour vous sentir mieux ou vous calmer.	1	2	3	4	5
16. Avoir beaucoup de hauts et de bas dans vos relations avec les gens.	1	2	3	4	5
17. Être confus(e) à propos de ce que vous vouliez dans la vie.	1	2	3	4	5
18. Donner raison aux autres trop facilement.	1	2	3	4	5
19. Ne pas avoir été capable de contrôler votre colère.	1	2	3	4	5
20. Vous blesser pour vous calmer ou arrêter de vous sentir vide.	1	2	3	4	5
21. Avoir des conflits dans vos relations.	1	2	3	4	5
22. Vous sentir comme si vous n'aviez pas d'identité.	1	2	3	4	5
23. Croire quelque chose que l'on vous a dit, malgré que cela ne fasse pas de sens.	1	2	3	4	5
24. Souhaiter vous calmer, mais ne pas en être capable.	1	2	3	4	5
25. Vous bagarrer juste pour évacuer votre colère.	1	2	3	4	5
26. Vous fâcher contre un(e) ami(e) ou un(e) amoureux(se).	1	2	3	4	5

27.	Oublier qui vous êtes et ce que vous voulez en présence des gens.	1	2	3	4	5
28.	Souhaiter ne pas être aussi facilement mené(e) par les autres.	1	2	3	4	5
29.	Ressentir des changements d'humeur rapides.	1	2	3	4	5
30.	Utiliser le sexe comme un moyen pour arrêter de vous sentir mal.	1	2	3	4	5
31.	Avoir de la difficulté à vous entendre avec des gens au travail, à l'école ou dans votre voisinage.	1	2	3	4	5
32.	Devenir confus(e) à propos de ce que vous désiriez quand vous étiez avec d'autres personnes.	1	2	3	4	5
33.	Laisser d'autres personnes vous dire quoi faire.	1	2	3	4	5

Jamais Une fois ou deux Quelques fois Souvent Très souvent

34.	Éprouver beaucoup de hauts et de bas dans vos sentiments.	1	2	3	4	5
35.	Faire des choses pour arrêter de sentir tant de pression ou de douleur à l'intérieur de vous.	1	2	3	4	5
36.	Avoir des désaccords avec des gens.	1	2	3	4	5
37.	Vous sentir comme si vous étiez quelqu'un d'autre lorsque vous êtes entouré(e) de certaines personnes.	1	2	3	4	5
38.	Faire des choses parce que quelqu'un vous a dit de le faire, même si vous ne vouliez pas le faire.	1	2	3	4	5
39.	Avoir été soudainement très fâché(e) puis vous sentir bien la minute d'après.	1	2	3	4	5
40.	Avoir des activités sexuelles pour vous calmer.	1	2	3	4	5
41.	Vous bagarrer avec des gens.	1	2	3	4	5
42.	Perdre votre identité au sein d'une relation.	1	2	3	4	5
43.	Faire quelque chose que quelqu'un vous a demandé sans même vous arrêter pour vous demander si c'était une bonne idée.	1	2	3	4	5
44.	Devenir heureux pour de courtes périodes de temps, mais qui ne durent pas.	1	2	3	4	5
45.	Faire quelque chose de spectaculaire pour vous distraire.	1	2	3	4	5

SECTION 14. INVENTAIRE DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS

Voici une liste d'événements qui ont pu avoir lieu dans votre vie. Veuillez encercler « OUI » si vous avez vécu l'événement et « NON » si l'événement ne vous est pas arrivé :

Partie 1.		<u>Avant</u> l'âge de 18 ans		<u>Après</u> l'âge de 18 ans	
		Oui	Non	Oui	Non
1.	Est-ce que vos parents avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue?				
2.	Avez-vous déjà vécu un autre événement traumatisant? (ex. : catastrophe naturelle, victime ou témoin meurtre ou de violence, etc.) Précisez : _____				

AVANT L'ÂGE DE 18 ANS

Partie 2. Avant l'âge de 18 ans, combien de fois les énoncés suivants sont arrivés? Basez-vous sur une année typique. Répondez en vous référant à vos parents biologiques ou à tous autres adultes qui ont représenté vos figures maternelles et paternelles.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais ou année	1 fois par par année	2-5 fois par année	6-10 fois par année	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour presque

L'un de mes parents m'a (ou les deux m'ont)

1.	Giflé(e) au visage.	0 1 2 3 4 5 6
2.	Brûlé(e) avec de l'eau bouillante, une cigarette ou autre chose.	0 1 2 3 4 5 6
3.	Frappé(e) ou donné un coup de poing ou un coup de pied.	0 1 2 3 4 5 6
4.	Frappé(e) avec un objet que l'on vous a lancé.	0 1 2 3 4 5 6
5.	Poussé(e) ou bousculé(e).	0 1 2 3 4 5 6
6.	Humilié(e), rabaisé(e) ou ridiculisé(e).	0 1 2 3 4 5 6
7.	Fait sentir comme si je ne comptais pas.	0 1 2 3 4 5 6
8.	Dit que j'étais bon(ne) à rien ou des choses blessantes.	0 1 2 3 4 5 6
9.	M'ignorait, n'était pas là quand j'avais besoin ou semblait ne pas m'aimer.	0 1 2 3 4 5 6
10.	A eu du mal à me comprendre ou à comprendre mes besoins.	0 1 2 3 4 5 6

11.	Pas donné de repas, de bains réguliers, de vêtements propres ou l'attention médicale dont j'avais besoin.	0 1 2 3 4 5 6
12.	Enfermé(e) seul(e) dans une pièce durant une longue période de temps.	0 1 2 3 4 5 6
13.	A ignoré mes demandes d'attention ou ne m'adressait pas la parole.	0 1 2 3 4 5 6
Mes parents (ou ceux qui prenaient soin de moi) :		
14.	Se disaient des bêtises, se criaient par la tête, ou se rabaissaient.	0 1 2 3 4 5 6
15.	Se bousculaient, se frappaient avec les mains, les pieds ou des objets, se battaient ou se lançaient des objets.	0 1 2 3 4 5 6
Un ou plusieurs frère(s) ou sœur(s) :		
16.	m'a insulté(e) ou dit des choses blessantes.	0 1 2 3 4 5 6
17.	m'a battu(e) ou frappé(e) ou donné des coups de poings ou coups de pieds.	0 1 2 3 4 5 6

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	1 fois par ou année	2-5 fois par année	6-10 fois par année	1 fois par mois	1 fois semaine	1 fois par presque
						Chaque jour

Autres expériences au cours de l'enfance

18. J'ai été intimidé(e) ou harcelé(e) par un ou plusieurs jeunes (« bullying »). 0 1 2 3 4 5 6
19. J'appréhendais la colère, je *marchais sur des œufs* ou je faisais des efforts pour ne pas provoquer la colère de mon père ou de ma mère. 0 1 2 3 4 5 6
20. Mon père ou ma mère a été hors de contrôle, a fait une crise ou était incapable de se calmer lorsqu'en colère. 0 1 2 3 4 5 6

Expériences sexuelles précoces

Un acte à caractère sexuel consiste en n'importe quel geste, avec ou sans contact, qui semble sexuel pour vous : caresse ou baiser de nature sexuelle, jeux sexuels, attouchements sexuels, pénétrations orales, vaginales ou anales, proposition verbale à caractère sexuel, exposition à des scènes sexuelles, etc. En vous rapportant à cette définition d'un acte à caractère sexuel, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. A) Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes? (encernez tout ce qui s'applique) :
- Père biologique ou figure paternelle (p. ex., beau-père)
 - Mère biologique ou figure maternelle (p. ex., belle-mère)
 - Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous

- Personne(s) connue(s) (ami(e), ami(e) de la famille, voisin(e), etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - Personne(s) inconnue(s), étranger(s) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - Personne(s) en position d'autorité (enseignant(e), gardien(ne), entraîneur(e), etc.)
 - Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes

B) Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel non-désiré avec l'une des personnes suivantes? (encernez tout ce qui s'applique) :

- Partenaire(s) amoureux/se(s)
 - Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
 - Cousin(e) ou autre(s) membre(s) de la famille élargie
 - Ami(e), voisin(e) ou autre(s) personne(s) connue(s)
 - Personne(s) inconnue(s), étranger(s)

Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel **non-désiré** avant l'âge de 18 ans. *Si vous avez répondu **NON** aux deux sous-questions (A et B) veuillez passer directement à la Partie 3 : **APRÈS** l'âge de 18 ans, page 30.

2. Environ, combien de fois est-ce arrivé?

- 1 fois d. 10 à 20 fois
2 à 5 fois e. 20 à 50 fois
5 à 10 fois f. Tellement de fois que je ne peux plus les compter

3. Pendant combien de temps cela a-t-il duré ?

- a. 0 à 1 mois e. 1 à 3 ans
 - b. 1 à 3 mois f. 3 à 5 ans
 - c. 3 à 6 mois g. 5 ans et plus
 - d. 6 mois à 1 an

4. Quel est le sexe de l'autre personne impliquée?

- Homme(s) Femme(s)

Homme(s) et femme(s) (si plus d'une personne impliquée)

5. La première fois, quel était l'âge approximatif de l'autre personne impliquée? _____

6. Quel(s) geste(s) ont été posé(s)? (encernez tout ce qui s'applique)

- Propositions verbales pour des actes sexuels
- Exposition à des scènes sexuelles
- Voyeurisme (on voulait vous voir nu(e))
- Exhibitionnisme (on vous a montré ses organes génitaux)
- Attouchement(s) sexuel(s) avec les mains ou autres (subi(s) ou pratiqué(s) sur l'autre)
- Sexe oral (fellation(s), cunnilingus)
- Relation(s) sexuelle(s) vaginale(s)
- Relation(s) sexuelle(s) anale(s)
- Viol collectif
- Autres : _____

7. Est-ce qu'une personne a pu être au courant de cet acte à caractère sexuel, au moment où il s'est produit?

Oui, je l'ai dévoilé. Précisez en cochant ce qui s'applique :

- la personne n'a rien fait
- la personne ne m'a pas cru(e)
- la personne est intervenue
- la personne m'a cru(e)
- je me suis senti(e) soutenu(e)

Non, et je ne l'ai jamais dévoilé

Autre, précisez : _____

8. Considérez-vous cet acte à caractère sexuel comme une agression sexuelle?

Oui

Non

APRÈS L'ÂGE DE 18 ANS Partie

3.

1. Avez-vous vécu des événements à caractère sexuel sans votre consentement après l'âge de 18 ans?

- a. Non (passez à la section 19, page 31)
- b. Oui, sans contact (exhibitionnisme, voyeurisme, menaces)
- c. Oui, avec contact (touchés, caresses)
- d. Oui, sexe oral (fellation(s), cunnilingus)
- e. Oui, avec pénétration (vaginale, anale)

Si vous avez répondu OUI à la question 1, veuillez répondre aux questions 2 et 3.

2. Quel était votre lien avec la (les) personne(s) impliquée(s)? (Encerclez tout ce qui s'applique)

- a. Père biologique ou figure paternelle (p. ex., beau-père)
- b. Mère biologique ou figure maternelle (p. ex., belle-mère)
- c. Partenaire(s) amoureux/se(s)
- d. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
- e. Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.)
- f. Personne(s) connue(s) (ami(e) de la famille, voisin(e), enseignant(e), etc.)
- g. Personne(s) inconnue(s), étranger(s)
- h. Personne(s) en position d'autorité (enseignant(e), patron(ne), médecin, etc.)

3. Comment la (les) personne(s) a-t-elle (ont-elles) procédé? (Encerclez tout ce qui s'applique)

- a. Menaces
- b. Violence
- c. Pris avantage des effets de drogue(s) ou de l'alcool
- d. Autre, précisez : _____

SECTION 15. SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Répondez au présent questionnaire en vous référant à une expérience stressante significative (veuillez cocher celle qui s'applique) :

- à (aux) expérience(s) sexuelle(s) non-désirée(s) que vous avez subie(s) **OU**
- si vous n'avez pas vécu d'expérience sexuelle non-désirée, identifiez l'évènement le plus marquant que vous avez vécu : _____ **OU**
- si vous n'avez jamais vécu d'expérience négative significative, **passez à la page suivante (section 20)**.

Ensuite, en gardant en tête le pire évènement vécu, lisez attentivement chacun des problèmes et encerclez le chiffre qui indique à quel point vous avez été dérangé(e) par ce problème au cours du dernier mois.

0

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Modérément

Beaucoup

Extrêmement

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé(e) par :

1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante? 0 1 2 3 4
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante? 0 1 2 3 4
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de la revivre)? 0 1 2 3 4
4. Le fait d'être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante? 0 1 2 3 4
5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (*par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration*)? 0 1 2 3 4
6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associés à l'expérience stressante? 0 1 2 3 4
7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (*par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations*)? 0 1 2 3 4
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante? 0 1 2 3 4
9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives de vous-même, d'autrui ou du monde (*par exemple, avoir des pensées telles que « Je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux »*)? 0 1 2 3 4

10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre pour l'expérience stressante et/ou pour ce qui s'est produit par la suite?	0 1 2 3 4
11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte?	0 1 2 3 4
12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant?	0 1 2 3 4
13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres?	0 1 2 3 4
14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (<i>par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches</i>)?	0 1 2 3 4
15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive?	0 1 2 3 4
16. Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous blesser?	0 1 2 3 4
17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant(e) ou sur vos gardes?	0 1 2 3 4
18. Le fait de vous sentir agité(e) ou de sursauter facilement?	0 1 2 3 4
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	19. Des difficultés de concentration? 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

SECTION 16. ASPECTS DÉPRESSIFS

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases.

Pour chacun des groupes:

Lisez attentivement toutes les phrases;

1)²⁾ Placez un «X» ou un crochet «√» dans la parenthèse () à côté de la phrase qui décrit le mieux comment

vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent;

3) Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» ou un crochet «√» à chacune.

1. () Je ne me sens pas triste.
() Je me sens morose ou triste.
() Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
() Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
() Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

2. () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
() Je me sens découragé(e) à propos du futur.

Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.

Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

3. Je ne sens pas que je suis un échec.

Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.

Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui ont de la valeur ou une signification quelconque.

Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.

Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

4. Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens « tanné(e) » la plupart du temps.

Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.

Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.

Je suis mécontent(e) de tout.

5. Je ne me sens pas particulièrement coupable.

Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.

Je me sens plutôt coupable.

Je me sens mauvais(e) ou indigne presque tout le temps.

Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

6. Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

Je suis déçu(e) de moi-même.

Je ne m'aime pas.

Je suis dégoûté(e) de moi-même.

Je me hais.

7. () Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
() J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
() Je sens que je serais mieux mort(e).
() Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
() J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. ()
Je me tuerais si je le pouvais.
8. () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
() Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
() J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiments pour eux.
() J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux.
9. () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
() J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
() Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
10. () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant () Je m'inquiète de paraître vieux/vieille et sans attrait.
() Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
() Je me sens laid(e) et répugnant(e).
11. () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
() J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
() Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
() J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
() Je ne peux faire aucun travail.

12. () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. () Je me fatigue plus souvent qu'avant.
 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
13. () Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 () Je n'ai plus d'appétit du tout.

SECTION 17. LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Lisez attentivement chaque phrase et encerdez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des sept (7) derniers jours. Très Assez Parfois Jamais souvent

souvent

1.	Je me suis senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir.	3	2	1	0
2.	Je me suis senti(e) seul(e).	3	2	1	0
3.	J'ai eu des blanches de mémoire.	3	2	1	0
4.	Je me suis senti(e) découragé(e) ou j'ai eu les « bleus ».	3	2	1	0
5.	Je me suis senti(e) tendu(e) ou sous pression.	3	2	1	0
6.	Je me suis laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose.	3	2	1	0
7.	Je me suis senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses.	3	2	1	0
8.	J'ai ressenti des peurs ou des craintes.	3	2	1	0
9.	J'ai eu de la difficulté à me souvenir des choses.	3	2	1	0

10.	J'ai pleuré facilement ou je me suis senti(e) sur le point de pleurer.	3	2	1	0
11.	Je me suis senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement.	3	2	1	0
12.	Je me suis senti(e) négatif(ve) envers les autres.	3	2	1	0
13.	Je me suis senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e).	3	2	1	0
14.	Je me suis fâché(e) pour des choses sans importance.	3	2	1	0

SECTION 18. LES EXPÉRIENCES QUOTIDIENNES

Voici une série de propositions décrivant des expériences de la vie quotidienne. Veuillez **ENCERCLER** sur l'échelle de 1 à 6 la fréquence avec laquelle vous vivez chacune de ces expériences actuellement. Veuillez s'il vous plaît répondre selon votre expérience réelle plutôt que selon ce que vous pensez que votre expérience devrait être.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Presque Très Assez Parfois Rarement Presque Toujours fréquemment fréquemment Jamais | | | | | | |
| 1. Il me semble que je fonctionne « en mode automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je fais les choses très rapidement sans y prêter vraiment attention. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je suis tellement focalisé(e) sur le but que je veux atteindre que je perds de vue ce que je suis en train de faire pour y parvenir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je fais des travaux ou des tâches de manière automatique, sans me rendre compte de ce que je suis en train de faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Je me surprends à effectuer des choses sans y prêter attention. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

SECTION 19. ÉCHELLE DE PLEINE CONSCIENCE

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proj Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai |

- | | | | | | |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Jamais ou
très rarement vrai | Rarement vrai | Parfois vrai | Souvent vrai | Très souvent ou
toujours vrai | |
| 1. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. J'ai de la difficulté à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|---|---|
| 9. | Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le siflement des oiseaux ou le passage des voitures. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | On dirait que je fonctionne en mode « automatique » sans prendre vraiment conscience de ce que je fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Je remarque les odeurs et les arômes des choses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | J'ai une pratique de relaxation | | Oui | Non | | |
| | Si oui, précisez : | | | | | |
| | a. Type de pratique (encernez tout ce qui s'applique) : | | | | | |
| | i. Méditation | | | | | |
| | ii. Yoga iii. | | | | | |
| | Prières | | | | | |
| | iv. Autre, précisez : | | | | | |

26. En vous basant sur les quatre dernières semaines, environ combien de fois par semaine avez-vous eu des activités sexuelles incluant la masturbation et les relations sexuelles avec partenaire(s)?
_____ fois par semaine

SECTION 20. COVID-19

1. Comment évalueriez-vous les impacts négatifs que vous vivez par rapport au contexte de la COVID-19 (p. ex., stress, malaises) ? (encernez la réponse)

Aucun Impacts Impact modérés extrêmement
négatif négatifs

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Comment évalueriez-vous les impacts positifs que vous vivez par rapport au contexte de la COVID-19 (p. ex., plus de temps avec mes proches, plus d'activités physique) ? (encernez la réponse)

Aucun Impacts Impact modérés extrêmement positif positifs

1 2 3 4 5 6 7 8 9

SECTION 21. TRAUMA COMPLEXE

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. S'il vous plaît lire _____ pu entourer le chiffre à droite qui indique le mieux à quel point vous avez été dérangé cours du dernier mois.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement

1. Avoir des rêves perturbants dans lesquels se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en lien avec l'expérience ? 0 1 2 3 4
2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui vous viennent à l'esprit, comme si l'expérience se passait à nouveau ici et maintenant ? 0 1 2 3 4

3. Éviter les rappels internes de l'expérience (ex., pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	0	1	2	3	4
4. Éviter les rappels externes de l'expérience (ex., personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations) ?	0	1	2	3	4
5. Être « super-alerte », vigilant ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4
6. Vous sentir « sur les nerfs » ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4

Dans le dernier mois, est-ce que les symptômes mentionnés précédemment ont...

A) Affecté vos relations, votre vie sociale, votre capacité à travailler ou 0 1 2 3
4 n'importe quelle autre partie importante de votre vie (ex. rôle de parent, ou toute autre activité importante) ?

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatisant. Les questions font référence à votre manière typique de vous sentir, de vous percevoir et d'entrer en relation avec les autres. Répondez aux items suivants en notant à quel point chacun est vrai pour vous.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement

7. Quand je suis bouleversé, ça me prend beaucoup de temps pour me calmer.	0	1	2	3	4
8. J'ai l'impression d'être insensible ou émotionnellement éteint(e).	0	1	2	3	4
9. J'ai l'impression d'être un échec.	0	1	2	3	4
10. J'ai l'impression que je ne vaux rien.	0	1	2	3	4
11. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres.	0	1	2	3	4
12. Je trouve difficile de rester proche des autres émotionnellement.	0	1	2	3	4

Dans le dernier mois, est-ce que les symptômes mentionnés précédemment ont...

B) Affecté vos relations, votre vie sociale, votre capacité à travailler ou 0 1 2 3
4 n'importe quelle autre partie importante de votre vie (ex. rôle de parent, ou toute autre activité importante) ?

SECTION 22. DYNAMIQUE DE COUPLE

De manière générale, à quel point ces items reflètent votre réalité au sein de vos relations de couple. Si vous n'avez jamais eu de relation intime référez-vous à une relation qui vous rendrait heureux(se).

	Jamais	Rarement	Parfois	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Toujours
	1	2	3	4	5	6	7
1.	J'aime être la personne qui prend les décisions <u>importantes</u> dans mon couple (p. ex., vacances, moments passés ensemble, planification du mariage, achat de nouveaux meubles).						1 2 3 4 5 6 7
2.	Je suis la personne qui prend les décisions importantes.						1 2 3 4 5 6 7
3.	J'apprécie lorsque mon/ma partenaire prend les décisions (allant du choix de restaurant au budget) sans me consulter.						1 2 3 4 5 6 7
4.	Mon/ma partenaire prend des décisions sans me consulter.						1 2 3 4 5 6 7
5.	J'aime être la seule personne en charge de la prise des décisions dans mon couple.						1 2 3 4 5 6 7
6.	Il m'arrive d'être la seule personne en charge des prises de décisions.						1 2 3 4 5 6 7
7.	Je me sens incapable de prendre des décisions dans mon couple par moi-même, j'ai besoin que mon/ma partenaire 5 6 décide pour moi.						1 2 3 4 7
8.	Je préfère lorsque le fardeau de la prise de décision est porté par (encerclez votre réponse) :						
	Partenaire	Nous deux	Moi				
9.	Le fardeau de la prise de décision est généralement porté par : (encerclez votre réponse) :						
	Partenaire	Nous deux	Moi				

SECTION 23. LES RÔLES SOCIAUX

Pour chaque item, veuillez indiquer en pourcentage (%) à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants. À noter que l'échelle varie de 0 % (Fortement en désaccord) à 100 % (Fortement en accord).

Fortement en désaccord Fortement en accord
0 % 100 %

1. Les personnes peuvent être à la fois agressives et réconfortantes (*nurturing*) sans égard à leur sexe ou genre. _____ %
2. Les personnes devraient être traitées de la même manière sans égard à leur sexe ou genre. _____ %
3. La liberté accordée aux enfants devrait être déterminée par leur âge et leur niveau de maturité et non par leur sexe ou genre. _____ %
4. Les tâches ménagères ne devraient pas être assignées selon le sexe ou le genre. _____ %
5. Nous devrions arrêter de nous interroger sur le genre des gens, à savoir s'ils sont un homme ou une femme, et s'attarder à d'autres caractéristiques. _____ %
6. La principale responsabilité d'un père est de subvenir financièrement pour ses enfants. _____ %
7. Les hommes sont plus sexuels que les femmes. _____ %
8. Certains types d'emplois ne sont tout simplement pas appropriés pour les femmes. _____ %
9. Les mères devraient prendre la plupart des décisions concernant la manière dont les enfants sont élevés. _____ %
10. Durant les premières années de la vie de leurs enfants, les mères devraient travailler seulement si cela est nécessaire. _____ %
11. Les filles devraient être protégées et surveillées plus que les garçons. _____ %
12. Seuls certains types d'emploi conviennent aux hommes et aux femmes. _____ %
13. Pour plusieurs emplois importants, il est préférable de choisir des hommes plutôt que des femmes. _____ %

SECTION 24. DYNAMIQUE SEXUELLE

Veuillez indiquer à quel point les items suivants sont vrais ou pas pour vous dans sexuelles-romantiques. Si vous n'avez pas eu de relation sexuelle-romantique vous pouvez ignorer cette section.

Pas du tout vrai

1

2

3

4

5

Très vrai

1.	J'aime avoir un(e) partenaire sexuel(le) ou romantique qui est en « charge » de ce que nous faisons.	1	2	3	4	5
2.	J'aime ça lorsque mon/ma partenaire me fait sentir en sécurité.	1	2	3	4	5
3.	J'aime dominer sexuellement mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5
4.	J'ai besoin de me sentir contrôlé(e) par mon/ma partenaire pour être vraiment excité(e).	1	2	3	4	5
5.	Mon/ma partenaire doit être attentionné(e) ou doux(ce), sinon je ne suis pas excité(e).	1	2	3	4	5
6.	J'aime être ligoté(e) ou restreint(e) lors de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
7.	Je trouve cela sexuellement excitant lorsque mon/ma partenaire est totalement soumis(e) à moi.	1	2	3	4	5
8.	J'aime ça lorsque mon/ma partenaire est en « charge » lors des relations sexuelles.	1	2	3	4	5
9.	J'ai besoin de me sentir en sécurité lors de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
10.	J'aime contrôler physiquement mon/ma partenaire lors de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
11.	J'aime être soumis(e) à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5
12.	J'ai besoin de me sentir aimé(e) par mon/ma partenaire lors d'activités sexuelles.	1	2	3	4	5
13.	J'ai des fantasmes à propos de « bondage » ou de domination.	1	2	3	4	5
14.	J'aime lorsque mon/ma partenaire est soumis(e) à moi lors de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
15.	Je me sens aimé(e) lorsque mon/ma partenaire est en « charge ».	1	2	3	4	5
16.	J'ai besoin que mon/ma partenaire soit doux(ce) et attentionné(e).	1	2	3	4	5
17.	J'aime lorsque mon/ma partenaire s'abandonne à moi lors de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
18.	J'aime être pris(e) en « charge » lors de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
19.	Je fantasme sur le fait d'attacher ou dominer sexuellement quelqu'un (ou mon/ma partenaire).	1	2	3	4	5
20.	Un(e) partenaire fort(e), en contrôle est plus susceptible de m'exciter.	1	2	3	4	5

SECTION 25. SEXUALITÉ TRAUMATIQUE

Veuillez évaluer votre réponse au cours des six derniers mois sur une échelle de 1 (pas du tout comme moi) à 5 (tout à fait comme moi). À quelle fréquence, au cours des six (6) derniers mois, avez-vous ressenti ce qui suit lors d'une activité sexuelle ?

	Pas du tout					Tout à fait				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	J'ai du mal à me concentrer pendant l'activité sexuelle.					1	2	3	4	5
2.	Je me sens très distract(e) pendant l'activité sexuelle.					1	2	3	4	5
3.	Pendant l'activité sexuelle, mon esprit vagabonde et je n'arrive pas à me concentrer sur l'activité sexuelle.					1	2	3	4	5
4.	J'ai du mal à me concentrer sur ce qui se passe dans mon corps pendant l'activité sexuelle.	1				2	3	4	5	
5.	Je suis incapable d'être émotionnellement connecté(e) à l'activité sexuelle.	1				2	3	4	5	
6.	J'ai l'impression que mon corps a du sexe, mais je ne suis pas vraiment là.	1				2	3	4	5	
7.	Je suis incapable de me laisser aller et d'atteindre l'orgasme.	1				2	3	4	5	
8.	Des souvenirs d'une expérience traumatisante surgissent.	1				2	3	4	5	
9.	J'ai des images (flashbacks) d'une expérience traumatisante.	1				2	3	4	5	
10.	J'ai des souvenirs d'une expérience traumatisante ou d'un(e) agresseur(e).	1				2	3	4	5	
11.	Le toucher de mon/ma partenaire me rappelle une expérience traumatisante ou un(e) agresseur(e).	1				2	3	4	5	
12.	Je pense à une expérience traumatisante ou à un(e) agresseur(e) pendant l'activité sexuelle.	1				2	3	4	5	
13.	Je ne me sens pas à l'aise de vouloir du sexe.	1				2	3	4	5	
14.	Je ne me sens pas bien d'apprécier l'activité sexuelle.	1				2	3	4	5	
15.	Je me sens coupable lorsque je suis excité(e) sexuellement.	1				2	3	4	5	
16.	Je me sens coupable lorsque mon/ma partenaire sont excité(e) sexuellement par moi.	1				2	3	4	5	
17.	Je pense que le sexe est une mauvaise chose.	1				2	3	4	5	
18.	Je me sens obligé(e) d'avoir du sexe avec mon/ma partenaire.	1				2	3	4	5	
19.	Je ressens le besoin d'assouvir les fantasmes sexuels de mon/ma partenaire même si cela ne m'intéresse pas.	1				2	3	4	5	
20.	Je me sens coupable lorsque je n'ai pas de sexe avec mon/ma partenaire alors qu'il/elle le souhaite.	1				2	3	4	5	
21.	Je me sens coupable d'arrêter l'activité sexuelle avec mon/ma partenaire, même si je ressens de la douleur ou de l'inconfort.	1				2	3	4	5	
22.	Je me sens comme en colère contre mon/ma partenaire pendant l'activité sexuelle.	1				2	3	4	5	

23. J'ai l'impression d'avoir peur de mon/ma partenaire pendant l'activité sexuelle. 1 2 3 4 5

24. Pendant l'activité sexuelle, j'ai besoin que mon/ma partenaire me dise toujours ce qui va se passer ensuite. 1 2 3 4 5

25. Je suis très tendu(e) pendant l'activité sexuelle. 1 2 3 4 5

Bravo ! Vous avez maintenant complété la portion du questionnaire pouvant servir à la production du bilan des résultats. Souhaitez-vous répondre à des questions additionnelles servant uniquement à des fins de recherche ?

Oui

Veuillez vous rendre à la section 26 ci-dessous (p. 40)

Non

Fin du questionnaire, merci de votre participation!

SECTION 26. ATTITUDES ET CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Voici une liste d'énoncés qui décrivent certains traits de personnalité ou certaines caractéristiques personnelles. Lisez chaque énoncé ; indiquez si vous êtes d'accord ou non et dans quelle mesure. Si vous êtes complètement d'accord, encerclez le chiffre 7 ; si vous n'êtes pas du tout d'accord, encerclez le chiffre 1 ; si vous vous situez entre ces deux pôles, encerclez un chiffre entre 1 et 7. Choisissez le chiffre 4 si votre réaction est neutre ou si vous n'avez pas d'avis.

Pas du tout
Complètement d'accord d'accord

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Je serais démunis(e) sans l'appui de ceux qui me sont proches. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | J'ai tendance à me satisfaire de mes projets et de mes objectifs actuels au 1 lieu de viser plus haut. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Je ne suis jamais jaloux(se) lorsque je suis en relation intime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Souvent, je trouve que je n'atteins pas mes propres exigences ou 1 2 3 4 5 6 7 idéaux. | | | | | | | |
| 5. | L'instabilité des relations humaines ne me dérange pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Je me sens dévalorisé(e) lorsque je n'arrive pas à répondre à certaines attentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Je me sens souvent impuissant(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Je m'inquiète rarement d'être critiqué(e) pour des choses que j'ai faites ou 1 2 3 4 5 6 7 dites. | | | | | | | |
| 9. | Il existe un écart considérable entre ce que je suis maintenant et ce que je voudrais être. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | J'aime la compétition vive avec les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | À certains moments, je me sens vide à l'intérieur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | J'ai tendance à ne pas être satisfait(e) de ce que j'ai. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Ça ne me dérange pas de savoir si je rencontre ou non les attentes des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Lorsque je me sens seul(e) je deviens craintif(ve). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Si je perdais un(e) ami(e) intime, j'aurais l'impression de perdre une partie importante de moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Les gens m'accepteront peu importe le nombre d'erreurs que j'ai commises. | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 17. | 4 5 6 7 | | | | | | | |
| 17. | J'ai de la difficulté à mettre fin à une relation qui me rend malheureux(se). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Je pense souvent à la possibilité de perdre une personne qui m'est chère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | La réaction des autres à mon égard m'importe peu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Dans une relation entre deux personnes, peu importe le degré d'intimité, il y a toujours beaucoup de conflits et d'incertitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

21.	Je suis très sensible aux signes de rejet chez les autres.	1	2	3	4	5	6	7
22.	J'ai souvent le sentiment d'avoir déçu les gens.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Lorsque quelqu'un me met en colère, je le lui fais savoir.	1	2	3	4	5	6	7
24.	J'essaie toujours de plaire à ceux que j'aime et de les aider ; je me donne souvent beaucoup de mal pour ça.	1	2	3	4	5	6	7
25.	J'ai beaucoup de difficulté à dire «non» aux demandes des ami(e)s.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Je ne me sens jamais vraiment en sécurité dans une relation intime.	1	2	3	4	5	6	7
27.	L'idée que j'ai de moi-même varie souvent ; parfois je suis bien content(e) de moi, d'autres fois je ne vois que mes côtés négatifs et je me sens bon(ne) à rien.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Si la personne qui m'est la plus chère me quittait, je pourrais quand même me débrouiller seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
29.	Il faut sans cesse faire des efforts pour être aimé(e) d'un(e) autre : l'amour se mérite.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Je suis très sensible aux effets de mes paroles et de mes actions sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Je suis une personne très indépendante.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Je me sens souvent coupable.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Je considère que je suis une personne complexe, c'est-à-dire avec plusieurs facettes.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Je fais très attention de ne pas offenser ou blesser une personne qui m'est chère.	1	2	3	4	5	6	7
35.	La colère me fait peur.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Je peux facilement mettre mes problèmes et mes sentiments de côté et consacrer toute mon attention aux problèmes et sentiments des autres.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Si une personne à qui je tiens se mettait en colère contre moi, j'aurais peur qu'elle me quitte.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Après une dispute avec un(e) ami(e), je dois me faire pardonner le plus vite possible.	1	2	3	4	5	6	7
39.	J'ai de la difficulté à accepter mes faiblesses.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Après une dispute, je me sens très seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
41.	Dans mes relations avec les autres, j'accorde beaucoup d'importance à ce qu'ils peuvent m'apporter.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Je pense rarement à ma famille.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Mes sentiments à l'égard des personnes qui me sont chères changent très souvent ; parfois je suis enragé(e) et d'autres fois je ne ressens que de l'amour.	1	2	3	4	5	6	7
44.	J'ai grandi au sein d'une famille unie.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Je suis très satisfait(e) de moi et de ce que j'ai accompli.	1	2	3	4	5	6	7

46. J'ai tendance à être très critique envers moi-même. 1 2 3 4 5 6 7
47. Ça ne me dérange pas du tout d'être seul(e). 1 2 3 4 5 6 7
48. Je m'évalue très souvent en fonction de certaines normes ou de certains objectifs. 1 2 3 4 5 6 7

Fin du questionnaire, merci de votre participation!

APPENDICE E
GUIDE D'INTERPRÉTATION DU BILAN DES RÉSULTATS



UQÀM

TRACE

Unité de recherche
et d'intervention sur le
TRAuma et le Coup[é]

EviSSA

Fonds de recherche
sur la société
et la culture
Équipe Violence Sexuelle et Santé

Québec

SSHRC = CRSH

Guide d'interprétation du bilan des résultats

**Étude des facteurs associés aux difficultés sexuelles
chez des individus ou des couples
consultant en thérapie sexuelle**

Chercheure responsable :

Natacha Godbout, PhD.

Professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (UQÀM)

Membres de l'équipe 2022-2023 :

Martine Hébert, PhD.

Professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (UQÀM)

Monique Tardif, PhD.

Directrice de la clinique de sexologie

Professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (UQÀM)

Marianne Girard, M.A.

Coordonnatrice de recherche

Étudiante au doctorat en sexologie, Université du Québec à Montréal (UQÀM)

Assistanteres de recherche de l'Unité de recherche et d'intervention sur le TRAuma et le Couple (TRACE), Université du Québec à Montréal (UQÀM)

Organismes de financement :

FRQS, Fonds de recherche du Québec - Santé

CRSH, Conseil de recherches en sciences humaines

Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM)

Table des matières

INTRODUCTION	122
1. ATTACHEMENT AMOUREUX	122
2. AJUSTEMENT DYADIQUE	130
3. DISSOCIATION	132
4. CAPACITÉS DU SOI	134
5. VIOLENCE CONJUGALE	140
6. ÉVÈNEMENTS STRESSANTS	144
7. SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	149
8. TRAUMA COMPLEXE	150
9. SEXUALITÉ TRAUMATIQUE	153
10. DISPOSITION À LA PRÉSENCE ATTENTIVE	156
11. DIMENSIONS DE LA PRÉSENCE ATTENTIVE	157
12. SYMPTÔMES DÉPRESSIFS	161
13. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	163
14. ESTIME DE SOI SEXUELLE	165
15. SATISFACTION SEXUELLE	167
16. DYNAMIQUE SEXUELLE	168
17. DYNAMIQUE RELATIONNELLE / DE COUPLE	169
18. DÉTRESSE SEXUELLE	171
19. COMPORTEMENTS SEXUELS	173
20. FONCTION SEXUELLE	175
A. FONCTION ÉRECTILE	175
B. FONCTION VAGINALE	178
21. DIFFICULTÉS SEXUELLES	180
22. RÔLES SOCIAUX	182
23. SCHÉMAS	183

INTRODUCTION

Ce guide aide à interpréter votre Bilan des résultats obtenu dans le cadre du partenariat recherche-clinique-enseignement. Il présente les différents questionnaires, les construits mesurés, des détails sur la codification et des exemples pour partager oralement les résultats avec vos clients.es.

Les questionnaires sont présentés dans l'ordre d'apparition sur le Bilan des résultats.

Toutes questions sur la cotation des questionnaires ou sur la production des Bilans des résultats peuvent être dirigées à la coordonnatrice du projet de recherche à l'adresse courriel suivante :

girard.marianne.7@courrier.uqam.ca.



ATTACHEMENT AMOUREUX

(Questionnaire = Experiences in Close Relationships ; Brennan, Clark et Shaver, 1998)



L'attachement réfère aux représentations qu'on se fait de soi et des autres dans le contexte d'une relation amoureuse. Elles teintent la façon dont on va rechercher la proximité, ou au contraire avoir besoin de distance avec notre partenaire. L'attachement amoureux à l'âge adulte découle des expériences relationnelles passées (surtout avec les figures d'attachement en enfance, suivi des expériences intimes subséquentes). L'attachement amoureux à l'âge adulte est conceptualisé à travers deux dimensions :

l'attachement anxieux (anxiété d'abandon) et

l'attachement

évitant (évitement de l'intimité).

L'attachement anxieux (anxiété d'abandon) réfère à la perception qu'on a de soi-même en contexte relationnel, de sa valeur personnelle dans le contexte d'une relation intime. Il est caractérisé par une peur du rejet et de l'abandon, de perdre l'autre ou que l'autre nous laisse tomber. L'attachement anxieux implique une hypervigilance aux signes de non-disponibilité de l'autre (et une hyperactivation du système d'attachement face aux menaces perçues, qu'elles soient réelles ou non). La personne est très sensible aux signes qui pourraient signifier que sa relation est en danger, que l'autre risque de ne plus être là pour elle, ou qu'elle n'est pas à la hauteur et ne « mérite » pas l'amour de l'autre. Lorsque la personne perçoit que l'autre partenaire n'est pas disponible, son système d'attachement est rapidement hyperactivé, ce qui génère des comportements visant un besoin de réassurance au sujet de l'amour de l'autre ou pour garder l'autre proche, bien que ces comportements ne soient pas toujours appropriés (p. ex., ne pas laisser l'autre partir, jalousie, demandes fréquentes de réassurances mais ne le croit pas, etc.).

Possibilités dans votre bilan des résultats :

Pas davantage d'anxiété d'abandon que la moyenne des gens (type non-anxieux)	Davantage d'anxiété d'abandon que la moyenne des gens (type anxieux)
---	---

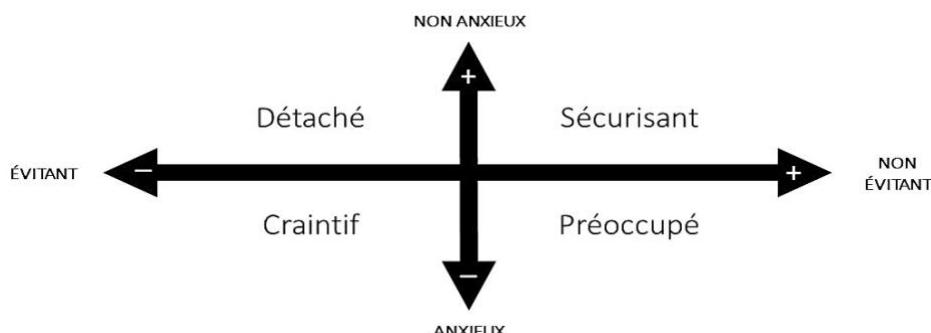
L'attachement évitant (évitement de l'intimité) réfère à la perception qu'on a de l'autre dans un contexte relationnel. Il est caractérisé par un inconfort avec l'intimité émotionnelle, la dépendance, et même l'interdépendance, ce qui génère un grand besoin d'autonomie, avec l'idée qu'on ne peut compter que sur soi-même (p. ex., si on s'ouvre à l'autre réellement, l'autre va me blesser). Cette dimension implique une désactivation du système d'attachement : devant une menace à la relation le système d'attachement se désactive. La personne semble alors inaccessible, a besoin de se retirer, se replier sur elle-même. Ces stratégies automatiques de désactivations sont

héritées des expériences passées et permettent à la personne de se protéger, d'éviter le risque que l'autre ne soit pas en mesure de répondre à ses besoins (p. ex., offrir un réconfort ou soutien en cas de vulnérabilité). La personne tend ainsi à se couper de sa vulnérabilité en contexte relationnel, ce qui l'amène aussi à se couper de l'autre, et qui est lié à des difficultés relationnelles importantes.

Possibilités dans votre bilan des résultats :

Pas davantage évitement de l'intimité que la moyenne des gens (type non-évitant)	Davantage d'évitement de l'intimité que la moyenne des gens (type évitant)
---	---

Sur la base de ces deux grandes dimensions d'attachement, il est possible de calculer le style d'attachement parmi quatre (4) possibilités : sécurisant, préoccupé, détaché et craintif.



Le style **sécurisant** est caractérisé par un modèle internalisé positif de soi et de l'autre. Ces personnes ont l'impression de mériter l'amour de l'autre et sont en mesure de faire confiance à leur figure d'attachement (leur partenaire). Ces personnes jouissent généralement d'une bonne estime d'eux-mêmes en contexte relationnel et sont à l'aise dans la proximité, l'intimité avec autrui, tout en sachant préserver leur autonomie. Ils vont avoir tendance à décrire une enfance avec des parents disponibles et sensibles à leurs besoins. En contexte relationnel, ils tendent à rapporter une satisfaction conjugale élevée et à être en mesure d'aller chercher du réconfort en cas de besoin, et s'engager de façon interdépendante. Ils ont une capacité à développer une relation intime durable et satisfaisante et les données indiquent une faible tendance à s'engager dans des relations amoureuses d'un soir ou à avoir des relations sexuelles en dehors de leur relation principale lorsque cela ne fait pas partie de l'entente relationnelle (p. ex., couple ouvert, couple monogame, etc.). Sur le plan sexuel, les données indiquent que les individus avec style d'attachement sécurisant soient les plus satisfaits. Ces individus manifestent respect et ouverture à l'intérieur des relations sexuelles, vivent peu de sentiment d'être menacés, et sont à même d'installer naturellement une communication ouverte et curieuse qui favorise le plaisir et l'intimité. Ils vivent ainsi plus d'émotions positives lors de leurs interactions sexuelles.

Le style **préoccupé** est caractérisé par un modèle négatif de soi et positif de l'autre. Les personnes avec ce style ont tendance à être inquiètes à propos leur relation, éprouver une angoisse d'abandon ou une grande peur d'être quittés, que l'autre disparaîsse, que leur relation prenne fin. Elles vivent généralement plus de jalousie, avec l'impression que les autres sont mieux qu'eux, donc que leur personne significative pourrait aisément les laisser tomber pour une autre personne. Ces individus tiennent beaucoup à leurs relations, mais doutent d'eux-mêmes, ce qui les amène parfois à faire des demandes récurrentes de soutien et d'amour, sans se sentir repus, et à avoir parfois besoin d'une réassurance constante de la part de l'autre. Elles manifestent une hypervigilance envers les signes de rejet, d'abandon ou de perte, comme si leur cerveau était constamment à l'affût des signes pouvant annoncer que l'autre va partir, cesser de les aimer, n'est pas disponible, ou ne les aime pas réellement (p. ex., si l'autre voit qui je suis vraiment quand l'autre comprendra, l'autre me quittera, je n'ai rien à offrir). On note aussi une tendance à interpréter (parfois de façon erronée) l'affection de l'autre comme étant fausse. Iels ont tendance à décrire une enfance avec des parents non disponibles (ou de façon irrégulière), n'ayant pas été en mesure de répondre à leur besoin d'amour, de réassurance de soins, etc., de façon satisfaisante. Sur le plan sexuel, les individus avec un style d'attachement préoccupé tendent à rechercher incessamment l'intimité (p. ex., à travers la tendresse, l'affection, la sexualité). La sexualité peut être utilisée afin de ne pas perdre le partenaire ou pour se réassurer sur l'amour de l'autre. Le rapport à la sexualité diffère toutefois en fonction du genre. En effet, les personnes qui s'identifient comme femmes avec un attachement anxieux auraient davantage de relations sexuelles dans le but de ne pas perdre l'autre ou pour faire plaisir, tandis que les personnes qui s'identifient comme hommes chercheraient plutôt la réassurance à travers l'acte sexuel, ce qui les amènerait parfois à insister sur ce plan auprès de leur partenaire. Enfin, les individus préoccupés sont aussi plus anxieux envers leur propre performance sexuelle, ils rapportent une plus faible satisfaction sexuelle et démontrent une plus grande acceptation de comportements sexuels non désirés.

Le style d'attachement **détaché** est caractérisé par un modèle positif de soi, mais négatif de l'autre. Les personnes avec ce style d'attachement tendent à considérer avoir une valeur personnelle assez élevée, mais sont incapables de dépendre des autres, de rechercher leur réconfort ou de se dévoiler. Elles évitent l'interdépendance. Au contraire, elles valorisent l'indépendance et peuvent donner l'impression aux autres qu'ils sont froids, distants et rationnels. Ces individus ont tendance à faire une description idéalisée des relations avec leurs figures parentales alors qu'en réalité, ils étaient plutôt indépendants, rejettants, et valorisaient l'invulnérabilité. En contexte relationnel, ces personnes tendent à se plaindre que l'autre partenaire veut trop de proximité ou de contact avec eux, ce qui exacerbe leur besoin de distance. Ils peuvent préférer s'engager dans des relations brèves, fuir l'engagement et exprimer que la sexualité sans amour est idéale. Sur le plan sexuel, les individus avec un style d'attachement détaché sont plus à l'aise dans les activités sexuelles sans engagement (p.ex., one-night stand) et peuvent en venir à éviter les relations sexuelles lorsqu'ils sont

en couple. Ils auraient tendance à transgresser leur entente relationnelle (p. ex., infidélité dans un couple monogame) et à vivre de l'inconfort avec les manifestations d'affection.

Le style d'attachement **craintif** est caractérisé par un modèle négatif de soi et des autres en contexte relationnel. Il décrit des personnes qui désirent être en relation intime avec leur partenaire, mais qui demeurent méfiantes pour se protéger de la douleur liée au rejet ou à la perte éventuels de l'être aimé. Puisqu'elles se perçoivent comme peu aimables et sans mérite, elles ont tendance à être solitaires, timides, introverties, peu s'affirmatives et à avoir de la difficulté à se confier. Leur tendance à anticiper le rejet, tout en voulant être acceptées des autres les amène à se distancier dans leurs relations et à redouter les confrontations, à laisser avant d'être laissées, etc. Ces individus ont tendance à décrire une enfance où leurs parents étaient peu disponibles, ou marquée d'expériences de rejet, d'abandon et de traumatismes (abus/violence). Sur le plan sexuel, les craintifs ont moins d'expériences sexuelles, sont plus susceptibles de souffrir de difficultés sexuelles et de rapporter de la coercition sexuelle.

Le cadre conceptuel de l'attachement permet une lecture assez précise de la dynamique amoureuse d'un individu ou d'un couple. Il peut guider le/la thérapeute lors du processus d'évaluation et de traitement des problèmes de couple et également en individuel pour des problèmes sur le plan de l'intimité, de l'engagement et des relations de couple. Attention, les styles d'attachement ne constituent pas une entité unique ou absolue ; éviter d'apposer une étiquette à l'usager ou l'usagère en fonction du style d'attachement, mais utiliser ces informations pour réfléchir à ce qui est arrivé à chaque personne et les effets sur sa façon de se percevoir et de percevoir l'autre en contexte relationnel.

Pour plus d'information à ce sujet, voir le document-synthèse L'attachement dans les relations de couple :

Fonctions et enjeux cliniques (Brassard et Lussier, 2009) et le chapitre de livre Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M. F., Péloquin, K., et Sabourin, S. (2017). L'attachement dans les relations de couple. Dans Y. Lussier et S. Sabourin (Éds), Les fondements de la psychologie du couple, 53-86.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Dans le questionnaire, on a mesuré votre style d'attachement amoureux. Savez-vous à quoi réfère l'attachement ? (compléter les connaissance et discussion sur origine des expériences passées, présenter les deux dimensions). Selon ce que vous avez écrit dans vos questionnaires, vous rappez (voir les résultats) ... ».

« Sur la base de ces deux dimensions (possibilité de dessiner le schéma en croix ou de faire une croix avec vos bras), on peut voir apparaître quatre styles d'attachement.

Je vais vous les décrire et ensuite, je vais vous demander de me dire lequel vous pensez correspond à votre style. »

« Quand on mesure le style d'attachement d'une personne, on cherche à mesurer deux dimensions précises dans sa manière d'être en relation avec les autres. Selon si ces dimensions sont plus ou moins présentes, cela va faire ressortir un attachement prédominant parmi 4 styles différents.

La première dimension à laquelle on s'intéresse est l'anxiété d'abandon, qui correspond à une peur du rejet et de l'abandon, de perdre l'autre ou que l'autre nous laisse tomber. Est-ce que c'est quelque chose que vous reconnaissiez dans vos relations/c'est une préoccupation qui vous est familière ?

- Si répond oui : C'est ce que nous reflète aussi le questionnaire (présenter les résultats en fonction du seuil).
- Si répond non, mais que vous observez une anxiété d'abandon chez votre client.e : Lorsque nous avons abordé votre historique relationnel, vous m'avez mentionné (donner des exemples de propos de la personne, d'inquiétudes soulevées, etc.). Ces façons de penser traduisent un certain degré d'anxiété d'abandon qui a également ressorti dans vos réponses au questionnaire.

La deuxième dimension observée est l'évitement de l'intimité, qui correspond cette fois à un inconfort avec l'intimité émotionnelle (à distinguer d'intimité sexuelle), la dépendance, et même l'interdépendance, ce qui peut se traduire par un grand besoin d'autonomie, avec l'idée qu'on ne peut compter que sur soi-même. Est-ce que cette deuxième dimension est quelque chose qui fait sens avec votre vécu lorsque vous êtes en relation avec quelqu'un ? (continuer avec les mêmes explications) ».

« ... (pour décrire les 4 styles, vous baser sur les descriptions plus haut en imbibant des éléments de vie et des caractéristiques de la personne à qui vous parlez, voici un exemple) :

1. Le style sécurisant définit des personnes qui ont confiance en elles et en l'autre en contexte relationnel, qui ont un confort avec l'intimité avec une faible peur de perdre l'autre, qui se sentent bien confortable à demander du soutien à l'autre en cas de besoin et d'en bénéficier.
2. Le style préoccupé décrit ceux qui sont plus inquiets à propos leur relation, qui ont une grande peur d'être quittés ou qui vivent parfois de la jalousie.
3. Le style détaché décrit ceux qui ont tendance à être plus indépendants et distants, même avec ceux qu'ils aiment beaucoup. Ces personnes sont plus confortables dans des relations où il y a peu de dévoilement de soi et où elles peuvent conserver leur indépendance.
4. Finalement, le style craintif décrit ceux qui accordent beaucoup d'importance aux relations avec les autres mais qui sont tout de même distants avec ceux qu'ils aiment pour se protéger de la douleur en cas de rejet ou de perte de l'être aimé.

D'après vous, quel est le style d'attachement qui vous correspond le plus ? »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Anxiété d'abandon

Sous le seuil Moyenne $< 3,5$	Au-dessus du seuil Moyenne $\geq 3,5$
Pas davantage d'anxiété d'abandon que la moyenne des gens (non-anxieux)	Davantage d'anxiété d'abandon que la moyenne des gens (anxieux)

Évitement de l'intimité

Sous le seuil Moyenne $< 2,5$	Au-dessus du seuil Moyenne $\geq 2,5$
Pas davantage d'évitement de l'intimité que la moyenne des gens (non-évitant)	Davantage d'évitement de l'intimité que la moyenne des gens (évitant)

Style d'attachement dominant calculé en fonction des scores aux deux dimensions

Style d'attachement	Anxiété d'abandon	Évitement de l'intimité
Sécurisant (1)	Non-anxieux	Non-évitant

Détaché (2)	Non-anxieux	Évitant
Préoccupé (3)	Anxieux	Non-évitant
Craintif (4)	Anxieux	Évitant

AJUSTEMENT DYADIQUE

(Dyadic Adjustment Scale ; Spanier, 1976 ; traduit par Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986)

Ce questionnaire permet d'évaluer le niveau d'adaptation conjugale. L'adaptation conjugale est un concept global formé de plusieurs facteurs tels :

- Le **consensus** (est-ce que les partenaires sont en accord sur des sujets importants pour l'un et/ou pour l'autre ?)
- L'**expression d'affection** (est-ce que les partenaires sont satisfait.e.s de leurs échanges affectifs et sexuels ?)
- La **satisfaction** (est-ce que les partenaires sont satisfait.e.s de l'état actuel de leur relation et est-ce que les partenaires s'engagent à maintenir cette relation ?)
- La **cohésion** (est-ce que les partenaires partagent différentes activités ?).

Ce questionnaire jauge la satisfaction quant à la relation de couple actuelle et permet de différencier les gens qui sont satisfaits de leur relation conjugale (heureux) de ceux qui rapportent de la détresse dans leur relation de couple (qui sont malheureux).



Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vous avez aussi répondu à des questions sur votre satisfaction dans le contexte de votre relation intime. Le questionnaire utilisé mesure quatre dimensions (possibilité de les décrire, voir plus haut). Puis à partir de ce que vous avez dit dans vos réponses sur ces dimensions, le questionnaire permet d'indiquer où vous vous situez quant à votre satisfaction sur l'état actuel de votre couple, en comparaison aux normes auprès des couples en générale et des couples en détresse conjugale. Vos résultats indiquent que (présenter les résultats sur les quatre dimensions, puis sur le score total de satisfaction/détresse conjugale) ... »

« Le questionnaire d'ajustement dyadique auquel vous avez répondu vient essentiellement mesurer où vous vous situez quant à votre satisfaction sur l'état actuel de votre couple. Selon le score, le questionnaire indique si la personne est insatisfaite et souhaiterait voir beaucoup d'améliorations dans son couple, si elle est moyennement satisfaite et souhaiterait voir certaines améliorations dans son couple, ou encore si elle est satisfaite et souhaiterait voir peu ou pas d'améliorations dans

son couple. À l'heure actuelle, où vous situeriez-vous à l'intérieur de ces trois catégories ?

- C'est aussi ce que me reflète vos résultats au questionnaire OU vos résultats au questionnaire suggèrent un niveau de satisfaction différent.

(Développer en allant voir avec elle ou la personne se situe en fonction du seuil clinique sur les 4 différentes dimensions qui composent le concept global d'adaptation conjugale : consensus, expression d'affection, satisfaction et cohésion) ».

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

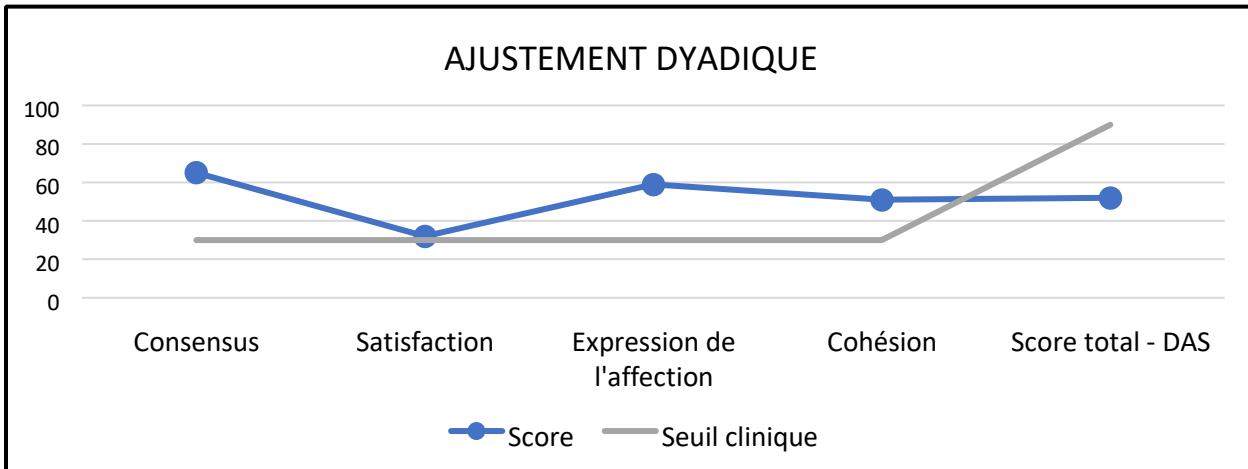
Sous-échelles	Au-dessus du seuil clinique Score > 30	Sous le seuil clinique Score ≤ 30
Consensus	Non-clinique	Clinique
Expression d'affection	Non-clinique	Clinique
Satisfaction	Non-clinique	Clinique
Cohésion	Non-clinique	Clinique

Note. Le présent seuil clinique est basé sur la moyenne des gens retrouvée au sein d'une étude de validation réalisée auprès d'adultes de la communauté générale.

Résultat sur la qualité de vie conjugale

Sous le seuil clinique Score total ≤ 90	Près du seuil clinique Score total entre 91 et 109	Au-dessus du seuil clinique Score total > 110
Insatisfaisante, souhaiterait beaucoup d'améliorations dans son couple. →Détresse conjugale	Moyennement satisfaisante, souhaiterait voir certaines améliorations dans son couple.	Satisfaisante, souhaiterait peu ou pas d'améliorations dans son couple.

Résultats en graphique (exemple) :



* si les scores apparaissent sous la ligne grise qui démarque la zone clinique, les scores démontrent une détresse conjugale significative

DISSOCIATION

(Trauma Symptom Inventory, 2nd ed., TSI-2; Briere, 2010)

La dissociation telle que mesurée ici se définit comme une forme de détresse psychologique qui se traduit par une altération défensive de la conscience, souvent de façon inconsciente ou automatique (p. ex., sans l'intention volontaire de la personne), et qui se développe comme une réaction d'évitement face à une souffrance potentielle. Elle apparaît souvent à la suite au vécu d'une expérience difficile ou traumatique.

L'échelle de dissociation mesure une variété d'expériences dissociatives : le désengagement cognitif, la dépersonnalisation, la déréalisation et des indicateurs du trouble dissociatif de l'identité.

Les individus obtenant un score élevé sur l'échelle de dissociation ont tendance à éprouver de la distractibilité, à ne pas se sentir en contact avec l'expérience au moment présent, avec leurs émotions, leurs cognitions, leurs pensées, et à avoir un faible sentiment de soi. Un score cliniquement élevé sur l'échelle de dissociation peut refléter un trouble dissociatif potentiel, dans ce cas, un suivi avec une évaluation plus complète est nécessaire.

L'importance d'évaluer la dissociation dans le cadre d'une thérapie sexuelle repose sur de nombreuses prémisses. Notamment, certains troubles sexuels pourraient être causés par la présence de symptômes dissociatifs. Par exemple, les femmes ayant un trouble de l'orgasme, souffrant de dyspareunie ou de vaginisme ont des scores plus

élevés au niveau de la dissociation par rapport aux femmes sans ces troubles sexuels (Farina et al., 2011). Il est possible que la présence de dissociation ait un impact sur la réponse et/ou la satisfaction sexuelle en créant une distance entre la personne et son corps lors d'un acte sexuel.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« L'un des questionnaires a mesuré spécifiquement la présence de symptômes qui sont typiques de la dissociation (décrire les exemples d'éléments si souhaité). Vos résultats au questionnaire sur la dissociation indiquent que ... »

« Un des questionnaires auquel vous avez répondu mesurait spécifiquement la dissociation. On parle de dissociation lorsqu'une personne a de la difficulté à se sentir en contact avec l'expérience au moment présent. C'est comme s'il y avait un manque de connexion entre la personne et ses émotions, ses pensées ou son corps. Sans que la personne ne le veuille nécessairement, c'est comme si ça tête choisissait de la rendre moins consciente du moment présent pour la protéger d'une souffrance potentielle. Souvent, on observe que cette réaction involontaire se développe après que la personne ait vécu une situation difficile ou une expérience qui l'a perturbée. Est-ce que vous pensez avoir déjà vécu un moment où vous étiez déconnectée du moment présent comme ça ? »

« Quand on parle de difficultés sur le plan de la sexualité, il peut être pertinent d'aller voir s'il y a présence de dissociation chez la personne, parce qu'on voit un lien entre le fait d'être moins connecté à son corps et la présence de certains problèmes sexuels. La dissociation peut donner l'impression à la personne de ne pas être à 100% dans son corps pendant les moments d'intimité sexuelle. Est-ce que ce que je dis fait du sens pour vous ? »

Si le.la client.e présente un score élevé :

« Vous réponses indiquent que vous présentez un niveau de dissociation près/audessus du seuil clinique, ce qui m'indique qu'il est possible que vous expérimentiez des symptômes dissociatifs. Reconnaissez-vous ce sentiment de ne pas être à 100% dans votre corps à certains moments ? De ne pas vous sentir connecté.e au moment présent ?»

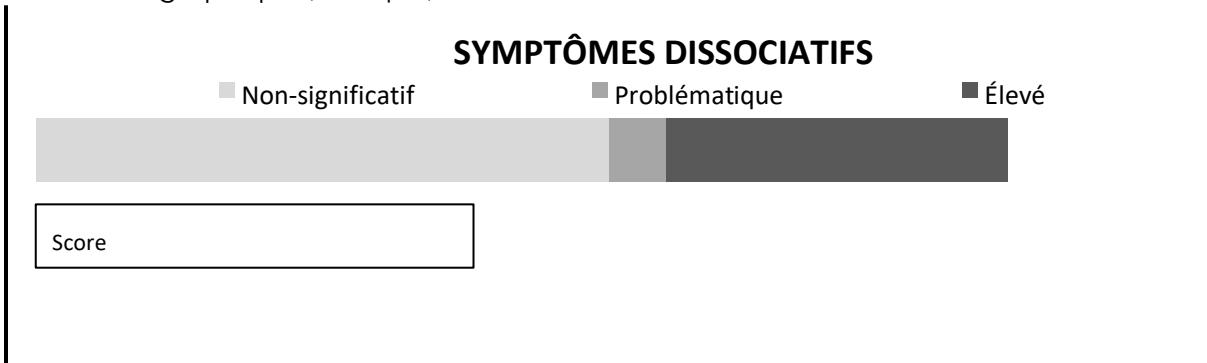
Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Niveau de dissociation

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score ≤ 59	Score entre 60 et 64,9	Score ≥ 65
Non-significatif	Problématique, à surveiller	Cliniquement élevé

Note. Score pondéré selon l'âge et le genre

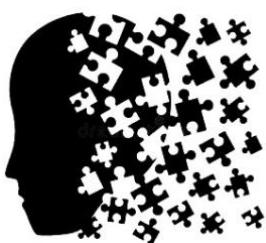
Résultat en graphique (exemple) :



* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique des symptômes dissociatifs

CAPACITÉS DU SOI

(Inventory of Altered Self Capacities-IASC; Briere, 2000)



Les capacités du soi réfèrent au « tronc psychologique » de l'être humain (Godbout), aux ressources personnelles permettant de faire face adéquatement aux défis de la vie, de composer avec nos états mentaux de façon constructive et d'être bien enraciné.e et adapté.e au quotidien. Le questionnaire des Capacités du soi comporte trois dimensions : (1) l'échelle relationnelle, (2) l'échelle identitaire et (3) l'échelle de régulation émotionnelle.

(1) L'**échelle relationnelle** comprend :

- Les **conflits interpersonnels**. Cette sous-échelle évalue les difficultés dans les relations avec les autres. Les conflits sont évalués de façon générale, dans

différents contextes (romantique, amical, relations de travail). Un score élevé à cette sous-échelle suggère une tendance à vivre des relations émotionnellement difficiles voir chaotiques et souvent de courte durée. Un score élevé indique une tendance à éprouver d'intenses colères ou de l'irritabilité, qui peuvent causer ou résulter en des problèmes relationnels. Ces conflits peuvent aussi émerger au sein d'une relation thérapeutique et interférer avec le cours ou la durée du traitement.

(2) L'**échelle identitaire** comprend :

- Les **difficultés identitaires**. Cette sous-échelle évalue les difficultés à maintenir un sens cohérent de son identité et de sa conscience de soi (diffusion identitaire). Cela peut inclure des difficultés à identifier ses besoins, ses objectifs et les causes de ses comportements, à se connaître, et ne pas se sentir « vide ». Le contact avec des personnes significatives ou impressionnantes peut exacerber les difficultés identitaires des personnes avec un score élevé, elles peuvent aussi confondre leurs sentiments ou pensées avec ceux des autres.
- L'**influençabilité**. Cette sous-échelle évalue la tendance à suivre les idées d'autrui sans profonde critique personnelle (susceptibilité à l'influence). Un score élevé suggère une influençabilité et un certain manque de confiance en soi. L'usage d'interventions non-directives est alors à favoriser.

(3) La **régulation émotionnelle** comprend :

- Le **manque de régulation émotionnelle**. Cette sous-échelle réfère à des sautes d'humeur, des difficultés d'expression de la colère ou des émotions fortes, ainsi qu'une incapacité relative à sortir des états dysphoriques sans utiliser des comportements d'extériorisation délétères (p. ex., agression, automutilation) ou d'évitement (p. ex., dissociation, toxicomanie). Les individus ayant des difficultés de régulation émotionnelle se sentent facilement dépassés et une progression thérapeutique plus lente peut être préconisée.
- Les **activités de réduction de la tension**. Cette sous-échelle réfère à la tendance à répondre à des états internes (p. ex., le stress) ou des émotions (p. ex., la frustration, la colère) négatives à l'aide de comportements extériorisés dysfonctionnels (p. ex., automutilation, violence, acting-out sexuels). Les individus avec un score élevé ont tendance à faire des passages à l'acte qui peuvent les mettre ou mettre d'autres personnes en danger, particulièrement s'ils se sentent abandonnés, rejetés ou maltraités.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

Échelle relationnelle

« Les capacités du soi reflètent trois domaines de tâches essentielles au fonctionnement adulte optimal : plan relationnel, plan identitaire et plan des émotions et leur régulation. D'abord, au plan relationnel, les questionnaires ont évalué les conflits interpersonnels, soit dans quelle mesure vous éprouvez des problèmes dans vos relations avec les autres, que ce soit avec des amis, une partenaire amoureuse ou des collègues de travail. »

Si le.la client.e présente un score élevé :

« Vos résultats indiquent que vous avez tendance à vivre des relations qui peuvent générer des sentiments de colère ou d'irritabilité chez vous, qui sont émotionnellement chaotiques et souvent de courte durée. Est-ce que cela a du sens pour vous ? (possibilité de faire des liens avec les résultats sur l'attachement si pertinent) ».

Échelle identitaire

« Deuxièmement, l'échelle de difficultés liées à l'identité évalue la connaissance que l'on a de soi-même et de son identité, par exemple, si on connaît ses besoins, ses objectifs, ses opinions, et les causes de ses comportements. (possibilité de faire des liens avec dissociation, dimension d'attachement anxieux qui réfère au modèle de soi en contexte relationnel, etc.) ».

Si le.la client.e présente un score élevé :

« Vos résultats montrent que vous nous nous avez dit avoir une identité moins consolidée que la moyenne des gens, qu'il peut vous arriver de confondre vos pensées ou vos sentiments avec ceux des autres, surtout lorsqu'ils sont importants pour vous ou impressionnant (lier avec ce que vous connaissez de la personne). Est-ce que cela a du sens pour vous ? »

Échelle de la régulation émotionnelle

« Troisièmement, le plan des émotions et leur régulation, nous avons évalué votre régulation émotionnelle, ce qui réfère à comment vous gérez vos émotions (p. ex., ce que vous faites avec votre colère, tristesse, anxiété, etc.). Cette échelle évalue si

vous faites l'expérience de sautes d'humeur, d'excès de colère ou d'autres émotions fortes,

ainsi qu'une difficulté à gérer les émotions négatives. Elle peut être liée à la présence de comportements problématiques ou d'évitement (p. ex., toxicomanie, automutilation, agressivité) en réponse aux émotions fortes (possible de lier aux scores de détresse psychologique). »

Si le.la client.e présente un score élevé :

« Vous avez rapporté dans vos réponses aux questionnaires des difficultés à gérer vos émotions, surtout lorsqu'elles sont fortes ou négatives, ou que parfois, vous pouvez adoptez certains comportements dysfonctionnels en réponse à cela. Est-ce que cela a du sens pour vous ? »

Pour chaque sous-échelle, les résultats du.de la client.e sont comparés aux scores observés dans la population générale afin de déterminer s'il ou elle présente des altérations de son fonctionnement interpersonnel, identitaire ou émotionnel, et si ces difficultés sont présentes à un niveau cliniquement significatif.

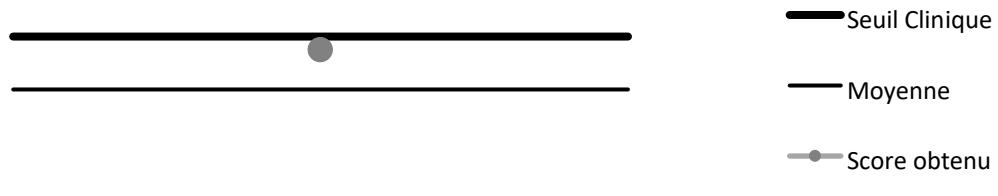
Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

❖ **Conflits interpersonnels**

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 64	Score entre 64 et 69	Score ≥ 70
Non significatif	Problématique	Cliniquement significatif

Résultat en graphique (exemple) :

Conflits interpersonnels

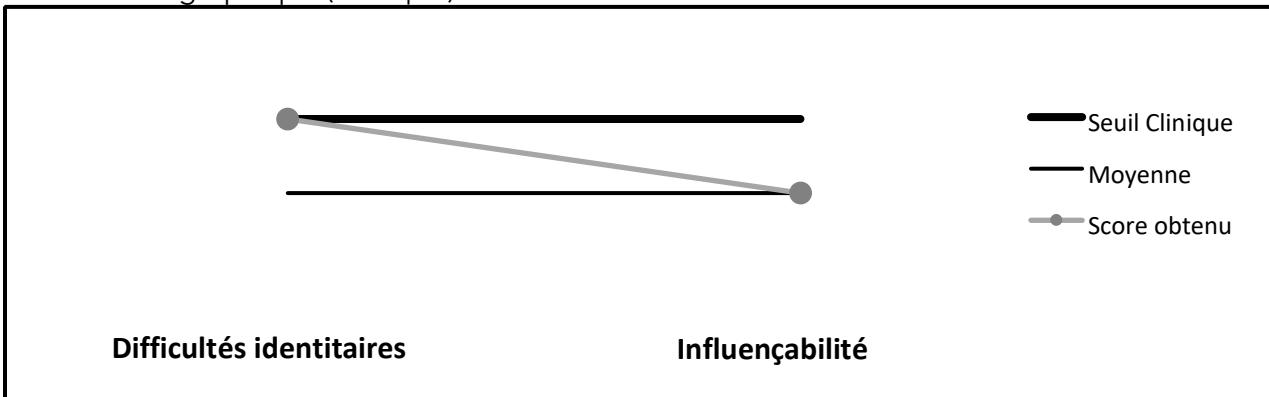


* le score de votre client.e est indiqué à l'aide d'un point

❖ Difficultés identitaires et influençabilité

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 64	Score entre 64 et 69	Score ≥ 70
Non significatif	Problématique	Cliniquement significatif

Résultats en graphique (exemple) :

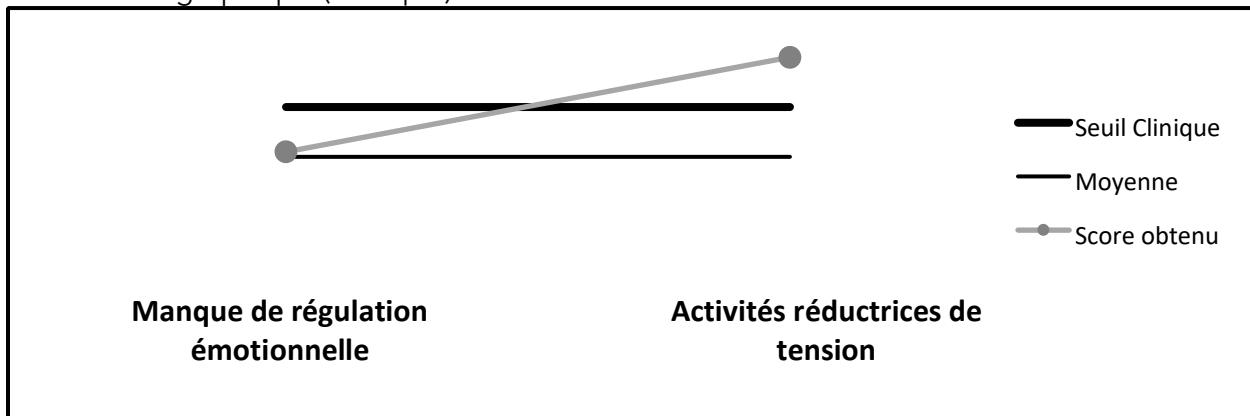


* les scores de votre client.e sont indiqués à l'aide de points

❖ **Manque de régulation émotionnelle et Activités réductrices de tension**

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 64	Score entre 64 et 69	Score ≥ 70
Non significatif	Problématique	Cliniquement significatif

Résultats en graphique (exemple) :



* les scores de votre client.e sont indiqués à l'aide de points

VIOLENCE CONJUGALE

(Échelle brève du Conflict Tactics Scale; Straus et al., 1996 ; adaptation française par Hébert et Parent, 2000; Intimate terrorism and situational couple violence, Johnson, Leone et Xu, 2014)

Le questionnaire de violence conjugale évalue quatre types de violence : violence psychologique, violence physique, violence sexuelle et le contrôle coercitif. Ce questionnaire mesure les gestes de violence conjugale utilisés lors de conflits au cours de la dernière année. Les résultats de ce questionnaire sont divisés de façon à voir quel(s) individu(s) du couple a subi de la violence et qui a émis des gestes violents en

termes de fréquence et permet de reconnaître la présence ou l'absence de violence au sein du couple au cours de la dernière année. Il n'est pas rare que des individus ne sachent pas reconnaître des actes de violence ou les considèrent banals, il est donc important d'examiner les résultats ci-dessous afin de savoir et d'informer votre cliente sur ce qui se passe qui pourrait s'avérer un élément important de la dynamique de couple.



La **violence psychologique** se définit par l'utilisation de la communication verbale et non-verbale avec l'intention de porter préjudice mentalement ou émotionnellement au/à la partenaire et/ou d'exercer un contrôle sur le ou la partenaire, sans qu'il n'y ait d'atteintes physiques. Ce type de violence inclut la violence verbale (p. ex., insulter, sacrer, insulter,

humilier le partenaire), la menace verbale d'utiliser la violence physique ou la coercition sexuelle, ou encore, le recours à des gestes violents ou à des armes pour menacer l'autre, et finalement la destruction de biens appartenant au ou à la partenaire.

La **violence physique** reflète à l'utilisation de force physique envers le/la partenaire ayant pour conséquence de faire du mal, causer des blessures, ou même l'invalidité ou le décès du ou de la partenaire. Ce type de violence inclut : secouer, pousser ou bousculer le ou la partenaire, lui donner une claque ou une gifle, un coup de pied, ou un coup de poing, frapper le ou la partenaire avec un objet, lui lancer un objet et menacer l'autre avec une arme blanche ou une arme à feu.

La **violence sexuelle** décrit tout geste visant à forcer le ou la partenaire à avoir des contacts sexuels, dont tout acte sexuel commis ou tenté sans le consentement éclairé du ou de la partenaire. Ce type de violence inclut l'utilisation de force, de menaces ou de substances (p. ex., drogue ou alcool) pour obliger le ou la partenaire à avoir des relations sexuelles, ainsi que le fait d'insister pour avoir des relations sexuelles alors que le ou la partenaire ne le veut pas. La violence sexuelle inclut également le fait d'avoir une relation sexuelle (orale, anale ou vaginale) contre le gré de son ou sa partenaire et le fait d'obliger l'autre à faire ou à recevoir des attouchements sexuels alors qu'il ou elle ne le désire pas.

Le **contrôle coercitif** est une forme de violence psychologique et inclut toute tactique de contrôle exercée sur le ou la partenaire, telle que tenter de limiter les contacts du partenaire avec sa famille et ses amis ou exiger de savoir où le partenaire se situe à tout moment, faire sentir le/la partenaire inadéquat(e), effrayer le ou la partenaire, tenter de provoquer des disputes avec le ou la partenaire ou l'empêcher d'avoir accès aux décisions et enjeux du couple comme l'implication dans la gestion du revenu familial.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Ce questionnaire mesure la façon dont vous et votre partenaire, dans la dernière année, gérez vos conflits. Le questionnaire mesure aussi si vous avez subi et utilisé certains comportements plus dysfonctionnels dans votre relation. » Vous pouvez nommer les gestes qui sont présentés dans le bilan :

« Les résultats indiquent que vous avez subi... et émis... »

Chaque énoncé du bilan des résultats réfère à des comportements que le ou la client.e peut avoir utilisé ou subi au cours de la dernière année, accompagné de leur fréquence.

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

† Type de violence subie ou émise (psychologique, physique, sexuelle, contrôle)

- Présence d'au moins un événement de violence dans le couple au cours de la dernière année = **Oui**
- Absence d'événements de violence dans le couple au cours de la dernière année = **Non** (jamais)

† Geste spécifique émis ou subi

- Nombre de fois (nb) dans la dernière année
 - 0 = Jamais
 - 1 = 1 fois
 - 2 = 2 fois
 - 3 = 3 à 5 fois
 - 4 = 6 à 10 fois
 - 5 = 11 à 20 fois
 - 6 = Plus de 20 fois
 - 7 = Pas au cours de la dernière année mais c'est déjà arrivé

▪ Vous effraie	Je fois	de fois
	Je fois	de fois

ÉVÈNEMENTS STRESSANTS

(Early Trauma Inventory Self-Report, Bremner, 2004; traduit par Hébert et Zuk, 2008)

Certaines personnes vivent toutes sortes d'expériences relationnelles en enfance. Par exemple, certains ont reçu des punitions physiques exagérées, d'autres se sont fait excessivement critiquer, alors que certains ont eu le sentiment de ne pas être importants aux yeux de ceux qui prenaient soin d'eux (pour une revue des répercussions à l'âge adulte, voir Dugal, Bigras, Godbout et Bélanger, 2016; Godbout, Runtz, MacIntosh et Briere, 2013). Les résultats de ce questionnaire (Godbout, Bigras et Sabourin, 2017) indiquent si le client ou la cliente rapporte avoir vécu ces expériences au moins une fois au cours de son enfance (avant l'âge de 18 ans) et au cours de sa vie adulte. Les résultats vous permettront de voir à quelle fréquence, s'il y en a, ont eu lieu les événements traumatisques.

Expériences de vie évaluées dans le questionnaire :

L'abus/mauvais traitement physique (punitions physiques) décrit l'expérience de contacts ou de contraintes physiques perpétrés par un parent ou une personne de confiance et inclut : les coups de poing ou de pied et les gifles, les bousculades, être frappé.e avec un objet, être brûlé.e avec de l'eau bouillante, une cigarette ou autre chose.



L'abus psychologique (violence émotionnelle) réfère à l'expérience de rejet, d'humiliation, de blâme, de critiques, de menaces ou d'insultes de la part d'un parent ou d'une personne de confiance.

La négligence physique réfère au défaut de subvenir aux besoins primaires d'un enfant et inclut : l'impossibilité d'offrir un logement décent, des soins médicaux et d'hygiène personnelle, des vêtements propres et adaptés à la température, ou de la

nourriture ou le fait d'avoir été enfermé.e, seul.e, dans une pièce durant de longues périodes de temps.

La **négligence psychologique** réfère à un manquement, de la part des parents, à rencontrer les besoins affectifs et d'éducation d'un enfant. Ceci inclut : le fait de ne pas s'être senti.e aimé.e ou compris.e, le fait d'avoir été ignoré.e, ou qu'on ait ignoré ses demandes d'attention.

L'**agression sexuelle** (évènement à caractère sexuel) à l'enfance se décrit comme tout acte sexuel commis à l'égard d'un enfant de moins de 16 ans par un adulte ou une personne ayant cinq ans de plus que celui-ci, ou qui est dans une situation d'autorité par rapport à l'enfant. Un acte sexuel consiste en tout geste, avec ou sans contact et inclut : une caresse ou un baiser, un jeu ou une proposition verbale à caractère sexuel, des attouchements sexuels, une pénétration orale, vaginale ou anale ou l'exposition à des scènes sexuelles (p. ex., photo, vidéo, en personne). L'agression sexuelle à l'enfance inclut aussi tout acte à caractère sexuel non désiré ou subit contre son gré avant l'âge de 18 ans.

Être **témoin de violence physique** réfère à l'observation de violence physique entre les parents.

Être **témoin de violence psychologique** réfère à l'observation de violence psychologique entre les parents.

L'**intimidation** réfère au harcèlement subi par les pairs et inclut tout comportement verbalement ou physiquement agressif avec tentative de domination de la part d'un autre jeune.

Autres événements de vie :

- Un de ses parents ou les deux avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue
- Fratrie l'a insulté ou a dit des choses blessantes
- Fratrie l'a battue, ou frappé, ou donné des coups de poings ou de pied
- Appréhendais la colère, marchais sur des œufs ou faisais des efforts pour ne pas provoquer la colère du père ou de la mère
- Père ou mère a été hors de contrôle, a fait une crise ou était incapable de se calmer lorsqu'en colère

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Certaines personnes vivent toutes sortes d'expériences relationnelles en enfance, et les données issues du travail clinique et des travaux de recherche montrent bien les traces de ces expériences sur le vécu, le fonctionnement et le bien-être des personnes aujourd'hui. Par exemple, certains ont reçu des punitions physiques exagérées, d'autres se sont fait excessivement critiquer, alors que certains ont eu le sentiment de ne pas être importants aux yeux de ceux qui prenaient soin d'eux. Notre questionnaire a permis de mesurer l'expérience de ce genre d'expérience relationnelle. Dans votre questionnaire, vous avez indiqué ... Je veux aujourd'hui valider que vous avez vécu ces expériences, et nous pourront y revenir ensemble selon vos besoins, vos objectifs, etc. (adapter selon votre façon de travailler et les motifs de chaque personne, etc.) ... »

Pour chaque type d'événement traumatique, le questionnaire indique si le ou la client.e a vécu, ou non, ce genre de mauvais traitements en enfance.

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

† **Type de maltraitance ou d'événement stressant subi** (p. ex., négligence psychologique, abus physique, etc.)

- Présence d'au moins un événement stressant en moyenne par année avant l'âge de 18 ans = **Oui**
- Absence d'un événement stressant en moyenne par année avant l'âge de 18 ans = **Non** (jamais)

† **Geste spécifique subi**

- Nombre de fois dans une année moyenne (fréquence moyenne par année)
 - 0 = Jamais
 - 1 = 1 fois par année
 - 2 = 2-5 fois par année
 - 3 = 6 à 10 fois par année
 - 4 = 1 fois par mois
 - 5 = 1 fois par semaine

- 6 = Chaque jour ou presque

Avant l'âge de 18 ans :

Punitions physiques infligées par les parents	Oui/Non Fréquence Fréquence Fréquence Fréquence Fréquence
- Giflé.e au visage	
- Brûlé.e avec de l'eau bouillante, une cigarette ou autre chose	
- Frappé.e ou donné.e un coup de poing ou un coup de pied	
- Frappé.e avec un objet qu'on lui a lancé	
- Poussé.e ou bousculé.e	
Abus émotionnel infligé par les parents	Oui/Non Fréquence Fréquence Fréquence
- Humilié.e, rabaissé.e ou ridiculisé.e	
- Faire sentir comme si je ne comptais pas	
- Dire que j'étais bon.ne à rien ou des choses blessantes	
Négligence psychologique infligée par les parents	Oui/Non Fréquence Fréquence Fréquence
- M'ignorait, n'était pas là quand j'en avais besoin ou semblait ne pas m'aimer	
- A eu du mal à me comprendre ou à comprendre mes besoins	
- A ignoré mes demandes d'attention ou ne m'adressait pas la parole	
Négligence physique infligée par les parents	Oui/Non Fréquence Fréquence
- Ne m'a pas donné de repas, de bains réguliers, de vêtements propres ou l'attention médicale dont j'avais besoin	
- M'a enfermé.e seul.e dans une pièce durant une longue période de temps	
Événement à caractère sexuel	Oui/Non
- De plus, lorsque demandé.e « Considérez-vous cet acte à caractère sexuel comme une agression sexuelle? », votre client.e a répondu : NON OUI	

Autres événements traumatisques :

Avant 18 ans :

- Un de ses parents ou les deux avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue
- Parents se disaient des bêtises, se criaient par-dessus la tête ou se rabaissaient
- Parents se bousculaient, se frappaient avec les mains, les pieds ou des objets, se battaient ou se lançaient des objets
- Fratrie l'a insulté.e ou a dit des choses blessantes
- Fratrie l'a battu.e ou frappé.e, ou lui a donné des coups de poings ou de pied
- A été intimidé.e ou harcelé.e par un ou plusieurs jeunes

-
- Appréhendais la colère, marchais sur des œufs ou faisais des efforts pour ne pas provoquer la colère du père ou de la mère
 - Père ou mère a été hors de contrôle, a fait une crise ou était incapable de se calmer lorsqu'en colère
 - La personne rapporte un autre événement stressant

Après 18 ans :

- Un de ses parents ou les deux avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue
- Événement à caractère sexuel non-désiré (avec ou sans contact physique)

SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(Modified PTSD Symptom Scale, Self-Report; Resick, Falsetti, Resnick et Kilpatrick, 1991 traduit par Stephenson, Brillon, Marchand et Di Blasio, 1995)



À la suite d'un événement où on a été confronté.e, directement ou indirectement (p. ex., observer chez une autre personne), à la mort ou à une menace à l'intégrité physique (p. ex., agression sexuelle) ou psychologique (p. ex., terreur), il est possible de vivre un stress post-traumatique. Cet état découle généralement de sentiments de peur intense et d'impuissance pouvant être générés par un évènement traumatisant. Les symptômes de stress post-traumatique, comme son nom l'indique, sont les symptômes liés au vécu d'un tel événement traumatisant dans la vie d'un individu.

Le stress post-traumatique décrit la détresse qui peut résulter de cet évènement et se traduire à travers quatre (4) catégories de symptômes (réviviscence, évitement, hyperréactivité et altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur). Ils prennent la forme de cauchemars ou de flashbacks, d'un sentiment d'être toujours sur ses gardes, d'un évitement de certains endroits ou situations rappelant l'événement ou encore, d'un vécu de détachement face aux autres ou d'un grand sentiment de culpabilité face aux problèmes que cet événement a pu engendrer.

Ce questionnaire a permis d'évaluer la présence de symptômes de stress posttraumatique. Un score au-dessus du seuil clinique piste vers l'évaluation plus approfondie de ce trouble.

Attention, aucun questionnaire ne peut confirmer la présence d'un diagnostic, l'établissement d'un diagnostic nécessite une évaluation psychologique complète.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur le stress post-traumatique indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Sous le seuil clinique Score
 ≤ 32

Au-dessus du seuil clinique
Score > 32

Non	Oui
Absence clinique de stress post-traumatique	Présence clinique de stress post-traumatique

Notez que votre client.e doit avoir indiqué un événement traumatique afin de compléter le questionnaire des symptômes traumatiques

TRAUMA COMPLEXE

(International Trauma Questionnaire ; Cloitre et al., 2018; Traduction en français par Cyr et Godbout, 2019)



Cet instrument est une mesure brève qui cible les symptômes centraux du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et du trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) en employant des règles diagnostiques simples. L'ITQ a été développé en cohérence avec les principes organisationnels de la CIM-11 tels qu'énoncés par l'Organisation Mondiale de la Santé, soit la maximisation de l'utilité clinique et l'applicabilité à l'internationale en mettant l'emphase sur les principaux symptômes d'un trouble donné. L'ITQ est disponible publiquement et gratuitement pour utilisation par tous les partis intéressés. L'évaluation de l'instrument se poursuit, notamment en ce qui a trait à la définition de l'altération fonctionnelle pour le TSPT et le TSPT-C et au contenu des énoncés pouvant être prédicteurs des résultats différentiels du traitement.

Un diagnostic de TSPT requiert la présence d'au moins un symptôme dans chacune des dimensions suivantes : (1) d'intrusion, (2) évitement et (3) activation, en plus de la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé à ces symptômes.

Un diagnostic de TSPT-C requiert la présence d'au moins un symptôme dans chacune des dimensions du TSPT (intrusion, évitement et activation) et d'au moins un symptôme dans chacune des dimensions des perturbations de l'organisation du soi (POS) : (1) difficultés de régulation émotionnelle, (2) concept de soi négatif et (3) perturbations relationnelles. La présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé au TSPT et d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé au POS.

Un individu peut recevoir soit un diagnostic de TSPT, soit un diagnostic de TSPT-C. Si un individu remplit les critères du TSPT-C, cet individu ne reçoit pas un diagnostic de TSPT-C en plus.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur le trauma indiquent que... »

« Lorsqu'un individu est confronté à un ou des évènements traumatiques, il est possible qu'il développe des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT)... Vous avez répondu au questionnaire sur le trauma et vos résultats indiquent des manifestations de stress post-traumatique, soit l'intrusion, l'évitement et une activation ou réactivité altérée qui nuisent à votre fonctionnement (voir plus haut pour l'explication des trois dimensions si pertinent). »

« Lorsqu'un individu est confronté à plusieurs évènements traumatiques (donner des exemples adaptés à chaque personne), il est possible qu'il développe des symptômes de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) qui fait référence aux effets des traumas vécus sur les trois (3) composantes qui forment le socle du fonctionnement à l'âge adulte : : (1) la régulation émotionnelle, (2) le concept de soi et (3) les habiletés

relationnelles. » (expliquer les dimensions avec l'aide des informations plus haut et en discuter avec la personne sur la base de ses résultats au questionnaire).

- Garder en tête qu'il ne s'agit pas ici d'offrir un diagnostic mais d'offrir une psychoéducation sur les effets des traumas sur la personne afin de guider les interventions

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Comprendre les scores cliniques du TSPT et du TSPT-C

TSPT	TSPT-C
Au moins un (1) symptôme dans chaque dimension du TSPT + présence d'altérations fonctionnelles.	Présence d'au moins un (1) symptôme dans chaque dimension du TSPT + présence de difficultés de l'organisation du soi + altérations fonctionnelles.

Possibilités de résultats sur les dimensions du TSPT

Intrusion		Évitement		Activation	
Présence d'intrusion	Absence d'intrusion	Présence d'évitement	Absence d'évitement	Présence d'activation	Absence d'activation
Score clinique des symptômes de stress post-traumatique (TSPT)					
Critères du TSPT non-remplis			Critères du TSPT remplis		

Possibilités de résultats sur les trois (3) dimensions de l'organisation du soi

Régulation émotionnelle	Concept de soi négatif		Perturbations relationnelles	
Présence de difficultés de régulation émotionnelle	Absence de difficultés de régulation émotionnelle	Présence de concept de soi négatif	Absence de concept de soi négatif	Présence de perturbations relationnelles
Score clinique des symptômes de stress post-traumatique complexe (TSPT-C)				
Critères du TSPT-C non-remplis			Critères du TSPT-C remplis	

Possibilités de résultats selon les scores obtenus précédemment

Altérations fonctionnelles liées au stress post-traumatique ou au stress post-traumatique complexe	
Présence d'altérations fonctionnelles liées aux symptômes de TSPT ou de TSPT-C	Absence d'altérations fonctionnelles liées aux symptômes de TSPT ou de TSPT-C

SEXUALITÉ TRAUMATIQUE

(PT-SEX ; Post-Traumatic Sexuality ; Gewirtz-Meydan et Lassri, 2022; Traduction en français par Martel et Godbout, 2022)

Une sexualité traumatisante réfère aux réponses traumatisques qui peuvent émerger pendant une activité sexuelle et se décline en six (6) facettes : dissociation, intrusivité, honte et culpabilité, sentiment de devoir plaire à l'autre, détresse interpersonnelle et hypervigilance lors des activités sexuelles (Gewirtz-Meydan, sous presse). La sexualité traumatisante peut toucher des personnes rapportant avoir vécu une agression sexuelle ou un stress post-traumatique, mais les symptômes peuvent aussi toucher des personnes qui vivent des difficultés sexuelles, telle que la honte reliée à la sexualité.

Exemples des six (6) facettes de la sexualité traumatisante :

1. **Dissociation** (p.ex., « J'ai l'impression que mon corps a du sexe, mais je ne suis pas vraiment là. »)
2. **Intrusivité** (p.ex., « Le toucher de mon/ma/mes partenaire.s me rappelle une expérience traumatisante ou un.e agresseur.e. »),
3. **Honte et culpabilité** (p.ex., « Je me sens coupable lorsque je suis excité.e sexuellement. »),
4. **Sentiment de devoir plaire à l'autre** (p.ex. « Je me sens obligé.e d'avoir du sexe avec mon/ma/mes partenaire.s.»),
5. **Détresse interpersonnelle** (p.ex. « J'ai l'impression d'avoir peur de mon/ma/mes partenaire.s pendant l'activité sexuelle. »),
6. **Hypervigilance lors des rapports sexuels** (p.ex. « Pendant l'activité sexuelle, j'ai besoin que mon/ma/mes partenaire.s me dise toujours ce qui va se passer ensuite. »).

Par exemple, un.e survivant.e d'agression sexuels dans l'enfance qui présente des symptômes d'intrusivité peut trouver que le toucher, la nudité, le flirt, la stimulation orale ou génitale ou toute forme de pénétration sont des éléments qui déclenchent des réactions traumatisques tels que des flashbacks ou de la dissociation.

Un autre exemple serait une personne qui associe la masturbation à la honte et la culpabilité puisqu'ils a grandi dans un contexte religion ou culturel qui condamne la

pratique. Ainsi, alors que certains symptômes émergent dans un contexte d'activité sexuelle avec un ou des partenaires, d'autres facettes peuvent être représentatives de leur croyances et sentiments par rapport à la sexualité (p.ex., le sexe est une chose dégoûtante et dangereuse), par rapport à eux-mêmes (p.ex., je ne mérite pas d'avoir du plaisir sexuel), et par rapport aux autres (par ex. mon/ma/mes partenaires se servent de moi comme d'un objet sexuel).

D'autres personnes vont avoir des symptômes d'hypervigilance, limitant la capacité d'apprécier les sensations agréables tout en exacerbant les sensations désagréables (par ex. douleur sexuelle, Payne et al., 2005).

Puisque la sexualité traumatique se décline en six (6) facettes et se calcule avec une moyenne, une personne pourrait démontrer, par exemple, seulement une (1) ou deux (2) facettes de la sexualité traumatique (sentiment de devoir plaire à l'autre et honte et culpabilité par exemple) sans démontrer un seuil clinique de sexualité traumatique.

Ce questionnaire a permis d'évaluer la présence de symptômes de sexualité traumatique. Un score au-dessus du seuil clinique piste vers l'évaluation plus approfondie.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur la sexualité traumatique montrent un score global qui est dans la moyenne, par contre il y a une distinction dans le score de dissociation, où vous êtes au-dessus de la moyenne... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Score global de sexualité traumatique

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,44	Score entre 1,44 et 2,13	Score > 2,13
Faible	Modéré	Problématique, à surveiller

Dissociation

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,53	Score entre 1,53 et 2,34	Score > 2,34
Faible	Modéré	Problématique, à surveiller

Intrusivité

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,23	Score entre 1,23 et 1,85	Score > 1,85
Faible	Modéré	Problématique, à surveiller

Honte et culpabilité

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,31	Score entre 1,31 et 2,04	Score > 2,04
Faible	Modéré	Problématique, à surveiller

Sentiment de devoir plaire à l'autre

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,65	Score entre 1,65 et 2,48	Score > 2,48
Faible	Modéré	Problématique, à surveiller

Détresse interpersonnelle

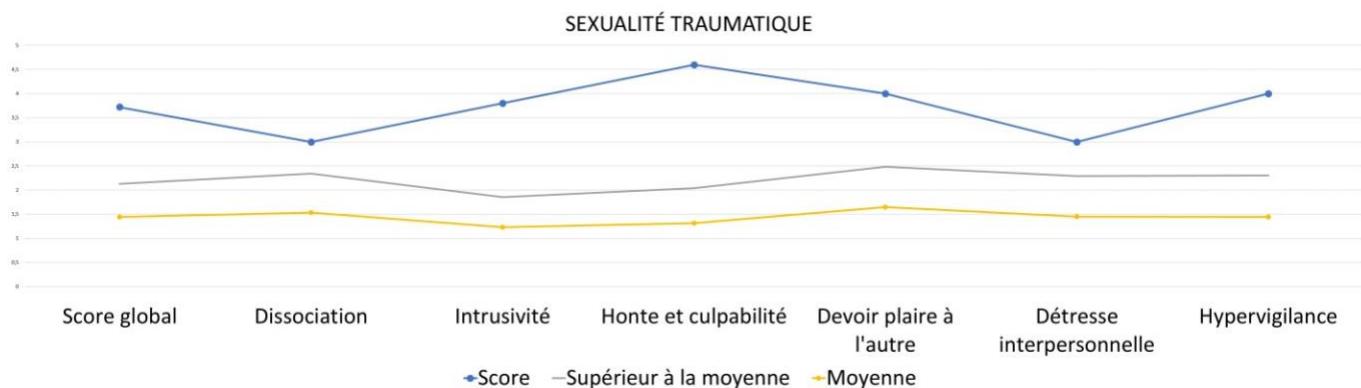
Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,45	Score entre 1,45 et 2,29	Score > 2,29

Faible	Modéré	Problématique, à surveiller
--------	--------	-----------------------------

Hypervigilance lors des activités sexuelles

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 1,44	Score entre 1,44 et 2,3	Score > 2,3
Faible	Modéré	Problématique, à surveiller

** Les présents seuils cliniques sont basés sur les moyennes des gens retrouvées au sein d'une étude de validation réalisée auprès d'adultes de la communauté générale.



DISPOSITION À LA PRÉSENCE ATTENTIVE

(MAAS ; Brown et Ryan, 2003 ; traduit par Jermann et al., 2009 ; abrégé par Osman et al., 2016)

La disposition à la présence attentive est un concept complexe qui inclut la capacité à diriger son attention sur les expériences encourues dans le moment sans jugement et avec acceptation. Elle indique une conscience ouverte ou réceptive et une attention à ce qui se passe dans le moment présent.

Une meilleure disposition à la présence attentive est associée dans les études à un meilleur bien-être sexo-relationnel, dont une plus forte satisfaction conjugale (Khoury, Grégoire et



Dionne, 2019), une plus forte satisfaction sexuelle (Godbout, Bakhos, Dussault et Hébert, 2020) et une baisse de diverses dysfonctions sexuelles (Jaderek et LewStarowicz, 2019). Chez les survivants.es de trauma, la disposition à la présence attentive peut s'avérer une cible d'intervention efficace afin d'améliorer leur santé psychologique, sexuelle et relationnelle en diminuant l'utilisation de stratégies d'évitement expérientiel et du mode « survie » et en promouvant une connexion avec son monde intérieur (Godbout et Briere, 2012).

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« La présence attentive réfère à la capacité à porter attention à ce qui est vécu dans le moment présent, sans jugement. Cela décrit un état d'esprit réceptif où notre attention porte volontairement et simplement sur ce qui se produit dans le moment présent. Dans le questionnaire, vous avez rapporté que... ».

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score \leq 3,1	Score entre 3,2 et 5,2	Score \geq 5,3
Dispositions faibles de présence attentive	Dispositions moyennes de présence	Dispositions élevées de présence attentive

Note. Le présent seuil clinique est basé sur la moyenne des gens retrouvée au sein d'une étude de validation réalisée auprès d'adultes de la communauté générale

DIMENSIONS DE LA PRÉSENCE ATTENTIVE

(FFMQ ; Baer et al., 2006 ; traduit par Heeren et al., 2011 ; abrégé par)

La présence attentive est souvent conceptualisée selon cinq (5) dimensions, soit la description, l'observation, l'agir avec conscience, le non-jugement et la non-réactivité. Ainsi, la description fait référence à la capacité à nommer les expériences internes (p.ex., « Je suis doué.e pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments ») ; l'observation à la capacité à remarquer les expériences internes comme les pensées et les émotions au fur et à mesure qu'elles surviennent (p.ex., « J'observe mes sentiments

sans me laisser emporter par eux ») ; l'agir avec conscience à la capacité à mettre son attention sur le moment présent (p.ex., « Je porte attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage ») ; le non-jugement à la capacité à accepter les expériences internes sans jugement (p.ex., « Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises ») ; et la nonréactivité à la capacité de permettre l'allé et venu des expériences internes sans se laisser emporter par celles-ci (p.ex., « Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir ») (Baer et al., 2006).

Une présence attentive élevée se caractériserait par des niveaux élevés sur chacune des dimensions et inversement, de faibles niveaux sur l'ensemble des dimensions indiquerait une présence attentive faible. Cependant, la dimension de l'observation a été critiquée puisqu'elle corrèle négativement ou ne corrèle pas avec des composantes liées au bien-être psychologique (p.ex., moins de dépression, plus de compassion de soi ; Bravo et al., 2016 ; Gu et al., 2020). Ainsi, des niveaux élevés sur la dimension de l'observation combinés à de faibles niveaux sur la dimension du nonjugement seraient caractéristiques d'un bien-être sexo-relationnel moindre à l'âge adulte (Hémond-Dussault et al., 2022).

Inversement, de faibles niveaux sur la dimension de l'observation combinés à des niveaux élevés sur la dimension du non-jugement seraient caractéristiques d'un bien-être sexo-relationnel élevé à l'âge adulte (Hémond-Dussault et al., 2022). Chez les survivants de trauma, il serait alors pertinent de considérer la combinaison de niveaux élevés d'observation et de faibles niveaux de non-jugement et le développement des autres dimensions pourrait être visé afin d'accroître leur bien-être sexo-relationnel.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Les dimensions de la présence attentive sont des composantes évaluant les capacités de description, d'observation, d'agir avec conscience, de non-jugement et de nonréactivité. Des scores élevés ou faibles sur les dimensions témoignent de notre niveau de présence attentive. Dans le questionnaire, vous avez rapporté que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Dimensions	Score faible	Score moyen	Score élevé
Description	Score ≤ 12,86	16,92 sur 25	Score ≥ 20,98
Observation	Score ≤ 10,01	13,13 sur 20	Score ≥ 16,25
Agir avec conscience	Score ≤ 13,43	17,27 sur 25	Score ≥ 21,11
Non-jugement	Score ≤ 12,54	16,59 sur 25	Score ≥ 20,64
Non-réactivité	Score ≤ 10,44	13,91 sur 25	Score ≥ 17,38

Note. Les présents seuils sont basés sur les moyennes retrouvées au sein d'études de validation réalisées auprès d'adultes de la communauté générale et de populations cliniques

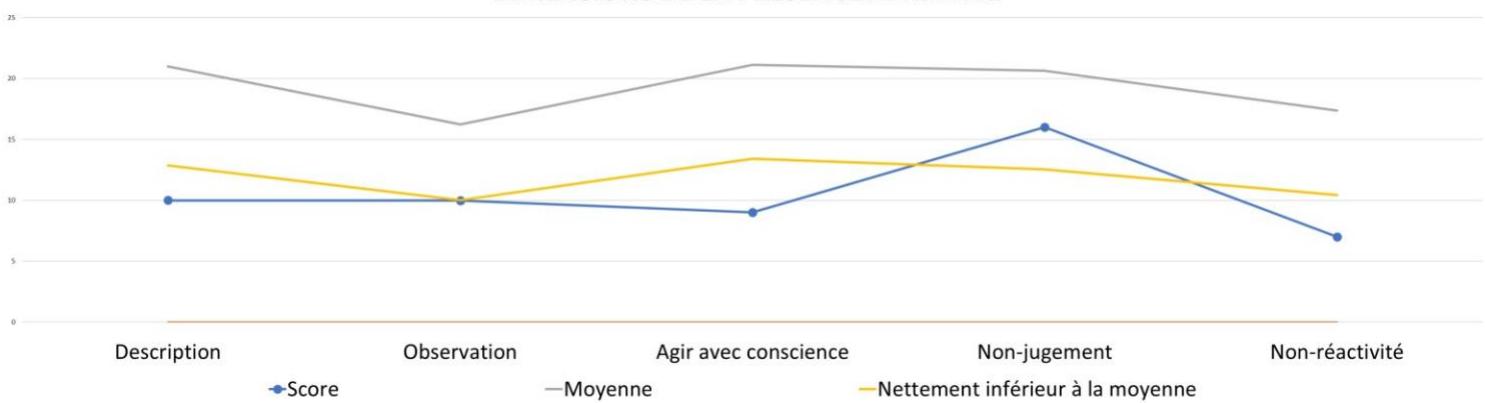
Plus d'informations sur l'interprétation du niveau de bien-être sexo-relationnel selon les scores aux dimensions :					
---	--	--	--	--	--

Description	Observation	Agir avec conscience	Nonjugement	Non-réactivité	Bien-être sexorelationnel
Score élevé	Score élevé	Score élevé	Score élevé	Score élevé	Élevé
Score faible	Score faible	Score faible	Score faible	Score faible	Faible
Score moyen	Score élevé	Score faible	Score faible	Score moyen	Faible



Note. Les interprétations présentes sont basées à partir d'analyse de profils en lien avec les dimensions de la présence attentive (p.ex., Bravo et al., 2018 ; Hémond-Dussault et al., 2022).

DIMENSIONS DE LA PRÉSENCE ATTENTIVE



SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

(Beck Depression Inventory; Beck et al., 1987)

L'objectif du questionnaire sur les symptômes de dépression est d'identifier la présence de symptômes dépressifs, et d'en évaluer la sévérité. La dépression étant reconnue, entre autres, pour causer un ralentissement des fonctions corporelles et le désintérêt pour l'égard des plaisirs de la vie, y compris le plaisir sexuel. Les symptômes liés à la dépression incluent le sentiment de solitude, de désespoir face à l'avenir, de désespoir, de perte d'intérêt, ainsi que les pleurs fréquents. Ce questionnaire mesure également la présence d'**idéations suicidaires**.



Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« L'un des questionnaires a mesuré spécifiquement la présence d'idées, comportements, cognitions qui sont typiques de la dépression (décrire les exemples d'éléments si souhaité). Vos résultats au questionnaire sur la dépression indiquent que... »

Si le ou la client.e mentionne la présence d'idéations suicidaires :

« Vos résultats indiquent que vous avez rapporté (lire, p. ex., « Je me tuerais si je le pouvais »), j'aimerais prendre le temps de bien comprendre, pouvez-vous m'en dire davantage à ce sujet ? (vérifier le risque suicidaire et au besoin élaborer un plan d'action ... »

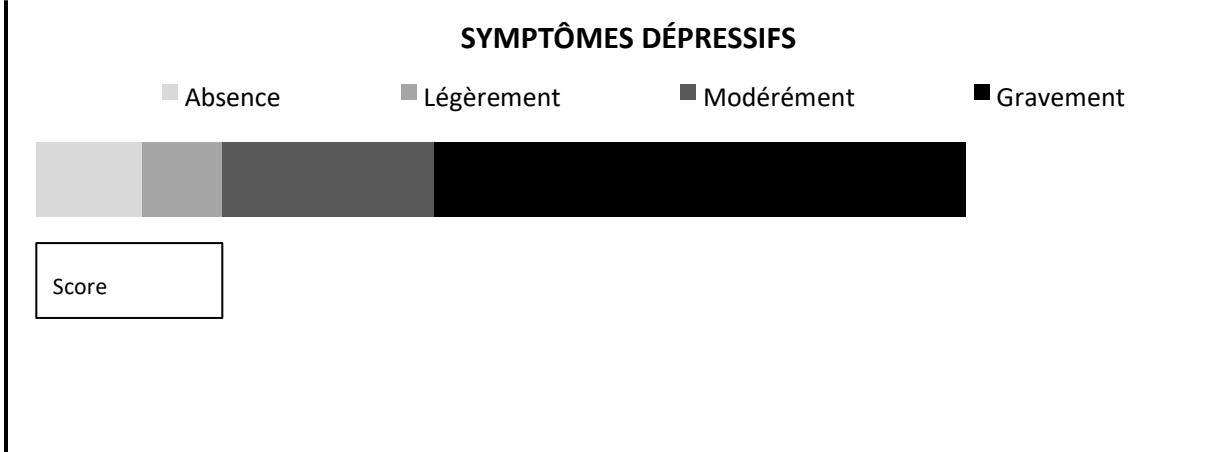
Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Niveau de symptômes dépressifs

Sous le seuil clinique Score ≤ 4	Peu de symptômes Score de 5 et < 8	Près du seuil clinique Score de 8 et < 16	Au-dessus du seuil clinique Score ≥ 16
---	--	---	---

Absence de dépression	Légèrement déprimé.e	Modérément déprimé.e	Gravement déprimé.e
-----------------------	----------------------	----------------------	---------------------

Résultat en graphique (exemple) :



* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique des symptômes dépressifs

Idéations suicidaires

0	1	2	3	4	5
Absence d'idéations suicidaires	Idéations suicidaires légères	Idéations suicidaires modérées		Idéations suicidaires sévères	Idéations suicidaires très sévères
Je n'ai aucune idée de me faire du mal.	J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.	Je sens que je serais mieux mort.e.	Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort.e.	J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.	Je me tuerais si je le pouvais.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

(ISP ; Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992)

Ce questionnaire sur le bien-être psychologique mesure le niveau de détresse psychologique au cours des sept (7) derniers jours avant la complétion du questionnaire. En plus d'offrir un score global du niveau de détresse psychologique, l'instrument mesure le niveau de sévérité de quatre types de symptômes : les symptômes liés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité et à la présence de problèmes cognitifs. Il est aussi validé auprès de la communauté québécoise en général. Un niveau faible indique l'absence de symptômes, un niveau modéré indique la présence de symptômes faibles à modérés, et un niveau élevé indique une présence de symptômes à un niveau important de détresse. Ce questionnaire permet d'identifier des problèmes psychologiques susceptibles d'affecter diverses sphères de la vie psychosociale (Ilfeld, 1976; Santé Québec, 1995). Le questionnaire offre une mesure de détresse psychologique globale qui compile les résultats des quatre spères :



Les symptômes liés à la **dépression** incluent le sentiment de solitude, de désespoir face à l'avenir, de perte d'intérêt, et les pleurs fréquents.

Les symptômes liés à l'**anxiété** réfèrent au sentiment d'être tendu.e, craintif.ve, agité.e ou nerveux.se intérieurement.

Les symptômes liés à l'**irritabilité** incluent le fait d'être facilement contrarié.e ou irrité.e, de se fâcher pour des choses sans importance ou de se laisser emporter contre quelqu'un ou quelque chose.

Les symptômes liés au **problèmes cognitifs** réfèrent au fait d'avoir des blancs de mémoire ou de la difficulté à se souvenir de choses.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

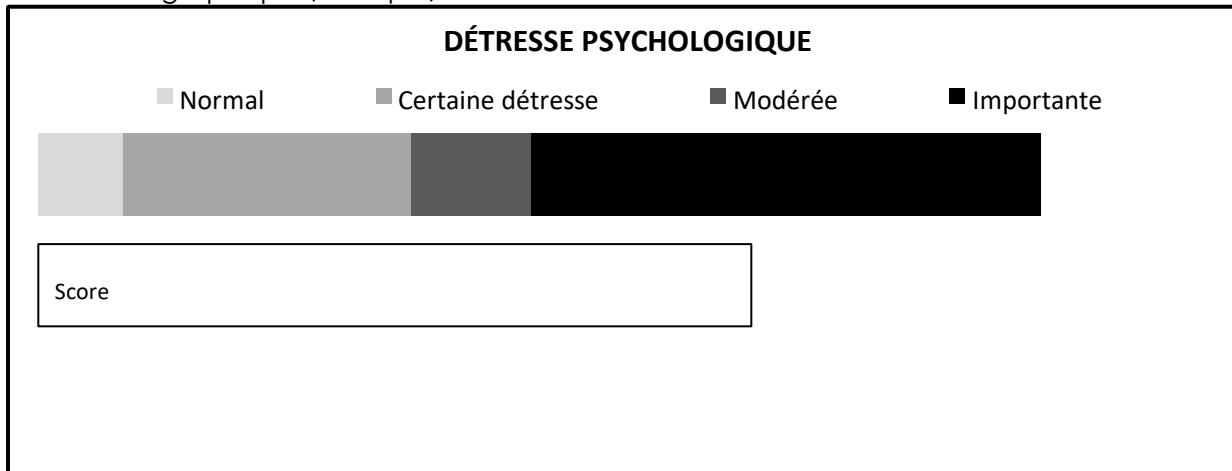
« Vos résultats au questionnaire sur la détresse indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Niveau de détresse psychologique globale

Sous le seuil clinique Score ≤ 5	Peu de symptômes Score de 6 à < 23	Près du seuil clinique Score de 23 à < 30	Au-dessus du seuil clinique Score ≥ 30
Aucun symptôme de détresse psychologique significatif	Une certaine détresse psychologique	Détresse psychologique modérée	Détresse psychologique importante

Résultat en graphique (exemple) :



* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique des symptômes de détresse psychologique

ESTIME DE SOI SEXUELLE

(Peloquin, Bigras, Brassard et Godbout, 2014; Snell, Fisher et Walters, 1993; traduit en français par Ravart, Trudel et Turgeon, 1993)

Cette échelle évalue le niveau d'estime de soi sexuelle des individus. Il est possible de rapporter si le score souligne une fragilité au niveau de l'estime de soi sexuelle. Le score maximal est de 20.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur l'estime de soi sexuelle indiquent que ... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Score d'estime de soi sexuelle

Sous le seuil clinique Score ≤ 12	Au-dessus du seuil clinique Score ≥ 13
Inférieure à la moyenne ou dans la moyenne, problématique	Supérieure à la moyenne, non problématique

Note. Le présent seuil clinique est basé sur la moyenne des gens retrouvée au sein d'une étude de validation réalisée auprès d'adultes de la communauté générale

Résultat en graphique (exemple) :

ESTIME DE SOI SEXUELLE

■ Inférieur/dans la moyenne

■ Supérieur à la moyenne

Score

* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique d'estime de soi sexuelle

SATISFACTION SEXUELLE

(Lawrence et Byers, 1992 ; 1995 ; 1998 ; 2011 ; traduit en français par Bigras et al., in press)

Cette échelle évalue le niveau de satisfaction sexuelle des individus. L'individu indique, à l'aide de continuums bipolaires, si sa sexualité est : très mauvais / très bonne ; très désagréable / très agréable ; très négative / très positive ; très insatisfaisante / très satisfaisante ; et sans aucune valeurs / très précieuse. Il est possible de rapporter si le score souligne une fragilité au niveau de la satisfaction sexuelle.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur la satisfaction sexuelle indiquent que ... »

« Vos résultats au questionnaire sur la satisfaction sexuelle indiquent que vous évaluer votre sexualité de manière inférieure à la moyenne des gens. »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Score de satisfaction sexuelle

Sous le seuil clinique Score $\leq 21,86$	Au-dessus du seuil clinique Score $> 21,86$
Inférieure à la moyenne, problématique	Supérieure à ou dans la moyenne, non problématique

Note. Le présent seuil clinique est basé sur la moyenne retrouvée au sein d'études de validation réalisées auprès d'adultes de la communauté générale et de la population clinique

Résultat en graphique (exemple) :



DYNAMIQUE SEXUELLE

(ASPD-R ; Briere, 2015; traduit par Bolduc et al., 2022)

Cet instrument permet d'examiner la présence de pratiques sexuelles impliquant une hiérarchisation ou inégalité de pouvoir entre les partenaires (p. ex., rôle de domination, rôle de soumission), ainsi que le sexe tendre (c.-à-d., vanilla sex) qui n'implique pas une telle inégalité de pouvoir (Briere, 2015). Une personne peut aimer ou trouver sexuellement excitant les comportements sexuels regroupant les trois catégories (domination, soumission et sexe tendre), ou bien présenter une préférence marquée pour un type de comportements sexuels. Sur le plan théorique, les scripts sexuels de Simon et Gagnon (1986) soulignent que les comportements sexuels au sein d'un couple hétérosexuel reflèteraient davantage les comportements prescrits par les normes culturelles des inégalités sociales entre les hommes et les femmes, où l'homme tend davantage à être dominant et la femme tend plutôt vers la soumission, témoignant ainsi de la présence d'une hiérarchisation de pouvoir sexuelle. Il est donc important de considérer si l'adhérence aux stéréotypes de genre joue un rôle dans la présence de pratiques sexuels impliquant une inégalité de pouvoir entre les partenaires. La dynamique sexuelle pourrait, entre autres, offrir des pistes de compréhension quant aux les stratégies de négociation (p. ex., le port du condom) et les ententes consensuelles au sein du couple.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur la dynamique sexuelle indiquent que... »

« Vos résultats au questionnaire sur la dynamique sexuelle indiquent que vous présentez une tendance à pratiquer ou être attiré.e davantage par un rôle de soumission dans vos pratiques sexuelles. »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Échelle de dynamique de couple

Dimensions	Score inférieur à la moyenne	Score dans la moyenne	Score supérieur à la moyenne
Soumission	Score ≤ 2,22	Entre 2,22 et 4,40	Score > 4,4
Domination	Score ≤ 1,25	Entre 1,25 et 3,55	Score > 3,55
Sexe tendre	Score ≤ 2,97	Entre 2,97 et 4,91	Score > 4,91

DYNAMIQUE RELATIONNELLE / DE COUPLE

(Échelle de dynamique de couple; Bolduc et al., 2015; Traduction en français par Bolduc et al., 2015)

Cet instrument évalue le concept de pouvoir décisionnel au sein du couple. Ainsi, la dynamique relationnelle consiste en un pouvoir décisionnel qu'un.e des partenaires [inégal], ou que toutes les partenaires [égal] ont au sein de leur relation (Farrell et al., 2015). Les études montrent des associations entre la dynamique relationnelle et la négociation au sein du couple, dont le port du condom (Blanc, 2001 ; Pulerwitz et al., 2000), ainsi qu'avec les patrons d'attachement des partenaires, indiquant que les personnes ayant à la fois une insécurité d'attachement (c.-à-d., scores élevés d'attachement anxieux et/ou évitant) et percevant avoir moins de pouvoir au sein de leur relation tendent à perpétrer davantage de violence physique à l'égard de leur partenaire (Rogers et al., 2005). En raison des normes sociales d'inégalités des genres, il est attendu qu'au sein d'une relation hétérosexuelle, l'homme exerce davantage de pouvoir au sein de sa relation amoureuse, faisant écho au contexte social patriarcal où les hommes ont typiquement davantage de pouvoir par rapport aux femmes (Frisby et al., 2009 ; Riley, 1997). Bien que les enjeux de pouvoir soient étroitement liés à la violence conjugale (p. ex., pouvoir coercitif, violence ancrée dans une dynamique de contrôle coercitif général), ils demeurent des concepts distincts (Rogers et al., 2005), d'où l'importance d'évaluer les aussi les préférences. Par exemple, il est possible de souhaiter avoir un certain partage ou au contraire préférer une certaine « inégalité » dans son couple (p. ex., préférer que son/sa partenaire prenne des décisions importantes). Une autre étude démontre que

l'inégalité de pouvoir conjugal est associée à un niveau plus faible de satisfaction conjugale et sexuelle (Sprecher, 1992).

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur la dynamique relationnelle indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Composantes :	Réponse
<input type="checkbox"/> J'aime être la personne qui prend les décisions importantes dans mon couple (p.ex., vacances, moments passés ensemble, planification du mariage, achat de nouveaux meubles)	
<input type="checkbox"/> Je suis la personne qui prend les décisions importantes	
<input type="checkbox"/> J'apprécie lorsque mon/ma partenaire prend les	
<input type="checkbox"/> Mon/ma partenaire prend des décisions sans me consulter	Jamais Rarement Parfois Quelques fois Souvent
décisions (allant du choix du restaurant au budget) sans me consulter	
Très souvent <input type="checkbox"/> J'aime être la seule personne en charge des prises	
Toujours de décisions dans mon couple	
<input type="checkbox"/> Il m'arrive d'être la seule personne en charge des prises de décisions	
<input type="checkbox"/> Je me sens incapable de prendre des décisions dans mon couple par moi-même, j'ai besoin que mon/ma partenaire décide pour moi	

DÉTRESSE SEXUELLE

(Female Sexual Distress Scale-Revised; Derogatis, Clayton, Lewis-D'Agostino, Wunderlich et Fu, 2008)

Ce questionnaire évalue le niveau de détresse sexuelle. Il permet de discriminer les personnes qui sont à risque de présenter une dysfonction sexuelle de celles qui ne le sont pas, et fait état de la détresse associée à la possible dysfonction sexuelle.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

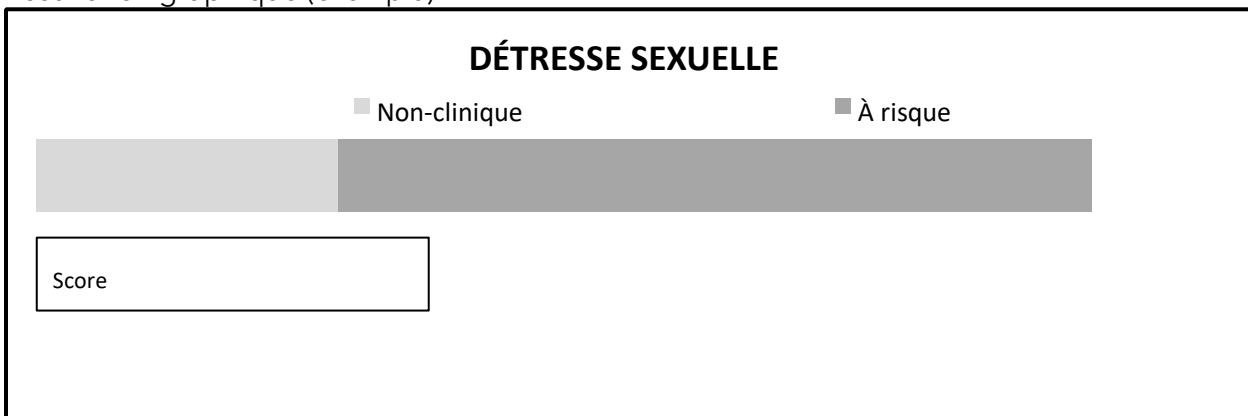
« Vos résultats au questionnaire sur la détresse sexuelle indiquent que ... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Score global de détresse sexuelle

Sous le seuil clinique Score ≤ 10	Au-dessus du seuil clinique Score > 10
Non clinique	À risque de dysfonction sexuelle

Résultat en graphique (exemple) :



* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique des symptômes de détresse sexuelle

Détails des réponses du.de la client.e

Énoncé	Fréquence
se sent en détresse par rapport à sa vie sexuelle :	
se sent malheureux.se par rapport à sa vie sexuelle :	
se sent coupable des difficultés sexuelles : 0 = Jamais se sent frustré.e par ses problèmes sexuels :	
	1 = se sent stressé.e par le sexe :
se sent inférieur.e à cause des problèmes sexuels :	Rarement
2 = Occasionnellement se sent inquiet.e par le sexe : a des regrets par rapport à	
se sent sexuellement inadéquat.e :	3 = Fréquemment
est embarrassé.e par rapport à ses problèmes sexuels :	4 = Toujours
	sa sexualité :
se sent insatisfait.e de sa vie sexuelle :	
est en colère par rapport à sa vie sexuelle :	
est dérangé.e par son faible désir sexuel :	

COMPORTEMENTS SEXUELS

(Trauma Symptom Inventory, 2nd ed., TSI-2; Briere, 2010)

Ce questionnaire évalue les symptômes, conflits, préoccupations et comportements sexuels qui pourraient être dysfonctionnels.

L'importance d'évaluer les comportements sexuels dans le cadre de cette recherche vient du fait que certains troubles sexuels pourraient être associés à des expériences traumatisques à l'enfance ou plus tard dans la vie. Des scores élevés à ces échelles peuvent être particulièrement problématiques pour les individus qui sont en relations de couple, notamment parce que les contacts sexuels peuvent être évités ou encore, parce que la personne peut recourir à des comportements sexuels qui pourraient être risqués pour elle.

L'échelle des **préoccupations sexuelles** évalue la détresse sexuelle et les dysfonctions. Les items de cette échelle ciblent l'anxiété sexuelle, les pensées et émotions négatives qui peuvent émerger lors des relations sexuelles, les problèmes sexuels et la honte envers les activités ou les sensations sexuelles. Les individus qui obtiennent un score plus élevé sur cette échelle tendent à rapporter des conflits sexuels, dysfonctions sexuelles et des réactions généralement négatives face à la sexualité.

L'échelle des **comportements sexuels dysfonctionnels** réfère à des comportements qui dans une certaine mesure sont dysfonctionnels, compulsifs ou problématiques de quelque façon. Les items font référence à des comportements sexuels sans discernement, à des comportements sexuels qui pourraient entraîner des problèmes, une attirance sexuelle envers des personnes qui seraient dangereuses ou des comportements sexuels à risque tels que s'engager dans des relations sexuelles nonprotégées. Des scores élevés sur l'échelle des comportements sexuels dysfonctionnels indiquent que les individus ont un patron comportemental sexuel impulsif ou compulsif qui, à un certain point, peut s'avérer mésadapté.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur les comportements sexuels indiquent que ... »

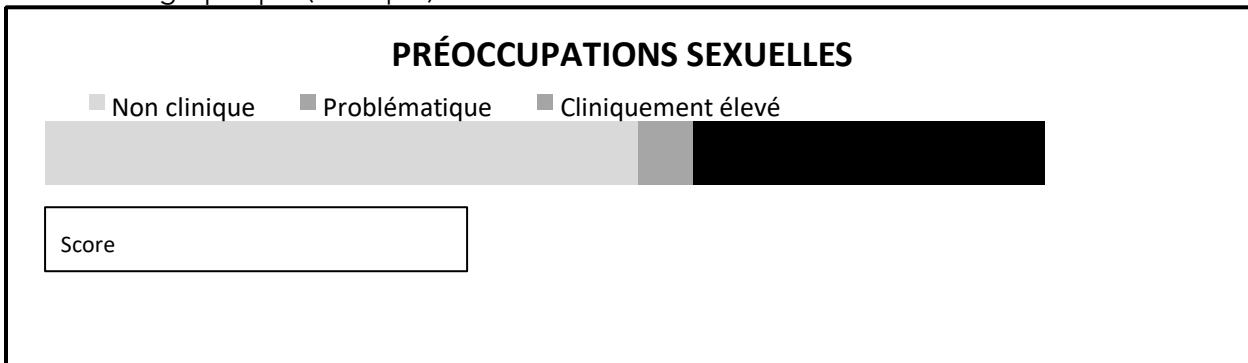
Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Préoccupations sexuelles

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 60	Score entre 60 et 64,9	Score ≥ 65
Non significatif	Problématique, à surveiller	Cliniquement élevé

Note. Score pondéré selon l'âge et le genre

Résultat en graphique (exemple) :



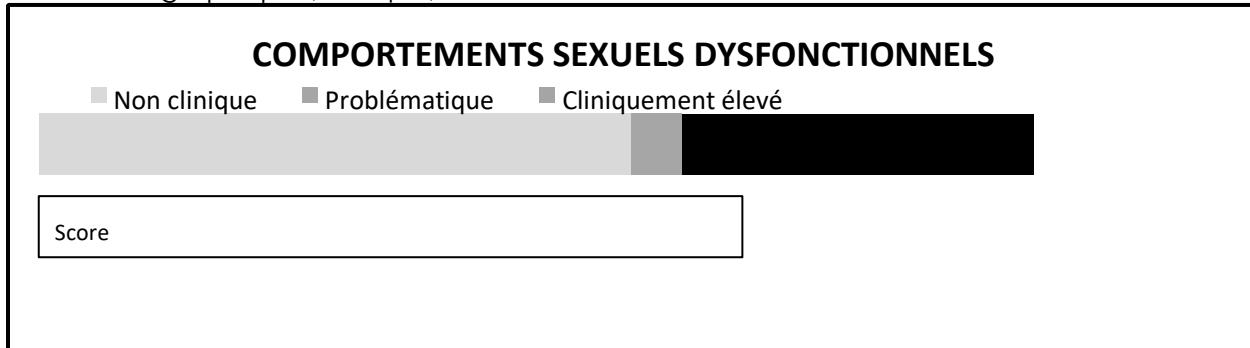
* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique des préoccupations sexuelles

Comportements sexuels dysfonctionnels

Sous le seuil clinique	Près du seuil clinique	Au-dessus du seuil clinique
Score < 60	Score entre 60 et 64,9	Score ≥ 65
Non significatif	Problématique, à surveiller	Cliniquement élevé

Note. Score pondéré selon l'âge et le genre

Résultat en graphique (exemple) :



* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique des comportements sexuels dysfonctionnels

FONCTION SEXUELLE

A. FONCTION ÉRECTILE

(International Index of Erectile Function; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, & Mishra, 1997)

Le questionnaire de fonction sexuelle érectile évalue cinq aspects : la fonction érectile, la fonction orgasmique, le désir sexuel, la satisfaction liée aux activités sexuelles et la satisfaction sexuelle globale.



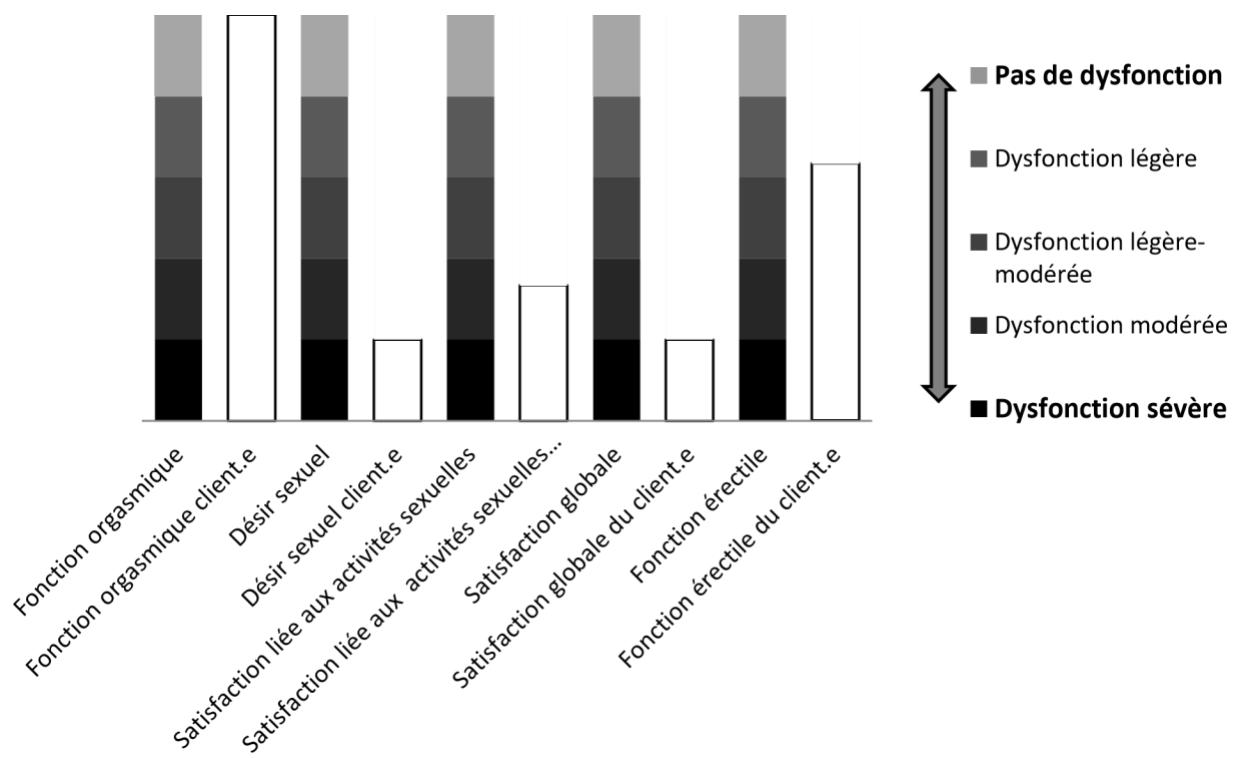
Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur la fonction sexuelle indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

	Fonction orgasmique	Désir sexuel	Satisfaction liée aux activités sexuelles	Satisfaction sexuelle globale	Fonction érectile
Pas de dysfonction	Score entre 8 et 10	Score entre 8 et 10	Score entre 12 et 15	Score entre 8 et 10	Score entre 24 et 30
Dysfonction légère	Score entre 6 et 8	Score entre 6 et 8	Score entre 9 et 12	Score entre 6 et 8	Score entre 18 et 24
Dysfonction légère modérée	Score entre 4 et 6	Score entre 4 et 6	Score entre 6 et 9	Score entre 4 et 6	Score entre 12 et 18
Dysfonction modérée	Score entre 2 et 4	Score entre 2 et 4	Score entre 3 et 6	Score entre 2 et 4	Score entre 6 et 12
Dysfonction sévère	Score entre 0 et 2	Score entre 0 et 2	Score entre 0 et 3	Score entre 0 et 2	Score entre 0 et 6

Résultat en graphique (exemple) :



B. FONCTION VAGINALE

(Female Sexual Function Index; Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson, & D'Agostino, 2000)

Le questionnaire de fonction sexuelle vaginale évalue sept aspects : le désir ou de l'intérêt sexuel, l'excitation sexuelle subjective, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction quant au degré de proximité émotive avec le ou la partenaire, la satisfaction quant à la vie sexuelle et l'inconfort ou la douleur en lien avec la pénétration vaginale.



Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur la fonction sexuelle indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Fonctionnement général sexuel

Sous le seuil clinique Score ≤ 10	Au-dessus du seuil clinique Score > 26
À risque de dysfonction sexuelle	Non clinique

Résultat en graphique (exemple) :

FONCTION SEXUELLE VAGINALE

À risque de dysfonction sexuelle

Non clinique

Score

* le score de votre client.e est indiqué à l'aide de la barre Score sous les indicateurs du seuil clinique de la fonction sexuelle vaginale

Sphères atteintes

Difficultés avec	Fréquences problématiques possibles
Désir ou de l'intérêt sexuel	Quelquefois, presque jamais ou jamais
Excitation sexuelle	Quelquefois, presque jamais ou jamais
Lubrification	Quelquefois, presque jamais ou jamais OU Très difficile, extrêmement difficile ou impossible
Orgasme	Quelquefois, presque jamais ou jamais OU Très difficile, extrêmement difficile ou impossible
Satisfaction quant au degré de proximité émotive avec partenaire	Quelquefois, presque jamais ou jamais

Satisfaction quant à la vie sexuelle	Quelquefois, presque jamais ou jamais
Inconfort ou douleur pénétration vaginale	La plupart du temps, presque toujours ou toujours

Absence de réponse pour les sections fonctions sexuelles érectile ou vaginale

Veuillez noter que votre client.e peut avoir indiqué ne pas avoir eu d'activité sexuelle avec un.e partenaire, au cours des quatre (4) dernières semaines, soit le laps de temps sur lequel le questionnaire s'attarde. Ainsi, ceci explique l'absence de résultat à ce questionnaire.

DIFFICULTÉS SEXUELLES

Cette section évalue différentes composantes de la sexualité, soit le niveau global des six (6) derniers mois, ainsi que le niveau de détresse qui est associé à chacune de ces composantes.

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur les difficultés sexuelles indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Composantes :	Réponse
Force de la libido	Pas de désir sexuel
Très faible	Assez faible

		Assez forte
		Très forte
		Extrêmement forte
Facilité d'être excité.e sexuellement	Jamais excité.e	
	Très difficile	
	Assez difficile	
	Assez facile	
	Très facile	
	Extrêmement facile	
Facilité à lubrifier / maintenir l'érection lors d'activités sexuelles	Jamais	
	Très difficilement	
	Assez difficilement	
	Assez facilement	
	Très facilement	
Facilité à atteindre l'orgasme avec un.e partenaire	Extrêmement facilement	
N'atteint jamais l'orgasme	jamais	
Facilité à atteindre l'orgasme seul.e (masturbation)	Assez difficile	
	Assez facile	
	Très facile	
	Extrêmement facile	
Satisfaction des orgasmes	Ne peut atteindre l'orgasme	
	Très insatisfaisants	
	Assez insatisfaisants	
	Assez satisfaisants	
	Très satisfaisants	
Délai entre le début des activités sexuelles et l'atteinte de l'orgasme	Extrêmement satisfaisants	
	Je ne l'atteins jamais	
	Beaucoup trop tardif	
	Plutôt tardif	
	Délai satisfaisant	
	Plutôt rapide	
Douleur pendant les activités sexuelles	rapide	
	Beaucoup trop rapide	
	Toujours	
	Souvent	
	Environ une fois sur deux	
	À quelques occasions	
	C'est arrivé une fois	
	Jamais	

La douleur est située :	Aucune douleur
	Gland (frein), tige du pénis, testicules, anus, vulve (entrée du vagin), canal vaginal (parois vaginales), fond du vagin (col de l'utérus), autre endroit

L'intensité de la douleur lors de la 0 à 10 sur 10 pénétration

Niveau de détresse pour chacune des composantes précédentes

- Extrêmement
- Beaucoup
- Modérément
- Légèrement
- Très légèrement
- Pas du tout

RÔLES SOCIAUX

(The Social Roles Questionnaire; Baber et Tucker, 2006; Traduction en français par Bolduc et Godbout, 2019)

Cet instrument examine les attitudes face aux rôles de genre, où il s'agit de savoir à quel point la personne adhère à l'idée que le genre détermine les comportements sociaux, c'est-à-dire Gender Linked (lié au genre), ou si la personne n'adhère pas à l'idée que le genre détermine les comportements sociaux, c'est-à-dire Gender Transcendant (abstraction du genre) (Baber et Tucker, 2006). Par exemple, l'adhésion à l'idée qu'«une mère devrait travailler uniquement si cela est nécessaire» (Baber et Tucker, 2006; traduction libre, p. 465) indique que la personne associe le comportement inscrit aux rôles de genre (lié au genre). À l'inverse, l'adhésion à l'idée que les tâches ménagères ne devraient pas être assignées selon le sexe ou le genre démontre que la personne n'associe pas le comportement inscrit aux rôles de genre (abstraction du genre).

Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur l'adhésion aux rôles sociaux indiquent que vous tendez à ... »

Associer des rôles à un genre précis

Avoir des croyances en lien avec les rôles sociaux et le genre

Guider par des croyances genrées

Faire abstraction du genre lorsqu'il s'agit de rôles sociaux

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Dimensions	Inférieur à la moyenne	Dans la moyenne	Supérieur à la moyenne
Lié au genre	Score ≤ 12,86	16,92 sur 25	Score ≥ 20,98
Abstraction du genre	Score ≤ 12,86	16,92 sur 25	Score ≥ 20,98

Note. Les présents seuils cliniques sont basés sur la moyenne des gens retrouvée au sein d'une étude de validation réalisée auprès d'adultes de la communauté clinique consultant en sexothérapie.

Les codes ont été inversés pour la sous-échelle d'abstraction au genre.

SCHÉMAS

(Young Schema Questionnaire ; Young, 1994 ; traduit par De Courcy et Cousineau, 2005)

Domaine 1 : Séparation et Rejet

(CA) Manque affectif : La personne a la certitude que les autres n'offriront pas le soutien affectif dont elle a besoin. Distinguons les trois catégories principales :

- Manque d'apports affectifs : Absence d'attention, d'affection, de chaleur, ou d'une présence amicale.
- Manque d'empathie : Absence de quelqu'un de compréhensif qui vous écoute et de quelqu'un à qui parler de soi-même.
- Manque de protection : Absence de quelqu'un de fort qui guide et conseille.

(AB) Abandon / Instabilité : Perception d'un manque de stabilité/fiabilité de la part de ceux qui sont censés offrir soutien et appartenance. Il s'accompagne du sentiment que les gens « importants » ne continueront pas à offrir appui ou protection, parce qu'ils sont émotionnellement instables, changeants, peu fiables, ou ne sont pas toujours présents ; parce qu'ils mourront bientôt ou parce qu'ils abandonneront la personne pour quelqu'un de « mieux ».

(MA) Méfiance / Abus : La personne s'attend à ce que les autres la fassent souffrir, la maltraitent, l'humilient, mentent, trichent et profitent d'elle. Généralement, la souffrance infligée est perçue comme intentionnelle, ou résultant de négligence extrême et injustifiable. Ceci peut aussi inclure le sentiment d'être constamment défavorisé par rapport aux autres, d'être lésé.

(EX) Isolement social : Le sentiment d'être isolé, coupé du reste du monde, différent des autres et/ou de ne faire partie daucun groupe, clan ou communauté.

(IP) Imperfection / Honte : La personne se juge imparfaite, « mauvaise », inférieure ou incapable ; mais le révéler emmènerait la perte de l'affection de son entourage. Ceci peut inclure : l'hypersensibilité aux critiques, à l'abandon et au blâme. Il peut exister une gêne, avec des comparaisons avec les autres et un manque de confiance en soi. La personne peut ressentir la honte des imperfections perçues, celles-ci peuvent être internes (p. ex., égoïsme, colère, désirs sexuels inacceptables) ou externes (p. ex., défaut physique, gêne sociale).

Domaine 2 : Manque d'autonomie et de performance

(ÉC) Échec : Croyance que l'on a échoué, que l'on échouera, que l'on est incapable de réussir aussi bien que les autres (études, carrière, sports, etc.). Souvent, la personne se juge stupide, inepte, sans talent, ignorante, inférieure aux autres, etc.

(DI) Dépendance / Incompétence : Croire à sa propre incapacité de faire face seul.e aux responsabilités journalières (p. ex., prendre soin de soi-même, résoudre les problèmes de tous les jours, faire preuve de bon sens, aborder de nouvelles tâches, prendre des décisions). Dit souvent, « je suis incapable de... ».

(VU) Peur du danger ou de la maladie : Peur exagérée d'une catastrophe que l'on ne pourra pas éviter. Ces craintes se portent sur une ou plusieurs possibilités :

- Santé : Infarctus, VIH/SIDA
- Émotions : Perdre la raison
- Catastrophe naturelle ou phobie : Ascenseurs, crime, avions, tremblement de terre.

(FS) Fusionnement/Personnalité atrophiée : Attachement émotionnel excessif à une ou plusieurs personnes, souvent les parents, au détriment d'une adaptation sociale normale. Fréquemment, il y a la croyance qu'au moins un des individus ne puisse pas survivre sans l'autre, ou être heureux sans lui. Peut avoir le sentiment d'être étouffé par les autres, ou douter de sa propre identité. Sentiment d'être vide, sans but ; ou, dans des cas extrêmes, questionne sa propre existence.

Domaine 3 : Manque de limites

(TD) Droits personnels exagérés/Grandeur : Ceci correspond au besoin de faire, ou d'obtenir, exactement ce que l'on désire sans considérer les autres ; ou à une tendance excessive à affirmer sa force, son point de vue et à contrôler les autres à son propre avantage sans considérer leur désir d'autonomie. Le sujet est caractérisé par des exigences excessives et un manque général d'empathie.

(CDI) Contrôle de soi/Autodiscipline insuffisant : Le problème central est l'incapacité ou le refus de contrôler de soi. La personne ne peut supporter d'être frustrée dans ses besoins et est incapable de modérer l'expression de ses émotions et impulsions. Sous une forme atténuée : elle essaie à tout prix d'éviter ce qui est pénible tels que les

conflits, les confrontations, les responsabilités et l'effort, au détriment d'un sens de la satisfaction personnelle ou de son intégrité.

Domaine 4 : Orientation vers les autres

(AT) Assujettissement : Le comportement, l'expression des émotions et les décisions sont totalement soumis aux autres parce qu'on se sent forcé d'agir ainsi, en général pour éviter colère, représailles ou abandon. Selon la personne, ses propres désirs, opinions et sentiments ne comptent pas pour les autres. En général, elle montre une docilité excessive, mais réagit fortement si elle se sent prise au piège. Il existe presque toujours, une rage refoulée contre ceux à qui il se soumet, provoquant des troubles de personnalité (ex. : comportement passif/agressif, explosion de colère, symptômes psychosomatiques, troubles affectifs, drogues).

(SS) Abnégation : Un souci exagéré de toujours considérer les autres avant soi-même, volontairement. Les raisons sont en général : peur de faire de la peine aux autres ; pour éviter de se sentir coupable d'égoïsme ; ou pour maintenir un contact perçu comme nécessaire aux autres. Mène souvent à une hypersensibilité aux souffrances des autres. La personne peut éprouver le sentiment que ses propres besoins ne sont jamais satisfaits, d'où un ressentiment envers les autres.

(RA) Recherche d'approbation et de reconnaissance : Le problème central est un besoin excessif de l'attention, de l'estime et de l'approbation d'autrui ; ou faire ce que les autres demandent, que cela corresponde ou non à ce que l'on souhaite réellement. L'estime de soi est formée à partir des réactions des autres et non à partir d'opinions et de valeurs personnelles. Parfois, une importance exagérée est accordée au style de vie, aux apparences, à l'argent, à la concurrence ou à la réussite – être le meilleur, le plus populaire – afin d'obtenir estime ou approbation. Fréquemment, les choix importants de la vie sont faits sans rapport avec le sujet ; ou sont des choix qui n'apporteront pas de satisfaction. Hypersensibilité au rejet, et jalousie envers ceux qui ont mieux réussi.

Domaine 5 : Sur-vigilance et Inhibition

(IN) Surcontrôle émotionnel : Le contrôle excessif des réactions spontanées (actions, sentiments, paroles) est là généralement pour éviter les erreurs, la désapprobation d'autrui, les catastrophes, le chaos ou par peur de ne pouvoir maîtriser ses impulsions. On peut distinguer :

- La répression de la colère et de l'agressivité.
- Le besoin compulsif d'ordre et de précision.
- La répression d'impulsions positives (joie, affection, excitation sexuelle, jeux).
- L'adhérence excessive à la routine et au rituel.
- La difficulté à reconnaître ses propres faiblesses, ou à exprimer facilement ses propres sentiments ou besoins. Souvent ces attitudes sont appliquées aux proches.

(EE) Idéaux exigeants/Critique excessive : La conviction que l'on doit s'efforcer d'atteindre et de maintenir un niveau de perfection dans son comportement ou sa performance représente un idéal destiné à éviter les critiques. Ces exigences amènent à une tension constante ; s'arrêter dans ses efforts ou se détendre devient impossible. Une critique constante de soi-même et des autres est effectuée. Par conséquent la personne souffre des déficits de plaisirs, détente, santé, estime de soi, satisfaction personnelle et relations interpersonnelles. On peut distinguer :

- Le perfectionnisme, importance excessive attachée aux détails et sousestimation de sa propre performance.
- Des règles rigides ; l'importance du devoir. Ces règles s'appliquent à de nombreux aspects de la vie : morale, culture, religion.
- Préoccupation constante de temps et d'efficacité : toujours faire plus et mieux.

(NP) Négativisme / Pessimisme : Est au premier plan la crainte exagérée que, dans des contextes divers (travail, situation pécuniaire, relations interpersonnelles), tout va tourner au pire ; ou bien on retrouve une prise en considération fréquente et persistante de tous les aspects négatifs de la vie : souffrance, mort, conflit, culpabilité, ressentiment, problèmes non résolus, erreurs possibles, etc., qui s'accompagnent d'une minimisation ou d'une dénégation des aspects positifs et optimistes. Souvent, il y a une peur exagérée de commettre des erreurs et la crainte de leurs conséquences : ruine, humiliation, situation insoutenable. Ces personnes sont fréquemment anxieuses, pessimistes, mécontentes et indécises.

(PU) Punition : La tendance à se montrer intolérant, très critique, impatient et à « punir » les autres, et soi-même, s'ils n'atteignent pas le niveau de perfection que l'on exige. Ceci entraîne : la difficulté à pardonner les erreurs ou les imperfections – en soi ou chez les autres – l'incapacité de considérer les circonstances atténuantes ; et un manque d'empathie, de flexibilité, ou l'incapacité d'admettre un autre point de vue.

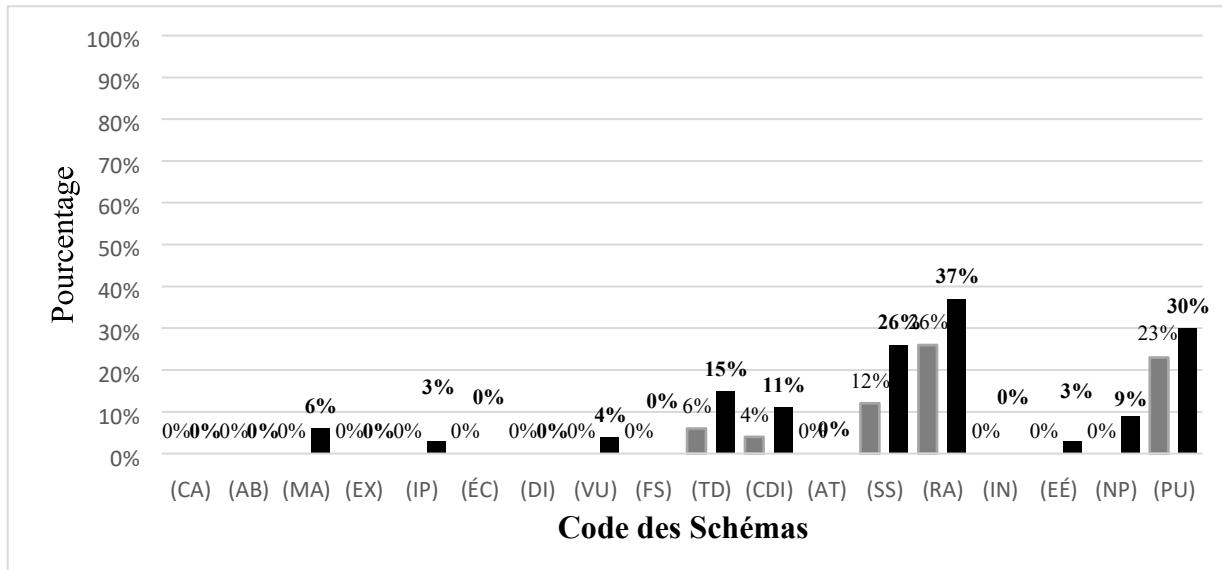
Exemples pour présenter le bilan des résultats :

« Vos résultats au questionnaire sur les schémas indiquent que... »

Plus d'informations sur le calcul des scores présentés dans votre bilan des résultats :

Sous-échelles	Correction réquière (4 à 6)	Correction sévère (3 à 6)
Manque affectif (CA)		
Abandon/Instabilité (AB)		
Méfiance/Abus (MA)		
Isolément social (EX)		
Imperfection/Honte (IP)		
Échec (ÉC)		
Dépendance/Incompétence (DI)		
Peur du danger ou de la maladie (VU)		
Fusionnement/Personnalité atrophiée (FS)		
Droits personnels exagérés/Grandeur (TD)		
Contrôle de soi/Autodiscipline insuffisant (CDI)		
Assujettissement (AT)		
Abnégation (SS)		
Recherche d'approbation et de reconnaissance (RA)		
Surcontrôle émotionnel (IN)		
Idéaux exigeants/Critique excessive (EE)		
Négativisme/Pessimisme (NP)		
Punitio (PU)		
	<ul style="list-style-type: none">• Absence• Présence• Élevée• Très élevée	<ul style="list-style-type: none">• Absence• Présence• Élevée• Très élevée

Résultats en graphique (exemple) :



*les scores apparaissent en pourcentage pour chacune des sous-échelles pour les deux types de corrections. La correction sévère est en gras / noir.

Merci de participer à la recherche !

Si vous avez des questions, veuillez contacter :

- Marianne Girard: girard.marianne.7@courrier.uqam.ca
- Natacha Godbout: godbout.natacha@uqam.ca

Guide créé par Marianne Girard, M.A.,
Natacha Godbout, PhD. et l'Équipe TRACE



Mise à jour en date du 14 novembre 2022

RÉFÉRENCES

- Abu-Raya, N. E., & Gewirtz-Meydan, A. (2023). Childhood sexual abuse and relationship satisfaction: The moderating role of PTSD and sexual-related posttraumatic stress symptoms. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(8), 996–1012. <https://doi-org/10.1080/0092623X.2023.2237510>
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2021). Treatment of traumatised sexuality. *Frontiers in Psychology*, 12, 610619. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.610619>
- American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. <http://dsm.psychiatryonline.org/>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current Epidemiology Reports*, 7(4), 334–342. <https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using Mplus. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 329–341. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915181>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2014b). Auxiliary variables in mixture modeling: Using the BCH method in Mplus to estimate a distal outcome model on an arbitrary secondary model. Retrieved from <http://www.statmodel.com/examples/webnotes/webnote21.pdf>
- Bancila D., & Mittelmark M.B. (2009). Measuring interpersonal stress with the Bergen Social Relationships Scale: Psychometric properties in studies in Norway, Romania, and Russia. *European Journal of Psychological Assessment*, 25(4), 260–265. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.4.260>
- Bernstein, R., & Freyd, J. (2014). Trauma at home: How betrayal trauma and attachment theories understand the human response to abuse by an attachment figure. *Attachment*, 8(1), 18–41.
- Bigras, N., Daspe, M.-È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017a). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 377-396. <https://doi:10.1080/0092623X.2016.1176609>.
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., et Sabourin, S. (2017b). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *The Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444-454. <https://doi:10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Nolin, M. C., & Bergeron, S. (2021). Associations between childhood sexual abuse and sexual well-being in adulthood: A systematic literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 332–352. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825148>

Bird, E. R., Seehuus, M., Clifton, J., & Rellini, A. H. (2014). Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior: The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 43(5), 953–964.
<https://doi.org/10.1007/s10508-013-0191-0>

Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N., Mayrand, M.-H., Brassard, A., & Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodynia couples: An observational study. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(6), 531–540. <https://doi.org/10.1037/he0000289>

Bolck, Annabel, Marcel A. Croon, and Jacques A. Hagenaars. (2004). Estimating latent structure models with categorical variables: One-step versus three-Step estimators. *Political Analysis*, (12), 3-27.

Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of Sex Research*, 52(1), 110–119.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744>

Briere, J. (2015). Pain and suffering: A synthesis of Buddhist and Western approaches to trauma. In V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. Hopper, & D. I. Rome (Eds.), *Mindfulness oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 11–30). Guilford.

Briere, J. (2019). *Treating risky and compulsive behavior in trauma survivors*. Guilford. Retrieved 2023, from <https://www.r2library.com/Resource/Title/1462538681>

Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). Violence against women: outcome complexity and implications for assessment and treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1252–1276. <https://doi.org/10.1177/0886260504269682>

Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment, 2nd edition, DSM-5 update*. Sage Publications, Inc.

Briere, J., Weathers, F. W., & Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 221–231.

Brock, G., Moreira, E. D., Jr, Glasser, D. B., Gingell, C., & GSSAB Investigators' Group (2006). Sexual disorders and associated help-seeking behaviors in Canada. *The Canadian Journal of Urology*, 13(1), 2953–2961.

Brotto, L. A., & Goldmeier, D. (2015). Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: The gentle science of finding focus in a multitask world. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1687–1689. <https://doi.org/10.1111/jsm.12941>

Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart, G., Thomson, S., & Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), 320–325. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.035>

- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., Nobre, P., & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538–571.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>
- Buehler, S. (2008). Childhood sexual abuse: Effects on female sexual function and its treatment. *Current Sexual Health Reports*, 5, 154–158. <https://doi.org/10.1007/s11930-008-0027-4>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34–49. <https://doi.org/10.1037/a0017330>
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57): Chapter 5, Clinical issues across services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207185/>
- Chesli, S. R., Bostani Khalesi, Z., & Chenari, S. S. (2024). The role of sexual self-esteem, sexual desire, and sexual assertiveness in the female sexual function. *Psicologia, reflexao e critica : revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS*, 37(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s41155-024-00303-4>
- Cloitre, M. (2020). *Treating survivors of childhood abuse and interpersonal trauma: stair narrative therapy* (Second edition). The Guilford Press.
- Conti, L., Fantasia, S., Violi, M., Dell’Oste, V., Pedrinelli, V., & Carmassi, C. (2023). Emotional dysregulation and post-traumatic stress symptoms: Which interaction in adolescents and young adults? A Systematic Review. *Brain Sciences*, 13(12), 1730.
<https://doi.org/10.3390/brainsci13121730>
- Cooper, M. L., Shapiro, C. M., & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and adults: A functional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1528–1558. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1528>
- Criminal Code, R.S.C., (1985), c. C-46, s. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/>
- Daphna-Tekoah, S. (2019). My body protests: Childhood sexual abuse and the body. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5), 533–549. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1549179>
- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D’Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 357-364. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x>
- Dugal, C., Brochu, È.-M., Kusion, P.-Y., Doucet, É., Binette, C., Péloquin, K., Godbout, N., & Brassard, A. (2023). Cumulative childhood trauma, sex motives and sexual satisfaction among emerging adults. *Child Abuse & Neglect*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2023.106326>

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry : Official Journal of the American Psychiatric Association*, 160(8), 1453–1460.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>

Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10, 337–349. <https://doi.org/10.1177/1077559505276686>

Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 26–41. <https://doi.org/10.1177/1077559502007001003>

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>

Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: the logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.

Geiser, C. (2013). Data analysis with Mplus. Guilford Press.

Gewirtz-Meydan, A. (2022a). Sexual dysfunction among childhood sexual abuse survivors: The "functional" dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(7), 694–705.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2044944>

Gewirtz-Meydan, A. (2022b). Traumatized sexuality: understanding and predicting profiles of sexual behaviors using childhood abuse and trauma measures. *Child Maltreatment*, 29(2), 350–363, <https://doi.org/10.1177/10775595221148425>

Gewirtz-Meydan, A. (2022c). Treating sexual dysfunctions among survivors of child sexual abuse: An overview of empirical research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 840–853.

Gewirtz-Meydan, A. (2025). Adapting sensate focus for sexual abuse survivors: A trauma-informed approach to reclaiming body and intimacy. *Sexual Health & Compulsivity*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/26929953.2025.2479548>

Gewirtz-Meydan, A., & Lahav, Y. (2020). Sexual dysfunction and distress among childhood sexual abuse survivors: The role of post-traumatic stress disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2267–2278. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.016>

Gewirtz-Meydan, A., & Lahav, Y. (2021). Childhood sexual abuse and sexual motivations—The role of dissociation. *Journal of Sex Research*, 58(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1808564>

Gewirtz-Meydan, A., & Lassri, D. (2023). Sex in the shadow of child sexual abuse: the development and psychometric evaluation of the Post-Traumatic Sexuality (PT-SEX) Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(5-6), 4714–4741. <https://doi.org/10.1177/0886260522118969>

- Gewirtz-Meydan, A., & Ofir-Lavee, S. (2021). Addressing sexual dysfunction after childhood sexual abuse: A clinical approach from an attachment perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(1), 43–59. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1801543>
- Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022). The impact of CSA on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(1), 265–277. <https://doi.org/10.1177/1524838020939134>
- Gewirtz-Meydan, A., et Godbout, N. (2023). Between pleasure, guilt, and dissociation: how trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 141. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2023.106195>
- Gewirtz-Meydan, A., O'Brien, J. E., & Mitchell, K. J. (2023). Correlates of intimate relationship satisfaction among investigators of child sexual abuse material. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1237510>
- Giotakos O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(2), 162–171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>
- Gjerstad, S. F., Nordin, L., Poulsen, S., Spadaro, E. F. A., & Palic, S. (2024). How is trauma-focused therapy experienced by adults with PTSD? A systematic review of qualitative studies. *BMC psychology*, 12(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01588-x>
- Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É., & Hébert, M. (2019). Childhood interpersonal trauma and sexual satisfaction in patients seeing sex therapy: Examining mindfulness and psychological distress as mediators. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1), 43–56. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1626309>
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). Childhood cumulative trauma questionnaire (CCTQ). Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Canada. [Unpublished]
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365–384. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x>
- Gola, M., Lewczuk, K., Potenza, M. N., Kingston, D. A., Grubbs, J. B., Stark, R., & Reid, R. C. (2020). What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *Journal of Behavioral Addictions*. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00090>
- Gold, S. N., & Heffner, C. L. (1998). Sexual addiction: many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 367–381.
- Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., et Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104481. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2020.104481>
- Hansen, N. B., Brown, L. J., Tsatkin, E., Zelgowski, B., & Nightingale, V. (2012). Dissociative experiences during sexual behavior among a sample of adults living with HIV infection and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(3), 345–360. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.641710>

- Hasson, R., & Ginzburg, K. (2025). Longitudinal study on the impact of childhood sexual abuse on sexual assertiveness: The mediating role of sexual fantasy. *Child Abuse & Neglect*, 161. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2025.107291>
- Herland, M. D. (2023). The body as a site of knowledge: Tacit and embodied narratives of child sexual abuse. *Qualitative Social Work*, 22(6), 1141–1156. <https://doi.org/10.1177/14733250221126933>
- Hughes, M. M. (1994). *Using the couple relationship to address childhood sexual abuse*.
- IBM Corp. (2023). IBM SPSS Statistics for Macintosh (Version 28.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Impett, E. A., Peplau, L. A., & Gable, S. L. (2005). Approach and avoidance sexual motives: Implications for personal and interpersonal well-being. *Personal Relationships*, 12(4), 465–482. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2005.00126.x>
- Invitto, S., & Moselli, P. (2024). Exploring embodied and bioenergetic approaches in trauma therapy: Observing somatic experience and olfactory memory. *Brain sciences*, 14(4), 385. <https://doi.org/10.3390/brainsci14040385>
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., et Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190. <https://doi.org/10.1007/BF00845519>
- Kelley E.L., & Gidycz C.A. (2019). Posttraumatic stress and sexual functioning difficulties in college women with a history of sexual assault victimization. *Psychology of Violence*, 9(1), 98–107. <https://doi.org/10.1037/vio0000162>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kristensen, E., & Lau, M. (2011). Sexual function in women with a history of intrafamilial childhood sexual abuse. *Sexual & Relationship Therapy*, 26(3), 229–241. <https://doi.org/10.1080/14681994.2011.622264>
- Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 407–422. <https://doi.org/10.1177/1359104510367590>
- Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M.-P., & Sabourin, S. (2018). Adult profiles of child sexual abuse survivors: Attachment insecurity, sexual compulsivity, and sexual avoidance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(4), 354–369. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405302>
- Lacelle, C., Hebert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(5), 571–592. <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.688932>

Lafortune, D., Girard, M., Dussault, É., Philibert, M., Hébert, M., Boislard, M.-A., Goyette, M., & Godbout, N. (2023). Who seeks sex therapy? Sexual dysfunction prevalence and correlates, and help-seeking among clinical and community samples. *Plos One*, 18(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282618>

Lanza, S. T., & Cooper, B. R. (2016). Latent class analysis for developmental research. *Child Development Perspectives*, 10(1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/cdep.12163>

Lanza, S. T., Tan, X., & Bray, B. C. (2013). Latent class analysis with distal outcomes: A flexible model-based approach. *Structural Equation Modeling : A Multidisciplinary Journal*, 20(1), 1–26.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2013.742377>

Laricchiuta, D., Panuccio, A., Picerni, E., Biondo, D., Genovesi, B., & Petrosini, L. (2023). The body keeps the score: The neurobiological profile of traumatized adolescents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 145. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105033>

Lawrance, K., & Byers, E.S. (1995) Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>

Layh, Rudolph, & Littleton. (2020). Sexual risk behavior and sexual satisfaction among rape victims: Examination of sexual motives as a mediator. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 73–86.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675112>

Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13, 346–88. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559809>

Lipinski, A. J., & Beck, J. G. (2025). Latent profiles of co-occurring sexual problems and posttraumatic stress symptoms among young women exposed to sexual violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 40(3-4), 607–628. <https://doi.org/10.1177/08862605241253033>

Lorenz, T. A., Harte, C. B., Hamilton, L. D., & Meston, C. M. (2012). Evidence for a curvilinear relationship between sympathetic nervous system activation and women's physiological sexual arousal. *Psychophysiology*, 49(1), 111–117. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2011.01285.x>

Maercker, A., Beauducel, A., & Schützwohl, M. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 651–660.

Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 321–327. <https://doi.org/10.1080/1468199021000017173>

Maltz, W. (2024). Sex therapy with survivors of sexual abuse. In L. M. Diamond & M. R. McCarthy (Eds.), *New directions in sex therapy* (pp. 223–239). Routledge.

McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25–40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>

- McMullen R.J. (1990) *Male rape: Breaking the silence of the last taboo*. Gay Men's Press, London.
- Morina, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 697–700.
- Muisse, A., Impett, E. A., & Desmarais, S. (2013). Getting it on versus getting it over with: Sexual motivation, desire, and satisfaction in intimate bonds. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39, 1320–1332. <https://doi.org/10.1177/0146167213490963>
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, 155, 806–811.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Mplus user's guide statistical analysis with latent variables* (7th ed.). Los Angeles, CA : Muthén & Muthén.
- Nolin, M.-C., Bóthe, B., Bergeron, S., Godbout, N., Daspe, M.-È., & Vaillancourt-Morel, M.-P. (2023). Social reactions to disclosure of sexual violence in adulthood and women's sexuality: The mediating role of shame and guilt. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(3), 270–286. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2099495>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., & Tomlinson, M. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Driscoll C., & Flanagan, E. (2016). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351–367. <https://doi.org/10.1111/papt.12077>
- Paquette, M.-M., Bergeron, S., Bigras, N., Koós, M., Nagy, L., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chen, L., Ciocca, G., Corazza, O., et al. (2025). Sexual satisfaction across cultures, genders, languages, and sexual orientations: Validation of the Global Measure of Sexual Satisfaction. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000774>
- Payne, K. A., Biniak, Y. M., Amsel, R., & Khalif'e, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain*, 9, 427–436. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.10.003>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328–338.
- Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2019). Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(3), 291–299. <https://doi.org/10.1037/tra0000506>

- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188–200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Putnam F. W. (1991). Dissociative disorders in children and adolescents. A developmental perspective. *The Psychiatric clinics of North America*, 14(3), 519–531.
- Rellini A. H., Vujanovic A. A., Zvolensky M.J. (2010). Emotional dysregulation: concurrent relation to sexual problems among trauma-exposed adult cigarette smokers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 137-153.
- Rellini, A. (2008). Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 31–46.
- Rellini, A. H., Vujanovic, A. A., Gilbert, M., & Zvolensky, M. J. (2012). Childhood maltreatment and difficulties in emotion regulation: associations with sexual and relationship satisfaction among young adult women. *Journal of Sex Research*, 49(5), 434–442. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.565430>
- Rentoul, L., & Appleboom, N. (1997). Understanding the psychological impact of rape and serious sexual assault of men: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 267–274. doi:10.1046/j.1365-2850.1997.00064.x
- Sanders, B., & Giolas, M. H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 148, 50–54.
- Seehuus, M., Clifton, J., & Rellini, A. H. (2015). The Role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1595–1608. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0364-5>
- Slavin, M. N., Scoglio, A. A. J., Blycker, G. R., Potenza, M. N., & Kraus, S. W. (2020). Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: A systematic literature review. *Current Addiction Reports*, 7(1), 76–88. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00298-9>
- Stappenbeck, C. A., George, W. H., Staples, J., Nguyen, H., Davis, K. C., Kaysen, D., Heiman, J. R., Masters, N. T., Norris, J., Danube, C. L., Gilmore, A. K., & Kajumulo, K. F. (2016). In-the-moment dissociation, emotional numbing, and sexual risk: The influence of sexual trauma history, trauma symptoms, and alcohol intoxication. *Psychology of Violence*, 6(4), 586–595. <https://doi.org/10.1037/a0039978>
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2015). The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1), 25–38. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811450>
- Stephenson, K. R., Hughan, C. P., & Meston, C. M. (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2011.09.015>

- Stockman, D., Van Parys, H., Uzieblo, K., Littleton, H., Keygnaert, I., Lemmens, G., & Verhofstadt, L. (2024). Coping with sexual violence as a post-assault formed couple: A dyadic phenomenological interview analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 50(7), 787–810. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2024.2374245>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Bussières, È. L., Nolin, M. C., & Daspe, M. È. (2024). Partner effects of childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 1150–1167. <https://doi.org/10.1177/15248380231173427>
- Vallerand, R. (1989). Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: implications for research in the French language. *Canadian Psychology*, 30(4), 662–680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- van Berlo, W., & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, 11, 235–257. <https://doi.org/10.1080/10532528.2000.10559789>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Voisin, D. R., Hotton, A., & Schneider, J. (2014). Exposure to verbal parental aggression and sexual activity among low income African American youth. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 285–292. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9720-7>
- Walker, P. (2013). *Complex PTSD: From surviving to thriving*. Azure Coyote Publishing.
- Walsh, K., Latzman, N. E., & Latzman, R. D. (2014). Pathway from child sexual and physical abuse to risky sex among emerging adults: The role of trauma-related intrusions and alcohol problems. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 442–448. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.09.020>
- Wang, S.-J., Chang, J.-J., Cao, L.-L., Li, Y.-H., Yuan, M.-Y., Wang, G.-F., & Su, P.-Y. (2023). The relationship between child sexual abuse and sexual dysfunction in adults: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2772–2788. <https://doi.org/10.1177/1524838022113780>.
- Wang, Z.-Y., Hu, M., Yu, T.-L., & Yang, J. (2019). The relationship between childhood maltreatment and risky sexual behaviors: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph16193666>
- Watson, E., Milhausen, R. R., Wood, J., Maitland, S., Watson, E., Milhausen, R. R., Wood, J., Maitland, S., & Maitland, S. (2017). Sexual motives in heterosexual women with and without sexual difficulties. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(2), 110–120. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1124303>
- Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*, 46(4), 287–311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
- World Health Organization. (2010). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70434>

Zamir, O. (2022). Childhood maltreatment and relationship quality: A review of type of abuse and mediating and protective factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1344–1357. <https://doi-org./10.1177/1524838021998319>

Zamir, O., Gewirtz-Meydan, A., & Finzi-Dottan, R. (2025). Childhood maltreatment and perceived partner responsiveness: A dyadic analysis of posttraumatic symptoms as a mediator. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi-org./10.1037/tra0002048>