

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE ET VIOLENCE EN CONTEXTE DE RELATION
INTIME: L'EXPÉRIENCE DE LA REVICTIMISATION CHEZ LES FEMMES ADULTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN SEXOLOGIE

PAR

MARIANNE GIRARD

NOVEMBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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

Dans la réalisation de cette thèse, j'ai eu le privilège d'avoir un entourage extraordinaire qui m'a permis de m'épanouir dans ma carrière académique et poursuivre mes passions.

D'abord, je tiens à remercier Dre Natacha Godbout, ma directrice de recherche et mentor, qui a été présente pour moi dès mon entrée à l'UQAM et qui m'a encouragée à développer et diversifier mes habiletés en recherche. Merci de valoriser mon autonomie et de croire en mes capacités comme future professeure-chercheure. Je tiens à te remercier sincèrement de ton implication dans ma carrière académique et tes encouragements constants à toujours pousser plus loin. Je garde tous les apprentissages réalisés et les connaissances acquises à tes côtés.

Merci au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) m'ayant octroyé une bourse d'étude supérieure me permettant de poursuivre des études graduées. Un merci aussi au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), à l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) et à l'Équipe Sexulité et Couple (SCOUP) de m'avoir offert des bourses de soutien à la complétion de mon doctorat et à la réalisation de publications scientifiques.

Un grand merci aux membres du laboratoire Unité de recherche et d'intervention sur le TRAuma et le Couple (TRACE) qui ont participé à la collecte et à la saisie des données. Merci aussi à toutes au sein du laboratoire pour le travail d'équipe et le soutien lors des moments de doute. Un remerciement tout spécial à mes chères collègues et amies Camille Andrée Rassart, Éliane Dussault et Cloé Canivet d'avoir accepté de travailler avec moi et m'avoir accompagnée tout au long de mon doctorat. Votre temps, votre soutien et votre confiance en mes habiletés m'ont été précieux et je souhaite que notre amitié comme nos collaborations se poursuivent dans le futur.

Je tiens à remercier sincèrement ma sœur, Marie-Pier, qui me connaît mieux que moi-même. Ta foi en moi et tes conseils m'ont permis de persister malgré l'adversité vers la poursuite de mes objectifs personnels et professionnels. Ton admiration envers mes ambitions est une source précieuse de motivation et ton soutien constant, un pôle qui me tient debout. Merci aussi à ma

famille qui croit et s'intéresse à la recherche universitaire. Vous vous informez régulièrement de mes avancées, vous m'encouragez à continuer dans ce domaine malgré les embûches et vous valorisez mes accomplissements.

Un merci tout spécial à toi, Marc-Olivier, mon partenaire de vie. Merci d'être à mes côtés, et ce, depuis le tout début. Merci pour ta générosité sans bornes, de ta patience inconditionnelle et de ton dévouement à mon égard à travers les hauts et les bas de mes études doctorales. Ton soutien dans les multiples projets que j'entreprends, ainsi que tes encouragements envers mes aspirations futures, m'ont offert ce dont j'avais besoin et plus encore. C'est grâce à ta présence dans ma vie que je peux être où j'en suis aujourd'hui et je t'en serai éternellement reconnaissante.

Mes ami·e·s, qui ont été capables de me distraire dans les moments où j'en avais grand besoin et qui m'ont permis de décrocher, mais aussi merci de leur soutien dans mes études qui s'éternisent. Chacun·e à leur façon, iels m'ont fourni ce dont j'avais besoin.

Finalement, à toutes ces femmes qui ont accepté de participer au projet de recherche, je tiens à leur témoigner toute ma gratitude. Leur résilience est inspirante.

Sincèrement, merci à toutes.

DÉDICACE

“ Nowhere in the world is a woman safe from violence. The strengthening of global commitment to counteract this plague is a movement whose time has come. ”

- Dr. Asha-Rose Migiro

AVANT-PROPOS

Cette thèse se veut un ouvrage reconnaissant les impacts à moyen et long terme sur le bien-être psychologique et relationnel des traumas interpersonnels vécus par les filles et femmes. Il est important de souligner que les femmes ne sont jamais responsables des violences qui sont commises à leur endroit. La problématique des violences faites aux femmes est un enjeu social et toutes ont un rôle à jouer. Il est souhaité que cette thèse puisse guider les services offerts aux femmes afin de promouvoir leur guérison et de favoriser la prévention de potentielles expériences de victimisation et revictimisation. Bien que le fardeau de la protection de soi ne devrait pas retomber sur les épaules des victimes, le présent ouvrage offre néanmoins des outils pouvant favoriser le sentiment d'auto-efficacité et diminuer le sentiment d'impuissance qu'elles peuvent vivre, en plus de proposer des pistes pour guider les interventions destinées aux femmes. L'intention derrière ce projet de recherche est de donner du pouvoir aux femmes dans la prévention de la violence perpétrée à leur égard, ainsi que donner aux survivantes les connaissances et les stratégies qui peuvent les soutenir dans leur processus de guérison et dans la lutte contre la violence.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
AVANT-PROPOS	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	4
1.1 Définitions et terminologie	4
1.1.1 Définition de femme et mise en contexte de la violence basée sur le genre	4
1.1.2 Définition de l'ASE	5
1.1.3 Définition de trauma interpersonnel cumulatif en enfance	6
1.1.4 Définition de la VPI.....	6
1.1.5 Définition de l'agression sexuelle à l'âge adulte	7
1.1.6 Définition de la revictimisation	8
1.2 La problématique actuelle.....	8
1.2.1 Prévalences de la revictimisation.....	8
1.2.2 Corrélats de la revictimisation	10
1.2.2.1 Profils de victimisation	10
1.2.2.2 Mécanismes explicatifs de la revictimisation	11
1.2.2.2.1 Régulation émotionnelle.....	12
1.2.2.2.2 Fonctionnement relationnel	13
1.2.2.2.3 Construction identitaire	14
1.2.2.3 Récits des femmes sur leur vécu de violence.....	15
1.2.2.4 Historique de victimisation et revictimisation	16
1.2.3 Lacunes des études antérieures	16
1.3 Pertinence et objectifs de la thèse	17
CHAPITRE 2 ANCRAGES THÉORIQUES, ÉPISTÉMOLOGIQUES, ÉTHIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES	20
2.1 Ancrages théoriques.....	20
2.1.1 Modèle du trauma au soi.....	20

2.1.2	Modèle intégratif de la revictimisation à l'adolescence.....	22
2.2	Ancrages épistémologiques, méthodologiques et éthiques	24
2.2.1	Épistémologie pragmatique, devis mixte et multi-méthodes	24
2.2.2	Échantillonnage et stratégies de recrutement.....	25
2.2.3	Procédures et instruments de mesure	26
2.2.4	Stratégie analytique.....	30
2.2.5	Enjeux et considérations éthiques	31
2.3	Transition vers le premier article	32
CHAPITRE 3 ARTICLE #1.....		33
3.1	Résumé.....	34
3.2	Abstract	35
3.3	Introduction.....	36
3.3.1	Altered Self-Capacities as Outcomes.....	37
3.3.2	Aim of the Study.....	39
3.4	Method	39
3.4.1	Procedure & Sample	39
3.4.2	Measures	40
3.4.2.1	Childhood Sexual Abuse	40
3.4.2.2	Adult Sexual Assault	41
3.4.2.3	Intimate Partner Violence Victimization	41
3.4.2.4	Self-Capacities	42
3.4.3	Statistical Analyses	42
3.5	Results.....	43
3.5.1	Sample Description.....	43
3.5.2	Latent Class Analysis Model Selection	44
3.5.2.1	Class 1: <i>Intimate partner revictimization</i>	44
3.5.2.2	Class 2: <i>Adult sexual assault</i>	44
3.5.2.3	Class 3: <i>Few victimization experience</i>	45
3.5.3	Sociodemographic Characteristics Among Classes.....	45
3.5.4	Self-Capacities Among Classes	46
3.6	Discussion	46
3.6.1	Practical Implications.....	49
3.6.2	Limitations and Further Studies.....	50
3.6.3	Conclusion	51
3.7	Tables and Figures	52
3.8	Transition vers le deuxième article	56
CHAPITRE 4 ARTICLE #2.....		57
4.1	Résumé.....	58
4.2	Abstract	59
4.3	Introduction.....	60
4.3.1	CSA and Cumulative Interpersonal Trauma.....	61

4.3.2	Self-Capacities Disturbances as Potential Explanatory Mechanisms of Revictimization	62
4.1.2.1	Affective Disturbances	62
4.1.2.2	Identity Disturbances	63
4.1.2.3	Relational Disturbances	64
4.3.3	Aim of the Study	65
4.4	Method	66
4.4.1	Procedure & Sample	66
4.3.2	Measures	67
4.3.2.1	Childhood sexual abuse	67
4.3.2.2	Cumulative childhood interpersonal trauma	67
4.3.2.3	Self-capacities disturbances	68
4.3.2.3.1	Affective disturbances	68
4.3.2.3.2	Relational disturbances	69
4.3.2.3.3	Identity disturbances	70
4.3.2.4	Revictimization within intimate relationships	71
4.3.3	Statistical analyses	71
4.5	Results	73
4.5.1	Descriptive statistics and correlations	73
4.5.1.1	Cumulative childhood interpersonal trauma	73
4.5.1.2	Self-capacities disturbances	73
4.5.1.3	Revictimization within intimate relationships	74
4.5.1.4	Correlations	74
4.5.2	Integrative path analysis model	74
4.6	Discussion	76
4.6.1	Empirical and practical implications	78
4.6.2	Limitations and further studies	80
4.6.3	Conclusion	81
4.7	Tables and Figures	82
4.8	Transition vers le troisième article	86
CHAPITRE 5 ARTICLE #3.....		87
5.1	Résumé.....	88
5.2	Abstract	89
5.3	Introduction	90
5.3.1	Aim of the present metasynthesis	91
5.4	Method	92
5.4.1	Procedure and sample	92
5.4.2	Research team	93
5.4.3	Data analysis	94
5.5	Results	95
5.5.1	Barriers to action: A belief system reflecting learned helplessness that hinders women's abilities to protect themselves and prevent further abuses.....	95
5.5.1.1	<i>I am a captive</i> - The belief that I am powerless against violence and abuse	96
5.5.1.2	<i>I expect violence</i> - The belief that violence and abuse are the norm	96

5.5.1.3	<i>I compromise myself</i> - The belief that I should tolerate violence and abuse without regard to myself	97
5.5.1.4	<i>I can't clean it off</i> - The belief that violence and abuse define me	98
5.5.1.5	<i>I am worth nothing</i> - The belief that I am empty or do not have value	99
5.5.1.6	<i>It's all my fault</i> - The belief that I am responsible for the endured violence and abuse	99
5.5.2	Broken internal compass: Cognitive elements blurring women's risk evaluation capacities and reference points limiting the ability to break the cycle of revictimization	100
5.5.2.1	<i>Past the red light</i> - Unrecognition of abuse or non-listening to danger signals	100
5.5.2.2	<i>Whom to trust</i> - Skewed appraisal of others' intentions	101
5.5.2.2.1	Blind trust of others	101
5.5.2.2.2	Distrust of others	101
5.5.2.3	<i>Without direction</i> - Loss of reference points in different aspects of life	102
5.6	Discussion	103
5.6.1	Empirical and Intervention Implications	105
5.6.2	Limitations, strengths, and future studies	106
5.7	Conclusion	108
5.8	Tables and Figures	109
CHAPITRE 6 DISCUSSION		116
6.1	Présentation synthétisée des résultats de la thèse	116
6.1.1	L'ASE : son contexte et ses répercussions spécifiques	118
6.1.1.1	Séquelles émotionnelles ou affectives	119
6.1.1.2	Séquelles identitaires	121
6.1.1.3	Séquelles sexorelationnelles	124
6.1.2	Comprendre la revictimisation : ses trajectoires	129
6.1.3	Le contexte socioculturel revictimisant	130
6.2	Implications pour la pratique	132
6.2.1	Adopter une pratique sensible au trauma	132
6.2.2	Promouvoir un traitement axé sur le trauma	133
6.2.3	Encourager la pratique de la présence attentive	134
6.3	Limites et pistes de recherches futures	134
CONCLUSION		138
ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		140
ANNEXE B INSTRUMENTS DE MESURE		144
ANNEXE C APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET SEXO		151
ANNEXE D CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE (EPTC2)		152
ANNEXE E AVIS DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE		153
RÉFÉRENCES		154

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Modèle intégrateur de la revictimisation à l'adolescence d'Hébert et ses collègues (2012)	23
Figure 3.1. Mean Scores of Self-Capacities for Each Class in the Three-Class Model.....	55
Figure 4.1. Integrative Model of the Indirect Role of Affective, Relational, and Identity Disturbances in the Association Between Childhood Cumulative Interpersonal Trauma and Revictimization Within Intimate Relationships Among Women Childhood Sexual Abuse Survivors	85
Figure 5.1. Flowchart Illustrating the Process of Retrieving and Screening Articles	115
Figure 6.2. Nouveau modèle intégrateur de la revictimisation	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1. Sociodemographic Characteristics	52
Table 3.2. Comparison of Fit Statistics for Latent Class Models	53
Table 3.3. Comparison of Internal (Victimization Experiences) and External (Self-Capacities) Variables and Class Membership.....	54
Table 4.1. Sociodemographic Characteristics	82
Table 4.2. Means, Standard Deviations, Prevalence, and Correlation Coefficients	83
Table 4.3. Removed Non-Significant Paths from the Final Integrative Model Removed Non-Significant Paths from the Final Integrative Model.....	84
Table 5.1. Studies Included in Metasynthesis	109
Table 5.2. Categories, Subcategories, and Studies Associated with each Subcategory	114

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

aBIC	Sample-size-Adjusted Bayesian Information Criterion
AIC	Akaike's Information Criterion
ASA	Adult Sexual Assault
ASE	Agression sexuelle en enfance
BDI	Beck Depression Inventory
BIC	Bayesian Information Criterion
CCIT	Cumulative Childhood Interpersonal Trauma
CCTQ	Childhood Cumulative Trauma Questionnaire
CI	Confidence Intervals
CPTSD	Complex Posttraumatic Stress Disorder
CSA	Childhood Sexual abuse
CTS	Conflict Tactics Scale
EAAA	Enhanced, Assess, Acknowledge, Act Sexual Assault Resistance Program
ECR	Experience in Close Relationships scale
FIML	Full Information Maximum Likelihood
IASC	Inventory of Altered Self-Capacities
IPV	Intimate Partner Violence

LCA	Latent Class Analysis
LMR-LRT	Lo-Mendell–Rubin Likelihood Ratio Test
M	Mean
ML	Maximum Likelihood with conventional standard errors
MLR	Maximum Likelihood with Robust standard errors
OR	Odds Ratio
RC	Rapport de cotes
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration,
SD	Standard Deviation
TICE	Trauma interpersonnel cumulatif en enfance
TSI	Trauma Symptom Inventory
TSPT	Trouble de stress posttraumatique

RÉSUMÉ

La documentation scientifique montre que l'agression sexuelle en enfance (ASE) chez les filles représente un important facteur de risque pour une multitude de conséquences négatives à court et à long terme sur la santé mentale et physique des survivantes. Parmi ces conséquences se trouve le risque accru de subir de la violence dans le contexte d'une relation intime à l'âge adulte, soit le phénomène de la revictimisation. Cependant, la plupart des études sur ce phénomène se sont intéressées à la revictimisation sexuelle uniquement, sans tenir compte du contexte relationnel. De plus, peu d'études récentes se sont intéressées aux corrélats (p. ex., les capacités du soi, qui sont les ressources personnelles permettant de faire face aux défis du quotidien) de la revictimisation, particulièrement au sein d'échantillons cliniques. Les écrits scientifiques ont donc négligé des éléments clés qui pourraient permettre de mieux distinguer les expériences variées des femmes survivantes d'ASE.

Ainsi, la présente thèse vise à répondre à la question : quelles sont les caractéristiques qui allient ou distinguent les expériences de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes d'ASE ? L'objectif général de la thèse est de mieux comprendre l'expérience de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes adultes survivantes d'ASE. Cet objectif se divise en trois sous-objectifs spécifiques : 1) identifier des groupes en fonction des expériences de victimisation chez des femmes adultes consultant en thérapie sexuelle, 2) examiner les associations entre le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime par l'entremise de l'altération des capacités du soi au sein d'un échantillon de femmes adultes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle, et 3) documenter les points communs dans la façon dont les femmes survivantes perçoivent, comprennent, trouvent un sens ou expliquent leurs expériences d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime, à travers l'analyse des études qui font état du discours des femmes à ce sujet. Ces objectifs ont orienté la rédaction de trois articles scientifiques au sein d'un devis mixte.

Dans le premier article, des analyses de classes latentes ont permis d'identifier des classes au sein d'un échantillon de femmes adultes consultant en thérapie sexuelle ($n = 628$). Les résultats ont révélé trois classes : 1) *Revictimisation par un·e partenaire intime* (10,7% ; $n = 67$), 2) *Aggression sexuelle à l'âge adulte* (38,7% ; $n = 243$), et 3) *Peu d'expériences de victimisation* (50,6% ; $n = 318$). Les femmes appartenant à la première classe rapportent davantage d'expériences de victimisation, surtout en contexte de relation intime, et démontrent plus de difficultés au niveau des capacités du soi comparativement aux autres classes. Les femmes appartenant à la troisième classe, à l'inverse, rapportent le moins d'expériences de victimisation et de difficultés au niveau des capacités du soi. Les résultats suggèrent que les difficultés au niveau des capacités du soi pourraient représenter des facteurs de vulnérabilité contribuant à la perpétuation du cycle de revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE.

Dans le deuxième article, des analyses acheminatoires ont permis d'examiner le rôle des capacités du soi dans l'association entre le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation par un·e partenaire intime au sein d'un échantillon de femmes adultes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle ($n = 247$). Les résultats ont démontré que les capacités du soi

altérées (difficultés émotionnelles et relationnelles) agissent comme mécanismes explicatifs partiels du lien entre le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation physique et sexuelle par un·e partenaire intime ($RC = 1,49$ et $1,62$). Cette étude suggère que les conséquences de l'ASE et des autres traumas interpersonnels en enfance sur les sphères émotionnelles, relationnelles et identitaires pourraient agir comme facteurs de vulnérabilité à la revictimisation chez les survivantes.

Dans le troisième article, une métasynthèse a été réalisée sur les 15 études qualitatives portant sur l'ASE et la violence en contexte de relation intime chez les femmes répertoriées dans la documentation scientifique. L'analyse a permis d'identifier deux grandes catégories conceptuelles : 1) les obstacles à l'action : un système de croyances reflétant un sentiment d'impuissance apprise qui entrave la capacité des femmes à se protéger et à prévenir d'autres victimisations, et 2) une boussole interne brisée : des distorsions cognitives brouillant les capacités d'évaluation du risque et les repères, limitant leur habileté à rompre le cycle de la revictimisation. Les résultats soulignent l'importance de fournir aux survivantes des outils de prévention de la violence tels que de meilleures capacités d'évaluation du risque et de déconstruire le sentiment d'impuissance pour les aider à briser le cycle de la violence.

Le dernier chapitre de cette thèse fournit une synthèse des résultats des trois études à l'aide d'un modèle conceptuel intégratif. Les résultats sont discutés à la lumière des ancrages théoriques du modèle du trauma au soi et du modèle de la revictimisation, ainsi que des études empiriques disponibles. Les travaux de cette thèse mettent en lumière les mécanismes impliqués dans la revictimisation en contexte de relation intime, tout en offrant des balises pouvant guider les mesures préventives et les pratiques d'intervention destinées aux femmes survivantes d'ASE en identifiant les marqueurs de fonctionnement pertinents à cibler. En conclusion, cette thèse offre des assises empiriques et théoriques pertinentes sur lesquelles les milieux de pratique peuvent s'appuyer pour accompagner les survivantes d'ASE dans leur processus de rétablissement psycho-sexo-relationnel et prévenir la revictimisation.

Mots clés : agression sexuelle ; traumas interpersonnels ; violence entre partenaires intimes ; capacités du soi ; méthodologie qualitative ; méthodologie quantitative; méthodologie mixte.

ABSTRACT

Scientific literature emphasizes that childhood sexual abuse (CSA) in girls represents a significant risk factor for a wide range of short- and long-term negative consequences on the mental and physical health of survivors. Among these consequences is the increased risk of experiencing violence in the context of an intimate relationship in adulthood, referred to as the phenomenon of revictimization. However, most studies conducted on this problematic have focused exclusively on sexual revictimization, without considering the relational context. Furthermore, few recent studies have examined the correlates (e.g., self-capacities, which are one's personal resources for navigating daily challenges) of revictimization, particularly within clinical samples. As a result, the scientific corpus has overlooked key elements that could better differentiate the varied experiences of CSA survivors.

Thus, this thesis aimed to answer the question: "What are the characteristics that connect or differentiate experiences of revictimization in the context of intimate relationships among women CSA survivors?" The main objective of this thesis is to better understand the experience of revictimization within intimate relationships among adult women CSA survivors. This objective is divided into three specific sub-objectives: (1) To identify groups based on victimization experiences among adult women consulting in sex therapy, (2) To examine the associations between cumulative childhood interpersonal trauma and revictimization within intimate relationships through self-capacity disturbances within a sample of adult women CSA survivors consulting in sex therapy, and (3) To document the commonalities in how women survivors perceive, understand, make sense of, or explain their experiences of CSA and later revictimization within intimate relationships through an analysis of studies that reflect women's accounts on the topic. These objectives guided the publication of three scientific articles using a mixed-method design.

In the first article, latent class analyses were conducted to identify classes within a sample of adult women consulting in sex therapy ($n = 628$). The results revealed three classes: (1) *Intimate Partner Revictimization* (10.7%, $n = 67$), (2) *Adult sexual assault* (38.7%, $n = 243$), and (3) *Few victimization experiences* (50.6%, $n = 318$). Women in the first class reported more victimization experiences, particularly within the context of intimate relationships, and exhibited greater self-capacities difficulties, compared to the other classes. Inversely, women in the third class reported the fewest victimization experiences and self-capacities difficulties. The findings suggest that self-capacities difficulties may represent vulnerability factors contributing to the perpetuation of the cycle of revictimization among CSA survivors.

In the second article, path analyses examined the role of self-capacities in the association between cumulative childhood interpersonal trauma and revictimization by an intimate partner within a sample of adult women CSA survivors consulting in sex therapy ($n = 247$). The results demonstrated that self-capacities disturbances (i.e., affective and relational difficulties) partially explained the link between cumulative childhood interpersonal trauma and later physical and sexual revictimization by an intimate partner ($ORs = 1.49$ and 1.62). This study suggests that the

affective, relational, and identity-related consequences of CSA and other childhood interpersonal traumas may act as vulnerability factors for revictimization among survivors.

In the third article, a metasynthesis was conducted on the 15 qualitative studies focusing on CSA and intimate partner violence among women catalogued in the scientific literature. The analysis identified two main conceptual categories: (1) Barriers to action: A belief system reflecting learned helplessness that hinders women's abilities to protect themselves and prevent further abuses, and (2) Broken internal compass: Cognitive elements blurring women's risk evaluation capacities and reference points limiting their ability to break the cycle of revictimization. The findings underscore the importance of providing survivors with violence prevention tools, such as improved risk evaluation capacities and strategies to deconstruct the feelings of helplessness, to help them break the cycle of violence.

The final chapter of this thesis presents a synthesis of the results from the three articles into a single integrative conceptual model. The results are discussed in light of the theoretical frameworks of the self-trauma model and the integrative revictimization model, as well as the available empirical studies. This thesis highlights the mechanisms involved in revictimization within the context of intimate relationships while providing guidelines to inform preventive measures and intervention practices for women CSA survivors by identifying relevant functional markers to target. In conclusion, this thesis offers pertinent empirical and theoretical foundations upon which practitioners can rely on to support CSA survivors in their psychological, sexual, and relational healing process and to prevent revictimization.

Keywords : Sexual violence; Interpersonal trauma; Intimate partner violence; Self-capacities; Qualitative Methodology; Quantitative Methodology; Mixed Methodology.

INTRODUCTION

L'agression sexuelle en enfance (ASE) représente un problème social affectant près d'une fille sur cinq avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh et al., 2011). Cette problématique est d'autant plus répandue au sein des échantillons cliniques de femmes consultant des services d'aide (Berthelot et al., 2014; Bouchard et al., 2009). La documentation scientifique met en évidence l'ASE comme un facteur de risque important pour une multitude de conséquences négatives à court et à long terme sur la santé mentale et physique des survivantes (Hailes et al., 2019). Au Canada, l'ASE entraînerait des coûts annuels s'élevant à plus de 3 milliards de dollars en soins de santé et en services sociojuridiques en raison de ses multiples répercussions sur la survivante (Hankivsky et Draker, 2003). L'aspect endémique de ce phénomène, les répercussions qui lui sont associées, ainsi que l'aspect genré de cette problématique mettent en lumière la nécessité de conduire des recherches auprès des filles et femmes. Ces recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre le vécu de victimisation et ses corrélats, dans le but ultime d'adapter les efforts de prévention et les interventions offertes aux survivantes d'ASE.

Plusieurs études se sont intéressées aux répercussions de l'ASE à l'âge adulte dans les sphères relationnelles et sexuelles chez les femmes survivantes (p. ex., Guyon et al., 2020; Vaillancourt-Morel et al., 2015). Parmi ces répercussions se trouve le risque accru de subir de la violence dans le contexte d'une relation intime (Hébert et al., 2021). La violence par un·e partenaire intime (VPI) représente également un important problème de santé publique pouvant entraîner de graves répercussions physiques, psychologiques, professionnelles, judiciaires, économiques et sociales (Zhang et al., 2013). Les femmes sont particulièrement touchées par la VPI ; une étude nationale américaine révèle que plus d'une femme sur trois (35,6%) rapporte avoir vécu de la VPI au moins une fois au cours de leur vie (Black et al., 2011). Plus récemment, une enquête canadienne a révélé que plus de deux femmes sur cinq (44,0%) déclarent avoir subi de la VPI au moins une fois dans leur vie (Cotter, 2021). De plus, les femmes sont davantage victimes de VPI sévère (p. ex., blessures graves, sentiment de peur, homicide) que les hommes, notamment au sein d'échantillons cliniques (Hamberger et Larsen, 2015; Stöckl, et al., 2013), soulignant la nécessité d'étudier l'expérience de VPI chez les femmes.

Malgré les liens démontrés dans la documentation scientifique entre l'expérience d'ASE et la VPI à l'âge adulte (Hébert et al., 2021; Krause-Utz et al., 2021), notamment chez les femmes (Girard et al., 2020; Papalia et al., 2021), peu d'études récentes se sont intéressées à l'expérience de revictimisation en contexte de relation intime et aux corrélats qui lui sont spécifiques chez les femmes adultes, particulièrement au sein d'échantillons cliniques de femmes consultant des services d'aide. En fait, les études sont limitées quant à la revictimisation spécifiquement en contexte de relation intime à l'âge adulte, et celles disponibles ont principalement documenté les taux de prévalence sans s'attarder aux mécanismes explicatifs pouvant être identifiés comme levier d'intervention (p. ex., capacités du soi). De plus, les rares études disponibles portant sur les mécanismes explicatifs de la relation entre l'ASE et la VPI chez les femmes présentent des résultats hétérogènes et non concluants (p. ex., mécanismes potentiels rarement examinés dans plus d'une étude; Hébert et al., 2021).

De plus, les études actuelles ont négligé des éléments clés qui pourraient permettre de mieux distinguer les expériences variées des femmes survivantes d'ASE, dont les différents profils pouvant caractériser l'hétérogénéité des expériences de victimisation et le sens qu'elles donnent à leurs expériences. Ces éléments contribueraient à l'obtention d'une vision plus globale du phénomène de la revictimisation. Puisque ce ne sont pas toutes les femmes survivantes d'ASE qui rapportent l'expérience de VPI à l'âge adulte (Capaldi et al., 2012), il semble nécessaire de mieux comprendre les variables rattachées à ces expériences. L'étude des profils pouvant caractériser les différentes expériences de victimisation et de revictimisation, l'examen des mécanismes qui rendent compte du lien entre l'historique d'ASE et la revictimisation en contexte de relation intime, ainsi que l'exploration du sens que donnent les femmes à leurs expériences de multiples victimisations pourrait répondre à ce besoin.

Les travaux réalisés dans le cadre de cette thèse ont permis de mieux comprendre les différentes expériences de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes d'ASE à l'aide de profils d'expériences de victimisation et de revictimisation, des mécanismes qui expliquent partiellement leurs trajectoires de revictimisation et de leurs discours quant à leur vécu sur la base de modèles théoriques portant sur les traumatismes interpersonnels et la revictimisation. Plus spécifiquement, cette thèse a contribué au corpus de données empiriques, théoriques et cliniques sur la revictimisation en identifiant différents profils de femmes qui consultent des services d'aide

basés sur leur trajectoire d'expériences de victimisation, en examinant le rôle des capacités du soi dans la relation entre l'expérience d'ASE et VPI, puis en explorant le discours des femmes survivantes quant à leur perspective et compréhension de leur propre trajectoire de multiples victimisations. Comme les services d'aide consultés sont la thérapie sexuelle, la population à l'étude consiste en une population particulièrement vulnérable aux expériences d'ASE (Berthelot et al., 2014) et directement touchée par les programmes et recommandations d'interventions sexologiques. Les résultats de cette thèse ont mis en lumière les corrélats qui peuvent influencer le risque de revictimisation en contexte de relation intime et ses conséquences chez les femmes afin d'adapter les mesures préventives et les pratiques d'intervention sexologique destinées aux femmes survivantes d'ASE.

CHAPITRE 1

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, les définitions et conceptualisations des termes à l'étude seront abordés. Pour débiter, ce chapitre donne la définition du mot femme, puis situe la violence basée sur le genre dans son contexte sociohistorique et culturel. Puis, se trouvent les définitions des expériences de victimisation en enfance (ASE et trauma interpersonnel cumulatif en enfance). Par la suite seront couvertes les définitions des expériences de victimisation à l'âge adulte (VPI, agression sexuelle à l'âge adulte). Pour terminer la section portant sur les définitions, la revictimisation sera décrite, soit ce qui unit la victimisation à l'enfance et celle à l'âge adulte. La problématique actuelle de la revictimisation est présentée, ainsi que les enjeux théoriques et empiriques qui y sont associés. Les lacunes des études antérieures sur la revictimisation et les avenues méthodologiques privilégiées dans le cadre de la présente thèse y sont présentées.

1.1 Définitions et terminologie

1.1.1 Définition de femme et mise en contexte de la violence basée sur le genre

Dans le cadre de cette thèse, le terme « femme » désigne toute personne s'identifiant comme une femme, qu'elle soit cisgenre ou transgenre. L'ASE est un phénomène qui touche particulièrement les personnes s'identifiant comme fille ou femme, qui sont deux à trois fois plus à risque d'être victimisées que les personnes s'identifiant comme garçons ou hommes selon une méta-analyse réalisée auprès d'échantillons provenant de différents pays (Barth et al., 2013). De plus, les femmes sont considérablement plus à risque de subir de la VPI que les hommes (Cotter, 2021). Les militantes, chercheuses et théoriciennes féministes ont longtemps axé leurs efforts sur la reconnaissance et la compréhension des nombreuses inégalités vécues par les femmes, notamment la violence dite sexiste ou patriarcale (p. ex., violence conjugale, violence sexuelle; Brownmiller, 1975; Crenshaw, 1991; Dobash et Dobash, 1979). Le patriarcat, soit un système structurel et social favorisant la domination des hommes et la subordination des femmes, incite et soutient la violence commise envers les filles et femmes (Hunnicut, 2009). En effet, les hommes sont de loin les principaux auteurs des violence sexuelles et conjugales faites envers les femmes (World Health

Organization, 2024). Ces inégalités de pouvoir et les normes culturelles genrées contribuent à silencer la voix des femmes et à maintenir un système social et juridique perpétuant leur (re)victimisation (Grignoli et al., 2024), soulignant la nécessité de porter attention à la réalité des femmes dans la recherche sur les violences sexuelles et conjugales.

1.1.2 Définition de l'ASE

Bien qu'il n'existe pas de définition universelle ou consensuelle de l'ASE (Mathews et Collin-Vézina, 2019), la définition de l'ASE retenue dans la présente thèse est celle du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec découlant du Code Criminel Canadien :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne. Cette définition s'applique, peu importe l'âge, le sexe, la culture, la religion et l'orientation sexuelle de la personne victime ou de l'agresseur sexuel, peu importe le type de geste à caractère sexuel posé et le lieu ou le milieu de vie dans lequel il a été fait, et quelle que soit la nature du lien existant entre la personne victime et l'agresseur sexuel. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Selon cette définition, les gestes à caractère sexuel suivants, vécus avant l'âge de 18 ans et sans le consentement valide de la victime (gestes non désirés ou commis par une personne plus âgée ou en position d'autorité), sont du registre de l'ASE : propositions verbales à caractère sexuel, exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur·e), voyeurisme (exposition des parties génitales de l'enfant à l'agresseur·e), attouchements sexuels par-dessus ou sous les vêtements avec les mains, la bouche ou autres (subis par l'enfant ou qu'il·e a été contraint·e de pratiquer sur l'agresseur·e), contacts oraux génitaux (fellation, cunnilingus), actes impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration (digitale, vaginale, anale ou avec un objet). Cette liste non exhaustive de gestes à caractère sexuel inclut les ASE avec ou sans contact physique (Mathews et Collin-Vézina, 2019; Senn et al., 2007).

1.1.3 Définition de trauma interpersonnel cumulatif en enfance

Le trauma interpersonnel en enfance fait référence à toute expérience de victimisation vécue dans un contexte relationnel avant l'âge de 18 ans (p. ex., maltraitance; Rassart et al., 2022). Dans la présente thèse, les huit principaux types de trauma interpersonnel examinés sont l'agression sexuelle, l'abus physique, l'abus psychologique ou émotionnel, être témoin de violence physique ou psychologique entre des membres de la famille (p. ex., VPI entre les parents), la négligence physique, la négligence psychologique et l'intimidation par les pairs (« *bullying* »). Plus précisément, l'abus physique est l'usage intentionnel de la force physique contre un enfant (World Health Organization, 2006). L'abus psychologique ou émotionnel correspond aux comportements intentionnels visant à rabaisser, blâmer, menacer, effrayer, discriminer ou ridiculiser l'enfant sans la force physique (World Health Organization, 2006; 2022). La négligence physique réfère au fait de ne pas prodiguer les soins nécessaires à l'enfant aux niveaux de la santé, de l'éducation, de la nutrition, du logement ou autres éléments liés aux conditions de vie (World Health Organization, 2006). La négligence psychologique correspond à l'incapacité de répondre aux besoins émotionnels et développementaux de l'enfant (p. ex., affection, soutien; Ylittervo et al., 2023). L'intimidation par les pairs réfère aux comportements agressifs indésirables de la part d'un autre enfant ou d'un groupe d'enfants envers un autre enfant (World Health Organization, 2022). Le trauma interpersonnel cumulatif en enfance, quant à lui, réfère à la cooccurrence de ces différents types de trauma interpersonnel avant l'âge de 18 ans (Rassart et al., 2022).

1.1.4 Définition de la VPI

La VPI, communément appelée violence conjugale ou violence dans les relations amoureuses, a fait l'objet de plusieurs définitions. L'Organisation mondiale de la Santé désigne la violence entre partenaires romantiques et sexuelles comme un éventail de formes de violence (c.-à-d., physique, sexuelle, psychologique) entravant le bien-être physique, psychologique et sexuel de la personne victimisée (World Health Organization, 2012). Plus récemment, la définition de la VPI s'élargit afin de considérer tout type de relation amoureuse, intime ou sexuelle, actuelle ou ancienne, et ce, pour toutes les identités de genre des individus impliqués dans la relation (Breiding et al., 2015), dans un but d'inclusivité et d'exhaustivité du phénomène.

Le ou la partenaire intime désigne toute personne avec qui l'individu entretient une relation intime pouvant être caractérisée par une connexion émotive, des contacts réguliers, des contacts physiques et sexuels, une identité en tant que couple, une familiarité et une connaissance de la vie de chacun·e. Toutefois, une relation intime ne nécessite pas de réunir toutes ces caractéristiques pour être considérée comme telle. La définition de partenaire intime inclut donc un·e conjoint·e (conjoint·e marié·e ou en union civile ou de fait), copain ou copine, fréquentation, partenaire sexuel·le ou toute autre forme de relation intime ou romantique impliquant des critères élaborés ci-dessus (Breiding et al., 2015).

La présente thèse s'intéresse à deux formes reconnues de VPI : la violence physique et la violence sexuelle. La violence physique réfère à l'utilisation de force physique envers le ou la partenaire. Cette forme de violence inclut des gestes tels que pousser ou bousculer le ou la partenaire, lui donner une claque, un coup de pied, ou un coup de poing, frapper le ou la partenaire avec un objet ou lui lancer un objet et menacer le ou la partenaire avec une arme blanche ou une arme à feu (Breiding et al., 2015; Straus et al., 1996).

La violence sexuelle, quant à elle, réfère à tout acte de nature sexuelle (avec ou sans contact) perpétré ou tenté sous la contrainte ou sans le consentement libre et éclairé du ou de la partenaire. Cette forme de violence comprend la coercition sexuelle, qui décrit un continuum de gestes visant à contraindre le ou la partenaire à avoir des relations sexuelles, dont l'utilisation de la force physique, de drogues ou d'alcool ou de différentes tactiques comme la manipulation, la pression persistante, les menaces, les promesses ou le mensonge (Black et al., 2011; Breiding et al., 2015; Straus et al., 1996).

1.1.5 Définition de l'agression sexuelle à l'âge adulte

L'agression sexuelle à l'âge adulte réfère à tout geste à caractère sexuel non désiré, avec ou sans contact physique, tenté ou commis à l'encontre d'une personne sans son consentement libre et éclairé (Dworkin et al., 2021). À noter qu'une agression sexuelle peut survenir dans le contexte d'une relation intime. Selon la définition précédente, tous les types de gestes à caractère sexuel suivants, vécus après l'âge de 18 ans et sans le consentement libre et éclairé de la personne visée, sont inclus (Black et al., 2011) : propositions ou menaces verbales à caractère sexuel ou

harcèlement, exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur·e), voyeurisme (exposition des parties génitales de la victime à l'agresseur·e), attouchements sexuels par-dessus ou sous les vêtements avec les mains, la bouche ou autres (subis par l'individu ou qu'il a été contraint·e de pratiquer sur l'agresseur·e), contacts oraux génitaux (fellation, cunnilingus), actes impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration (digitale, vaginale, anale ou avec un objet). Ces gestes peuvent être commis à l'aide de menaces, de violence physique ou sous l'effet d'alcool ou de drogue (Black et al., 2011).

1.1.6 Définition de la revictimisation

Le terme « revictimisation » fait référence à une expérience de victimisation subséquente à une précédente victimisation vécue durant l'enfance (Hébert et al., 2012, p. 173). La pertinence d'étudier la revictimisation fait écho au risque pour les personnes survivantes d'une expérience de victimisation durant l'enfance de subir des expériences de victimisation subséquentes à l'âge adulte (Widom et al., 2008). Bien que le terme « revictimisation » reflète un phénomène complexe qui englobe tous types d'expériences de victimisation répétée (Hébert et al., 2012, p. 172), celui-ci fait typiquement référence à une expérience de victimisation sexuelle (c.-à-d., agression sexuelle) à l'adolescence ou à l'âge adulte qui est subséquente à une victimisation sexuelle en enfance (Classen et al., 2005). Dans le cadre de la présente thèse, le terme « revictimisation » réfère, entre autres, à l'expérience de VPI à la suite d'une expérience d'ASE.

1.2 La problématique actuelle

Afin de pouvoir mieux cerner les connaissances actuelles relatives à la revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE, la présente section s'attardera à exposer les résultats des études empiriques antérieures. Les prévalences de la revictimisation, les profils de trajectoire de victimisation des femmes, les mécanismes liant l'ASE et la revictimisation, notamment au niveau des sphères émotionnelle, relationnelle et identitaire de la survivante, ainsi que les discours des femmes survivantes de revictimisation seront décrites dans les sections suivantes.

1.2.1 Prévalences de la revictimisation

Les taux de prévalence de la revictimisation chez les adultes survivant·e·s d'ASE varient largement entre les études. Par exemple, une méta-analyse menée sur 19 études portant sur la revictimisation

sexuelle à l'âge adulte chez les femmes indique des taux de prévalence variant entre 15% et 79% (Roodman et Clum, 2001). Cette disparité s'explique, entre autres, par les multiples définitions d'ASE et de revictimisation sexuelle adoptées par les auteur·e·s et la divergence des instruments de mesure utilisés (Roodman et Clum, 2001). Une méta-analyse réalisée par Walker et ses collègues (2019) rassemblant un total de 80 études démontre des taux de prévalence de revictimisation sexuelle à l'âge adulte variant entre 10% et 90% chez les survivant·e·s d'ASE, avec une prévalence moyenne d'un·e survivant·e d'ASE sur deux (47,9%) qui ont vécu au moins une expérience de revictimisation sexuelle à l'âge adulte.

En ce qui concerne la revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE, les données empiriques sont moins abondantes. Chez les adolescentes, les données indiquent que les survivantes d'ASE sont davantage vulnérables à subir de la violence psychologique, physique et sexuelle au sein de leurs relations intimes comparativement aux non-victimes (Hébert et al., 2017). En termes de proportion, les filles survivantes d'ASE seraient beaucoup plus nombreuses (47,7%) à vivre de la VPI que les non-victimes d'ASE (34,1%; Hébert et al., 2017).

Au sein de la population adulte, une enquête réalisée auprès de 16 993 individus en couple ou ayant été en couple révèle aussi que les survivantes d'ASE sont au moins deux fois plus à risque de vivre de la VPI (Daigneault et al., 2009). Plus précisément, les femmes survivantes d'ASE sont près de trois fois plus à risque d'être revictimisées physiquement ($RC = 2,85$) et près de cinq fois plus à risque d'être revictimisées sexuellement ($RC = 4,78$) de la part de leur partenaire intime que les non-victimes d'ASE (Daigneault et al., 2009). Une autre étude menée auprès de 16 000 adultes (8000 femmes) témoigne de résultats similaires, indiquant que les survivantes d'ASE seraient deux fois plus à risque de vivre de la VPI physique que les non-victimes d'ASE ($RC = 2,30$; Desai et al., 2002). Les taux alarmants de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes observés dans la documentation scientifique confirment l'envergure de ce phénomène.

Les prévalences notables de la revictimisation en contexte de relation intime chez les adolescentes et femmes adultes survivantes d'ASE constatées au sein des études soulignent la pertinence de poursuivre la recherche sur ce phénomène. Cela est d'autant plus important auprès d'une population de femmes, considérant que celles-ci sont nettement plus à risque de subir de la VPI menant à leur décès que les hommes (Stöckl et al., 2013). Toutefois, les études ont majoritairement

mobilisé des échantillons provenant de la communauté, limitant la généralisation des résultats aux populations cliniques. Or, il apparaît particulièrement pertinent d'examiner les individus provenant d'échantillons cliniques étant donné leurs différences par rapport à la population générale à plusieurs niveaux, notamment leur prévalence élevée d'expérience d'ASE (Palmer et al., 1993; Berthelot et al., 2014) et de VPI (Kennedy et al., 2021). Ces différences font en sorte que les résultats d'échantillons populationnels pourraient être difficilement généralisables à une population clinique. L'étude des expériences d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime au sein d'une population clinique de femmes permettrait une meilleure compréhension des enjeux spécifiques à cette clientèle particulièrement vulnérable et directement touchée par les pratiques d'intervention. Les données recueillies auprès de la population générale soutiennent tout de même une solide théorisation des mécanismes pouvant expliquer les liens entre l'ASE et la revictimisation.

1.2.2 Corrélat de la revictimisation

Une recension systématique de la documentation scientifique montre 25 études qui examinent les corrélats de la revictimisation chez les survivant·e·s d'ASE, permettant de mieux comprendre la variabilité dans l'expérience de la revictimisation (Scoglio et al., 2021). Les résultats montrent que certains éléments psychologiques agissent comme facteurs de vulnérabilité à la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE. La présente section dresse un aperçu des principaux résultats de ces études, en trois sections : les études portant sur les profils qui permettent d'illustrer l'hétérogénéité des expériences de victimisation et leurs corrélats, les études portant sur les mécanismes qui permettent de comprendre le processus de revictimisation et les études qualitatives qui permettent de nuancer et contextualiser les données.

1.2.2.1 Profils de victimisation

Bien qu'aucune étude n'ait examiné les profils d'expériences de victimisation en enfance et de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes adultes consultant des services d'aide, trois études explorent les profils (ou classes) de revictimisation. D'abord, l'étude de Rodriguez-Menés et ses collègues (2014) a examiné les profils de victimisation chez un petit échantillon de femmes adultes ($n = 30$; 10 survivantes de VPI). Les auteur·e·s ont observé deux profils, soit un profil de femmes victimisées dans un même contexte (p. ex., toutes les expériences de victimisation subies dans le contexte d'une relation intime) et un profil de femmes

polyvictimisées dans de multiples contextes (p. ex., expériences de victimisation subies en contexte d'une relation intime et en dehors d'une relation intime; Rodriguez-Menés et al., 2014). De plus, les femmes survivantes de traumatismes interpersonnels en enfance étaient plus susceptibles d'appartenir au profil de femmes polyvictimisées dans de multiples contextes que celui des femmes victimisées dans un même contexte, ce qui semble refléter une trajectoire de vie marquée par des expériences de victimisation multiples et diverses dès l'enfance (Rodriguez-Menés et al., 2014). Puis, l'étude de Papalia et ses collègues (2017) a étudié les profils de trajectoires de revictimisation selon le moment de vie où elle survient chez des survivant·e·s d'ASE provenant de la communauté ($n = 510$), à l'aide d'un devis longitudinal. Cette étude identifie quatre trajectoires, soit 1) trajectoire normative ou faible victimisation, 2) victimisation uniquement pendant l'enfance, 3) victimisation uniquement à l'âge adulte, et 4) trajectoire de victimisation chronique (Papalia et al., 2017). Les résultats de cette étude ont aussi montré que les femmes survivantes d'ASE étaient plus susceptibles d'appartenir à la trajectoire de victimisation chronique que les hommes survivants, et que les participant·e·s appartenant à cette trajectoire rapportent des taux plus élevés de tous les types d'expériences de victimisation interpersonnelle, y compris l'agression sexuelle à l'âge adulte, que les participant·e·s appartenant aux autres trajectoires (Papalia et al., 2017). Enfin, une étude récente de Charak et ses collègues (2020), menée auprès de 1 051 participant·e·s, a examiné les profils de symptomatologie de personnes victimisées comparativement aux personnes qui n'ont pas ou peu été victimisées. Cinq classes sont identifiées : polyvictimisation tout au long de la vie, revictimisation sexuelle, revictimisation physique, trauma interpersonnel en enfance et faible victimisation. Les résultats indiquent que les personnes qui ont vécu plusieurs expériences de victimisation (p. ex., polyvictimisation tout au long de la vie) présentent une symptomatologie plus sévère (c.-à-d., dépression, symptômes posttraumatiques, anxiété) que les personnes peu ou non-victimisées. En somme, les résultats de ces études soulignent l'hétérogénéité des expériences de victimisation et revictimisation parmi les femmes survivantes d'ASE. Toutefois, elles ne renseignent pas sur la revictimisation spécifique en contexte de relation intime, et peu d'études ont examiné les profils retrouvés au sein de populations cliniques.

1.2.2.2 Mécanismes explicatifs de la revictimisation

Une revue systématique récente de la documentation empirique démontre que peu d'études se sont intéressées aux mécanismes spécifiques de la revictimisation en contexte de relation intime chez

les femmes survivantes d'ASE, et celles s'y étant intéressées rapportent des résultats hétérogènes ou non répliqués (Hébert et al., 2021). Il importe de souligner que la nature relationnelle et intime de la VPI ajoute un niveau de complexité impliquant divers processus cognitifs (p. ex., le désir de préserver la relation, la crainte d'être jugé·e ou de perdre son réseau de soutien, la nécessité d'assurer sa sécurité physique ou financière), en plus de son contexte favorisant les victimisations répétées, se distinguant ainsi d'autres formes de victimisation (Macy et al., 2006). La section suivante présente les mécanismes psychologiques unissant l'ASE et la revictimisation en contexte de relation intime identifiés dans les études scientifiques selon trois grandes dimensions du fonctionnement psychologique (Briere, 1996; 2000; 2002) : la régulation émotionnelle, le fonctionnement relationnel et le développement identitaire.

1.2.2.2.1 Régulation émotionnelle

Les difficultés de régulation émotionnelle, qui sont les problèmes liés à la régulation et au contrôle des émotions comme les sautes d'humeur et les difficultés à comprendre et exprimer ses émotions adéquatement (Briere et Runtz, 2002), sont documentées comme étant des corrélats importants de la revictimisation. Par exemple, parmi une population d'adultes consultant en thérapie sexuelle ($n = 162$), Dugal et ses collègues (2018) découvrent une relation significative entre le trauma interpersonnel cumulatif d'expériences traumatiques en enfance, dont l'ASE, et la VPI psychologique subie à l'âge adulte par l'intermédiaire des difficultés de régulation émotionnelle. Précisément, l'utilisation de stratégies réductrices de tension inadaptées (p. ex., automutilation) agit comme mécanisme explicatif dans la revictimisation en contexte de relation intime chez les survivant·e·s. Les auteur·e·s concluent que le fait d'extérioriser ses émotions intenses et négatives par l'utilisation de stratégies inadéquates pourrait involontairement influencer le ou la partenaire intime à réagir par des comportements agressifs ou violents, s'insérant ainsi dans une dynamique bidirectionnelle complexe (Dugal et al., 2018). D'autre part, les résultats de Filipas et Ullman (2006) obtenus auprès d'un échantillon de 577 femmes collégiennes indiquent que l'accumulation de stratégies réductrices de tension inadéquates ou néfastes (p. ex., consommation de substance) est liée à la revictimisation chez les survivantes d'ASE. Similairement, Dietrich (2007) démontre que les symptômes liés au trauma, notamment la dysrégulation émotionnelle, sont associés à la revictimisation au sein d'un échantillon de femmes adultes survivantes de trauma interpersonnel en enfance ($n = 207$). L'auteur·e propose que ces symptômes pourraient entraver l'évaluation

cognitive d'une situation possiblement à risque (c.-à-d., évaluation du risque, mise en place d'un plan de sortie), inhibant ainsi les réactions de défense ou de protection de soi en contexte de violence. Des auteur·e·s théorisent que la dysrégulation émotionnelle pourrait interférer avec la capacité de percevoir ou d'agir lors d'une situation à risque de violence ou lorsqu'une situation rappelle l'expérience traumatique (p. ex., niveau d'intoxication, hypo- ou hyperréactivité émotionnelle), mettant ainsi les survivantes d'ASE plus vulnérables à être revictimisées (Messman-Moore et Long, 2003; Messman-Moore et al., 2010). Des symptômes intériorisés tels que des symptômes dépressifs, également liés aux traumatismes interpersonnels en enfance et à l'ASE (Girard et al., 2021; Li et al., 2020), pourraient également être un indicateur de difficultés de régulation émotionnelle (Joormann et Gotlib, 2010; Visted et al., 2018). Toutefois, une revue de la documentation scientifique récente montre des résultats hétérogènes, quant à l'influence des difficultés de régulation émotionnelle dans la relation entre l'ASE et la VPI (c.-à-d., des études montrant des liens significatifs alors que d'autres ne trouvent pas d'associations; Hébert et al., 2021), nécessitant des études supplémentaires.

1.2.2.2.2 Fonctionnement relationnel

La documentation scientifique fait état de quelques études ayant examiné spécifiquement les difficultés interpersonnelles comme possible corrélat de la revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE. En effet, l'ASE semble affecter à long terme la capacité d'établir des relations intimes saines, épanouissantes et non violentes chez les personnes survivantes (Lassri et al., 2018; Brassard et al., 2020). Notamment, une étude longitudinale réalisée auprès de femmes survivantes de violence physique en contexte de relation intime ($n = 93$) documente le rôle de l'anxiété face à l'abandon relationnel dans le lien entre le trauma à l'enfance et la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes (Smith et Stover, 2016). Les auteur·e·s concluent que les individus ayant davantage d'anxiété face à l'abandon relationnel auraient plus de difficultés à évaluer la qualité de leurs relations interpersonnelles (p. ex., peser les avantages et les inconvénients) et seraient plus susceptibles de percevoir l'utilisation de stratégies inadéquates telles que la violence comme étant adéquates pour le maintien de la relation (Smith et Stover, 2016), augmentant leur risque de subir ou de tolérer des situations de VPI. Ainsi, l'attachement amoureux pourrait être un indicateur du fonctionnement relationnel. Dans une autre étude, Dietrich (2007) constate que la faible capacité de former des relations interpersonnelles

significatives et saines agit comme facteur de risque de la revictimisation parmi un échantillon d'adultes survivant·e·s de trauma interpersonnel en enfance ($n = 207$). L'auteur·e suppose que les survivant·e·s sont plus à risque de se percevoir négativement, pouvant les conduire à croire qu'ils ne méritent pas l'affection d'autrui, ce qui les place dans une position vulnérable à la revictimisation en contexte de relation intime (Dietrich, 2007). Le rôle des capacités à entretenir des relations interpersonnelles saines dans les trajectoires de revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE est peu documenté à ce jour.

1.2.2.2.3 Construction identitaire

Quelques rares travaux ont examiné les enjeux liés à l'identité (c.-à-d., difficultés dans le développement ou le maintien d'une identité propre et cohérente; Briere, 1996; 2000; 2002) dans la revictimisation. Notamment, une étude récente démontre une association significative entre la maltraitance en enfance et les perturbations identitaires au sein d'un échantillon de 374 adultes de la communauté (Bigras et al., 2020). Les auteur·e·s observent que les survivant·e·s présentent davantage de perturbations identitaires, mais n'examinent pas l'expérience de revictimisation. Une autre étude réalisée auprès d'un échantillon de femmes de la communauté ($n = 339$) montre un lien significatif entre l'ASE et les perturbations identitaires à l'âge adulte, qui en retour sont liées à l'expérience de revictimisation sexuelle (Messman-Moore et al., 2005). De plus, une étude longitudinale menée auprès de 80 femmes provenant de la communauté identifie le rôle médiateur des symptômes dissociatifs dans la relation entre l'ASE et la revictimisation en contexte de relation intime (Zamir et al., 2018). Les symptômes dissociatifs peuvent agir comme à la fois comme un mécanisme menant aux perturbations identitaires et comme un indicateur ou une manifestation des perturbations identitaires, car les personnes présentant ces symptômes ont tendance à présenter une faible conscience de soi dans le moment présent, peu de connexion avec leur état interne et davantage de confusion quant à leur sens de soi (Chiu et al., 2017). Une étude de Krause-Utz et ses collègues (2021) révèle également une association entre l'ASE et la revictimisation en contexte de relation intime par l'entremise des symptômes dissociatifs au sein d'un échantillon d'adultes de la communauté ($n = 633$). Ces études illustrent des pistes intéressantes, mais parcellaires quant au rôle des enjeux liés à l'identité dans l'association entre l'ASE et la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes.

1.2.2.3 Récits des femmes sur leur vécu de violence

Les sections précédentes font état des données quantitatives recueillies portant sur la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE. Or, les recherches qualitatives permettent de mettre en lumière de nouvelles informations et certaines nuances quant aux expériences de victimisation, sur la base des discours des personnes qui les vivent, offrant ainsi une compréhension contextualisée de l'expérience de différentes formes de violence chez les survivantes (Lindhorst et Tajima, 2008). Notamment, des études qualitatives menées auprès de femmes survivantes d'ASE ou de violence conjugale ont également souligné les trajectoires de victimisations multiples que ces femmes semblent avoir vécues, et ce, depuis l'enfance (p. ex., Cervantes et Sherman, 2021; Matos et al., 2015; Valdez et al., 2012). De plus, les études qualitatives permettent de détecter des expériences spécifiques qui ne seraient pas nécessairement examinées par les chercheur·e·s, fournissant ainsi une vision plus exhaustive du phénomène à l'étude (Laskey et al., 2019), en plus de donner une voix aux personnes survivantes afin qu'elles puissent s'exprimer sur le phénomène qui les touche. Par exemple, les récits des survivantes pourraient venir nuancer, détailler ou exemplifier la revictimisation en lien avec leur fonctionnement émotionnel, relationnel ou identitaire, ou bien même offrir d'autres corrélats pertinents à considérer. Bien que plusieurs études qualitatives portent sur le récit des femmes survivantes d'ASE (p. ex., Guyon et al., 2019; Newsom et Myers-Bowman, 2017), la documentation scientifique démontre un manque quant à la synthèse des études qualitatives qui abordent la compréhension que font ces femmes de leurs propres expériences de victimisation et de revictimisation. Le corpus d'études qualitatives offre ainsi une vision fragmentée du phénomène de la revictimisation. Il apparaît donc important de compiler leurs résultats afin de dresser un portrait plus complet des éléments qui ressortent des récits de ces femmes. Alors, identifier les points communs dans les discours des survivantes, sur le sens qu'elles donnent à leurs expériences, sur leur compréhension de leur trajectoire de vie empreinte d'expériences de victimisation pendant l'enfance et en contexte de relation intime, et en offrir une réinterprétation intégrative pourrait offrir une compréhension plus riche et complète du phénomène de la revictimisation (Erwin et al., 2011).

1.2.2.4 Historique de victimisation et revictimisation

Pour bien comprendre la complexité de la revictimisation, il importe d'examiner l'historique des traumatismes interpersonnels de l'individu. En effet, l'ASE se produit rarement de manière isolée ; les études montrent une prévalence élevée entre l'expérience d'ASE et d'autres traumatismes interpersonnels en enfance comme la violence physique et la négligence physique ou émotionnelle (Finkelhor et al., 2007; 2009; 2011; Hébert et al., 2018b). Ce phénomène du trauma interpersonnel cumulatif en enfance est associé à davantage de répercussions délétères chez le ou la survivant·e (Dugal et al., 2016), augmentant leur vulnérabilité à la revictimisation. De plus, les études montrent un lien fort entre l'ASE et l'agression sexuelle à l'âge adulte (revictimisation sexuelle ; Classen et al., 2005). Ainsi, la revictimisation, dans le contexte d'une relation intime ou non, se produit généralement dans un contexte plus vaste d'expériences de victimisation chronique (p. ex., Papalia et al., 2017). De ce fait, l'expérience de multiples victimisations est associée à un risque plus élevé de revictimisation (Jaffe et al., 2023), c'est pourquoi il est nécessaire d'examiner l'ensemble de l'historique de victimisations chez les survivant·e·s d'ASE et de revictimisation.

1.2.3 Lacunes des études antérieures

Malgré des avancées significatives dans la compréhension des répercussions de l'ASE chez les femmes adultes, la documentation scientifique démontre la présence de limites méthodologiques significatives qui limite les connaissances quant à la revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE. Premièrement, peu d'études quantitatives portant sur la revictimisation ont été menées auprès d'échantillons cliniques des femmes survivantes d'ASE. Pourtant, il s'agit d'une clientèle particulièrement vulnérable à vivre de multiples expériences de victimisation (Berthelot et al., 2014; Bouchard et al., 2009; Briere et al., 1997). Deuxièmement, une grande proportion d'études portant sur la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE se sont uniquement intéressées à la revictimisation sexuelle subie en dehors d'une relation intime (Classen et al., 2005; Walker et al., 2019). Rappelons que la nature intime et privée de la VPI, de même que son contexte favorisant les victimisations répétées, distinguent la VPI d'autres formes de victimisation (Macy et al., 2006). Or, la violence subie en contexte de relation intime chez les femmes est un phénomène répandu qui mérite une attention soutenue en recherche. Troisièmement, les études disponibles ont négligé d'explorer les potentiels profils de victimisation, l'historique des

expériences de victimisation comme les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance et l'agression sexuelle à l'âge adulte en plus de l'ASE, ainsi que les mécanismes qui pourraient expliquer l'association entre l'ASE et la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes. Dernièrement, l'absence d'une synthèse des données qualitatives qui rendent compte des perspectives des femmes survivantes sur ce phénomène limite la compréhension approfondie de leur propre réalité.

Des études qui pallient ces lacunes étaient donc nécessaires. Pour répondre à ces besoins, les études gagnent à 1) être menées auprès d'un vaste échantillon de femmes consultant des services d'aide, une population directement touchée par les programmes et recommandations en matière d'intervention, 2) s'intéresser à différentes formes de victimisations (p. ex., ASE et autres traumatismes interpersonnels en enfance) et de revictimisation, spécifiquement en contexte de relation intime, 3) identifier des profils permettant d'établir de possibles trajectoires de victimisation et revictimisation, 4) identifier les mécanismes explicatifs du phénomène de la revictimisation, soit les difficultés au niveau émotionnel, relationnel et identitaire (capacités du soi), et 5) permettre une synthèse des données qualitatives qui rendent compte des perspectives des femmes survivantes sur ce phénomène et fournir un portrait plus nuancé grâce à une méthodologie mixte, comme le proposent Creswell et ses collègues (2006).

1.3 Pertinence et objectifs de la thèse

Cette thèse visait à répondre à la question : quelles sont les caractéristiques qui allient ou distinguent les expériences de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes d'ASE ? L'objectif général est de mieux comprendre l'expérience de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes adultes survivantes d'ASE. Cet objectif principal se divisait en trois sous-objectifs desquels découlaient trois articles :

Le premier objectif spécifique visait à identifier des groupes en fonction des expériences de victimisation sexuelle et en contexte de relation intime chez des femmes adultes consultant en thérapie sexuelle, puis comparer le fonctionnement psychologique des femmes au sein des différents groupes sur les sphères émotionnelles, relationnelles et identitaires. Sur la base des études empiriques antérieures, il était attendu qu'un groupe de femmes revictimisées (ASE et VPI)

soit identifié, et que ce dernier rapporte davantage de difficultés psychologiques. Les résultats de cette étude permettent d'identifier les groupes d'individus plus à risque de revictimisation.

Le deuxième objectif spécifique visait à examiner les associations entre le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime par l'entremise de l'altération des capacités du soi (c.-à-d., difficultés émotionnelles, relationnelles et identitaires) dans un seul modèle intégrateur au sein d'un échantillon de femmes adultes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle. À la lumière des connaissances actuelles, il était attendu que les capacités de soi altérées agissent comme mécanismes explicatifs unissant le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime (c.-à-d., VPI physique et sexuelle). Compte tenu du manque d'études portant sur différentes dimensions des capacités du soi en lien avec la revictimisation, il était difficile de formuler des hypothèses spécifiques pour chacune de celles-ci. Les résultats de cette étude permettent de fournir des indices pertinents pour mieux comprendre la revictimisation et d'identifier des cibles prometteuses pour bonifier les interventions sexologiques visant la prévention de la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE.

Le troisième objectif spécifique visait à documenter les points communs dans la façon dont les femmes survivantes perçoivent, comprennent, trouvent un sens ou expliquent leurs expériences d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime, à travers l'analyse des études qui font état du discours des femmes à ce sujet (c.-à-d., métasynthèse d'études qualitatives menées auprès des femmes survivantes d'ASE). Les résultats de cette étude permettent d'offrir une compréhension intégrative et plus riche du sens que donnent les femmes survivantes d'ASE et de revictimisation par un·e partenaire intime à travers leurs perceptions d'elle-même, des autres et du monde à l'aide des éléments parcellaires retrouvés dans les études qualitatives, en plus de mettre en évidence les lacunes persistantes dans la documentation scientifique.

En somme, ces études mettent en lumière les mécanismes impliqués dans la revictimisation en contexte de relation intime, tout en offrant des balises pouvant guider les mesures préventives et les pratiques d'intervention destinées aux femmes survivantes d'ASE en identifiant les marqueurs de fonctionnement psychologique pertinents à cibler. De plus, ces études font valoir la compréhension des femmes survivantes face à leur propre historique de multiples victimisations. Ces études offrent une compréhension plus globale du phénomène de la revictimisation chez les

femmes, notamment en contexte de relation intime et au sein d'échantillons cliniques, pouvant orienter les pratiques cliniques et les études futures.

CHAPITRE 2

ANCRAGES THÉORIQUES, ÉPISTÉMOLOGIQUES, ÉTHIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

La violence envers les femmes est un objet de recherche interdisciplinaire englobant différentes disciplines et ancrages théoriques. En effet, la diversité des champs d'études, des approches théoriques et des fondements épistémologiques retrouvée dans les études sur la VPI souligne le caractère multifactoriel de ce phénomène. Il est donc essentiel de mobiliser diverses disciplines, théories, paradigmes et méthodologies afin d'offrir des interprétations plus inclusives, complexes et nuancées de cette problématique. Dans ce chapitre, la démarche d'intégration et l'apport interdisciplinaire de la thèse, ainsi que les cadres théoriques privilégiés sont explicités.

Les cadres conceptuels sélectionnés dans cette thèse permettent l'intégration de différents éléments liés à l'expérience de la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes d'ASE. La présente thèse s'inscrit dans une posture dite post-positiviste inspirée du mouvement de l'empirisme féministe proposé par Else-Quest et Hyde (2016). Ce courant prône la diminution des biais en recherche quantitative (p. ex., ethnocentrisme, sexisme et androcentrisme) afin d'observer le plus justement possible le phénomène de la VPI subie chez les femmes. L'intégration du contexte socioculturel dans l'étude de la VPI et l'attention accordée aux biais en recherche au cœur du mouvement de l'empirisme féministe ouvrent la porte à l'intersectionnalité et à l'interdisciplinarité.

2.1 Ancrages théoriques

2.1.1 Modèle du trauma au soi

Le modèle du trauma au soi de Briere (2002) est utile pour rendre compte des mécanismes impliqués dans la relation entre l'ASE et ses répercussions chez le ou la survivant·e. Cet ancrage théorique avance que les traumatismes interpersonnels à l'enfance, dont l'ASE, entravent ou freinent le développement optimal de l'enfant, entraînant des perturbations ou des déficits au niveau des trois capacités du soi : la régulation émotionnelle, le fonctionnement relationnel (formation de relations interpersonnelles significatives) et la construction identitaire (Briere, 2002). Les capacités du soi

sont les ressources personnelles d'un individu lui permettant de faire face aux défis du quotidien et à la détresse sans avoir recours à des stratégies de *coping* inadaptées (p. ex., Allen, 2011).

La capacité de régulation émotionnelle réfère à la capacité d'un individu à tolérer et contrôler des émotions intenses et jugées négatives sans avoir recours à des activités réductrices de tension inadéquates ou à des stratégies d'évitement de l'état interne (Briere et Runtz, 2002). Selon Briere (2002), les déficits au niveau de la régulation émotionnelle (c.-à-d., les difficultés de régulation émotionnelle ou la dysrégulation émotionnelle) seraient dus à l'intensité de l'expérience de traumatismes interpersonnels en enfance qui excèdent les ressources cognitives de l'enfant et nuit à son apprentissage de stratégies adaptatives d'autorégulation émotionnelle. Les survivant·e·s de trauma auraient alors une plus grande labilité émotionnelle (hypo- ou hyperréactivité émotionnelle), moins d'habiletés d'autorégulation et un plus grand risque de problèmes internalisés (p. ex., dépression) et externalisés (p. ex., consommation de substance) (Kim et Cicchetti, 2010).

Le fonctionnement relationnel ou le rapport interpersonnel aux autres est la capacité à former et maintenir des relations significatives, stables et généralement harmonieuses avec autrui (Briere et Runtz, 2002). Les survivant·e·s de traumatismes interpersonnels en enfance seraient privés pendant leur développement des apprentissages nécessaires à un bon fonctionnement en contexte des relations interpersonnelles (p. ex., gestion de conflits), en plus de servir comme modèles relationnels négatifs (Briere, 2002). À l'âge adulte, les survivant·e·s sont donc plus à risque de rapporter des conflits interpersonnels (Bigras et al., 2015; Briere et Rickards, 2007), pouvant laisser croire à une plus grande propension à vivre des relations intimes tumultueuses ou empreintes de violence.

La construction identitaire réfère à la capacité d'un individu à conserver un sens de soi ou une identité distincte, définie et relativement stable à travers différentes situations, émotions et interactions avec les autres. Cette capacité implique la conscience de soi, c'est-à-dire la capacité à se connaître et se comprendre, de distinguer ses sentiments, pensées et perceptions par rapport à celles d'autrui, et la non-susceptibilité à l'influence des autres, c'est-à-dire la capacité à avoir une profonde critique personnelle et la tendance à ne pas suivre les idées d'autrui sans évaluation (Briere et Runtz, 2002). En contexte de traumatisme interpersonnel en enfance, les perturbations identitaires s'expliqueraient par l'hypervigilance que les enfants victimisés déploient pour survivre ou s'adapter au danger de leur environnement au détriment de leur développement identitaire

(Briere, 2002). Les survivant·e·s de trauma auraient alors un plus fort sentiment de confusion identitaire ou de vide interne, une susceptibilité plus élevée à l'influence des autres et une plus faible estime de soi (ou concept de soi plus négatif) (Bigras et al., 2020; Maguire et al., 2015).

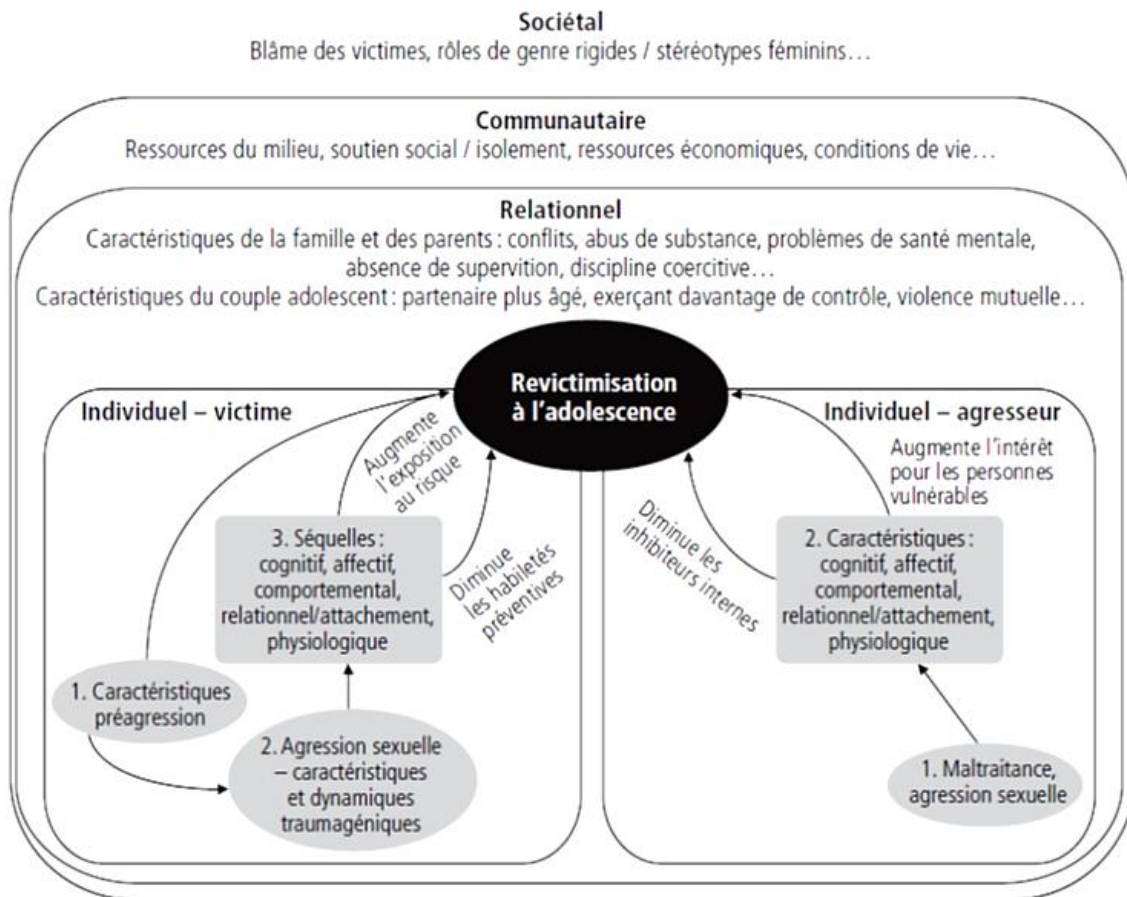
Le modèle du trauma au soi offre ainsi un cadre permettant de comprendre les impacts à long terme de l'ASE chez l'adulte survivant·e. Celui-ci postule que l'ASE peut altérer trois grandes sphères nécessaires au fonctionnement psycho-sexo-relationnel des individus. Or, les difficultés émotionnelles, relationnelles et identitaires sont reconnues comme corrélats de la revictimisation. Les impacts potentiels de l'ASE sur ces sphères pourraient ainsi fragiliser les survivantes à vivre d'autres expériences de victimisation. Le modèle suivant permet de mieux illustrer comment ces mécanismes agissent dans la revictimisation chez les survivantes d'ASE.

2.1.2 Modèle intégratif de la revictimisation à l'adolescence

Le modèle intégratif de la revictimisation à l'adolescence d'Hébert et ses collègues (Hébert et al., 2012, p. 189) est inspiré des divers modèles conceptuels sur la revictimisation établis en recherche (voir Grauerholz, 2000; Messman-Moore et Long, 2003; Finkelhor et Browne, 1985; Noll et Grych, 2011). Celui-ci illustre les facteurs de risque et mécanismes de la revictimisation soutenus empiriquement et cliniquement, en plus de leur fonctionnement au sein de différentes trajectoires de revictimisation. Ce modèle intégrateur (voir Figure 1 ci-dessous) offre ainsi un cadre conceptuel inclusif pour l'étude de la revictimisation chez les survivant·e·s d'ASE. Précisément, ce modèle identifie diverses séquelles de l'ASE impliquées dans le risque accru de vivre des expériences de victimisation ultérieure, et comment celles-ci peuvent jouer un rôle dans la revictimisation des survivant·e·s. Bien que ce modèle soit basé sur le phénomène de la revictimisation à l'adolescence, il offre des pistes pertinentes pour mieux comprendre la revictimisation à l'âge adulte par l'entremise de facteurs de vulnérabilité individuels du ou de la survivant·e identifiés. Les séquelles proposées par ce modèle incluent les atteintes aux domaines cognitif, affectif, comportemental, relationnel et physiologique, dont les difficultés de régulation émotionnelle, les enjeux relationnels et les distorsions dans la perception de soi (Hébert et al., 2012, p. 191), faisant écho au modèle du trauma au soi de Briere (2002).

Ce modèle conceptuel suggère deux trajectoires par lesquelles les séquelles de l'ASE peuvent être liées à la revictimisation, soit a) l'exposition des personnes victimisées à davantage de situations à risque par leurs comportements ou par le fait que les agresseur·e·s les cibleront davantage en raison de leurs vulnérabilités, et b) une diminution des habiletés préventives qui rendent les personnes victimisées moins aptes à se protéger lorsqu'elles sont exposées à des situations à risque de violence. Ainsi, ce modèle met en lumière comment les séquelles de l'ASE peuvent accroître la vulnérabilité des survivant·e·s à vivre de multiples victimisations au sein de leur vie, dont en contexte d'une relation intime. De plus, ce modèle conceptuel inscrit ces trajectoires dans un contexte sociétal où des éléments comme la tendance à blâmer les victimes, les rôles de genres stéréotypés et rigides peuvent contribuer à l'apparition et au maintien du cycle de la violence. Toutefois, ce modèle, développé en contexte de revictimisation à l'adolescence, pourrait être dépourvu de spécificités développementales ou contextuelles qui pourraient différencier les trajectoires adolescentes de celles des adultes.

Figure 2.1 Modèle intégrateur de la revictimisation à l'adolescence d'Hébert et ses collègues (2012)



Les deux cadres conceptuels présentés permettent de cibler des mécanismes individuels et psychologiques clés dans le lien entre l'ASE et la revictimisation, soit les déficits au niveau de la régulation émotionnelle, du fonctionnement relationnel et de la construction identitaire, en plus d'illustrer leur fonctionnement au sein de trajectoires de revictimisation. Les études empiriques ayant examiné les facteurs entourant la revictimisation permettent de soutenir la variabilité des expériences de revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE, tant au niveau de leurs profils, de leurs facteurs de vulnérabilité ainsi que de leur compréhension de leur trajectoire de victimisations multiples, en plus de mettre en lumière les limites des connaissances actuelles.

Bien que ces modèles soient pertinents pour comprendre la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE, il est important de se rappeler que ceux-ci s'inscrivent dans un contexte social patriarcal qui tend à pathologiser et responsabiliser les survivantes plutôt qu'à mettre en lumière les structures sociales et systémiques qui perpétuent la violence (*rape culture*; Mardorossian, 2014). Ainsi, il est impératif d'intégrer une perspective sociale et intersectionnelle aux modèles psychologiques.

2.2 Ancrages épistémologiques, méthodologiques et éthiques

Les ancrages épistémologiques et méthodologiques privilégiés sont décrits dans la section suivante. Le devis mixte et multi-méthodes, les stratégies de recrutement et d'échantillonnage, les instruments de mesure, ainsi que les stratégies analytiques y sont présentés.

2.2.1 Épistémologie pragmatique, devis mixte et multi-méthodes

La diversité des champs d'études, des approches théoriques et des fondements épistémologiques retrouvés dans les études sur la VPI souligne le caractère multifactoriel de ce phénomène, nécessitant l'intégration de multiples disciplines, théories, paradigmes et méthodologies dans l'objectif d'offrir des interprétations plus inclusives, complexes et nuancées de cette problématique. Pour répondre à cet enjeu, le présent travail s'inscrit dans une posture post-positiviste inspirée du mouvement de l'empirisme féministe proposé par Else-Quest et Hyde (2016). Ce courant prône la diminution des biais en recherche quantitative (p. ex., ethnocentrisme, sexisme et androcentrisme) afin d'observer plus justement le phénomène de la VPI. Pour ce faire, ce courant encourage le perfectionnement des méthodologies et l'examen d'enjeux liés à l'inégalité de pouvoir et de

privilèges dans les processus de recherche. L'intégration du contexte socioculturel dans l'étude de la VPI et l'attention accordée aux biais en recherche au cœur du mouvement de l'empirisme féministe ouvre la porte à l'intersectionnalité.

2.2.2 Échantillonnage et stratégies de recrutement

Objectifs 1 et 2. Les participantes ont été recrutées dans le cadre du projet SEXO, une étude portant sur les individus consultant en thérapie sexuelle, à l'aide des stagiaires à la maîtrise en sexologie clinique à l'Université du Québec à Montréal. Les stagiaires informaient leurs clientes d'une étude portant sur le fonctionnement et les facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des individus ou des couples consultant en thérapie sexuelle. Les participantes intéressées remplissaient un formulaire de consentement, puis des questionnaires auto-administrés. Les critères d'inclusion à l'étude étaient : 1) avoir 18 et plus, 2) consulter en thérapie sexuelle pour des difficultés sexuelles et relationnelles, et 3) comprendre le français ou l'anglais. Les participantes ont été recrutées dans différents milieux professionnels, reflétant le large éventail de services liés à la sexologie offert à la population. Dans le contexte de la présente thèse, seules les participantes s'identifiant comme des femmes ont été retenues. Le recrutement a débuté à l'automne 2012 et s'est terminé à l'hiver 2024, pour une période totale de 134 mois (décembre 2012 à février 2024). Une méthode d'échantillonnage de convenance (non probabiliste) a été utilisée, en concordance avec plusieurs des études s'intéressant à la VPI, qui se tournent généralement vers les populations de femmes utilisant les services d'aide (Arroyo et al., 2017).

Objectif 3. L'objectif 3 de la thèse consistait à conduire une métasynthèse des analyses qualitatives portant sur les femmes survivantes d'ASE ayant été revictimisées en contexte de relation intime. Afin de répondre à cet objectif, une revue des études qualitatives publiées portant sur la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes d'ASE a été réalisée. Les listes d'articles trouvés au sein des différentes bases de données ont été examinées à l'aide des critères d'inclusion suivants : 1) l'étude comporte une portion qualitative incluant des entrevues avec extraits de verbatim des femmes survivantes, 2) l'étude est écrite en anglais, 3) l'étude est menée auprès de participantes adultes âgées de 18 ans ou plus, 4) l'étude est axée sur l'expérience (c.-à-d., le sens identitaire, relationnel et existentiel donné aux expériences de victimisation) telle que vécue par les femmes survivantes d'ASE selon leur propre perspective, et 5) l'étude précise

les expériences de victimisation et de revictimisation vécues par les participantes. Au total, 35 études qualitatives portant sur la revictimisation chez les femmes ont été identifiées et examinées attentivement. De celles-ci, 24 études ont été exclues et 11 études ont été incluses dans l'échantillon final.

2.2.3 Procédures et instruments de mesure

Les collectes des données quantitatives mobilisées dans les articles 1 et 2 ont été effectuées en ligne sur la plateforme sécurisée *Qualtrics*. Les participantes devaient d'abord lire et signer un formulaire d'information et de consentement de manière électronique (voir Annexe A). Ensuite, elles étaient invitées à remplir un questionnaire d'une durée approximative de 45 minutes à une heure. Les instruments de mesure utilisés dans le cadre de ce projet de thèse se retrouvent en Annexe B.

Agression sexuelle en enfance. L'ASE a été mesurée à l'aide d'une question basée sur les critères du Code Criminel Canadien (1985) et utilisée dans des études antérieures avec des qualités psychométriques satisfaisantes (p. ex., Bigras et al., 2017). Les participantes indiquaient si elles ont vécu des actes à caractère sexuel (c.-à-d., caresse, baiser, jeux sexuels, attouchements sexuels, pénétrations orales, vaginales ou anales, proposition verbale à caractère sexuel, exposition à des scènes sexuelles, etc.) non désirés ou des expériences sexuelles avec une personne adulte, ou une personne âgée de plus de 5 ans qu'elles, ou une personne en position d'autorité, avant l'âge de 18 ans. Des questions supplémentaires évaluaient la relation avec l'agresseur·e (p. ex., père, gardien·ne, oncle/tante, voisin·e). Les participantes ont été catégorisées comme ayant subi une agression sexuelle en enfance si la réponse à l'une des questions indiquait la présence d'au moins une expérience d'agression sexuelle avec ou sans contact avant l'âge de 18 ans. Un code dichotomique (0 = absence d'agression sexuelle en enfance, 1 = présence d'agression sexuelle en enfance) a été utilisé dans les analyses.

Traumas interpersonnels cumulatifs en enfance. Les traumas interpersonnels cumulatifs en enfance ont été mesurés avec le Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017). Les participantes indiquaient la fréquence à laquelle elles ont vécu différents types de victimisation au cours d'une année typique avant l'âge de 18 ans à l'aide de 17 énoncés sur une échelle de Likert en 7 points allant de 0 (« jamais ») à 6 (« tous les jours »). L'instrument évaluait

sept traumatismes interpersonnels dans la présente thèse : abus physique, abus psychologique/émotionnel, négligence physique, négligence psychologique, exposition à la violence conjugale physique, exposition à la violence conjugale psychologique et intimidation (*bullying*). Chaque type de trauma était dichotomisé (0 = absence, 1 = présence), puis additionné pour former un score total allant de 0 (aucun autre trauma interpersonnel en enfance) à 7 (tous les types de traumatismes interpersonnels en enfance). Ce score composite est souvent utilisé dans la littérature scientifique sur les traumatismes interpersonnels (p. ex., Bigras et al., 2015; Dugal et al., 2021; Rassart et al., 2022). Dans cette thèse, le huitième trauma interpersonnel mesuré (c.-à-d., ASE) a été omis du score total, puisque l'échantillon concerné comprend uniquement des survivantes d'ASE. Les énoncés relatifs à l'ASE utilisés pour déterminer la présence ou l'absence d'un historique d'ASE proviennent du CCTQ. La cohérence interne de la version originale de cet instrument est adéquate ($\alpha = 0,71$).

Agression sexuelle à l'âge adulte. L'agression sexuelle à l'âge adulte a été mesurée à l'aide d'une question basée sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization & Pan American Health Organization, 2012) évaluant tout acte sexuel non désiré ou non consenti, avec ou sans contact, survenant après l'âge de 18 ans, c'est-à-dire l'âge légal pour être considéré·e comme un·e adulte où l'étude a été menée. La question suivante a été posée aux participantes : « Avez-vous vécu des événements à caractère sexuel sans votre consentement après l'âge de 18 ans ? ». Des questions supplémentaires permettaient d'évaluer les gestes subis, la relation avec l'agresseur·e et la méthode utilisée (p. ex., menaces, violence ou force, drogues ou alcool). Un score dichotomique (0 = absence d'agression sexuelle à l'âge adulte, 1 = présence d'agression sexuelle à l'âge adulte) a été utilisé pour classer les participantes.

Violence par un·e partenaire intime. La VPI a été mesurée à l'aide d'une version brève traduite en français (Lussier, 1997; Hébert et Parent, 2000) du Revised Conflict Tactics (CTS-2; Straus et al., 1996). Cet instrument de mesure, composé de 13 énoncés, examinait la fréquence d'utilisation de stratégies de résolution de conflits, y compris les gestes violents, lors d'une dispute entre partenaires romantiques (Bender, 2017). Les participantes indiquaient, sur une échelle de Likert en 7 points allant de 0 (« cela ne s'est jamais produit ») à 6 (« plus de 20 fois »), le nombre de fois où elles avaient subi des gestes de violence physique ou sexuelle au cours de la dernière année. Pour ne considérer que les expériences de victimisation au cours de la dernière année, un score de 0 a

été attribué à la réponse « pas au cours de la dernière année, mais cela s'est produit avant ». Il s'agit de l'instrument de mesure le plus utilisé pour évaluer la VPI (Bender, 2017). La cohérence interne de la version originale de cet instrument est adéquate (α = entre 0,79 et 0,95).

Capacités du soi. Les capacités du soi (c.-à-d., fonctionnement émotionnel, identitaire et relationnel) ont été mesurées en partie à l'aide de cinq échelles de la traduction francophone (Bigras et Godbout, 2020) de l'Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000). Chaque échelle comprenait neuf énoncés faisant référence aux 6 derniers mois sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (« Jamais ») à 5 (« Très souvent »). Les scores totaux de chaque échelle variaient entre 9 et 45 : un score plus élevé reflétait davantage d'altérations ou de perturbations des capacités du soi. L'échelle de dysrégulation émotionnelle (p. ex., « Ne pas être capable de vous calmer ») et l'échelle d'activités réductrices de tension (p. ex., « Vous bagarrer juste pour évacuer votre colère ») mesuraient le fonctionnement émotionnel de l'individu. Le fonctionnement identitaire était mesuré à l'aide de l'échelle de diffusion identitaire, qui mesurait les difficultés à maintenir un sens cohérent de soi (« Vous sentir comme si vous n'aviez pas d'identité ») et l'échelle de susceptibilité à l'influence des autres, qui évaluait la tendance à suivre les idées d'autrui sans profonde critique personnelle (p. ex., « Donner raison aux autres trop facilement »). Le fonctionnement relationnel était évalué à l'aide de l'échelle de conflits interpersonnels, qui mesurait la tendance à entrer en conflit dans ses relations interpersonnelles (p. ex., « Ne pas vous entendre avec des gens »). L'IASC a été validé en français auprès d'un échantillon clinique de client·e·s qui consultent en thérapie sexuelle (Bigras et Godbout, 2020) et démontrait des qualités psychométriques adéquates pour les sous-échelles de dysrégulation émotionnelle (α = 0,89), d'activités réductrices de tension (α = 0,70), de diffusion identitaire (α = 0,90), de susceptibilité à l'influence (α = 0,89) et l'échelle de conflits interpersonnels (α = 0,88).

Symptômes dépressifs. Les symptômes dépressifs, indicateur du fonctionnement émotionnel de l'individu, ont été mesurés à l'aide de la version francophone (Bourque et Beaudette, 1982) du Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) en 13 énoncés. Les participantes indiquaient comment elles se sont senties au cours de la semaine précédente sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3. Par exemple, la participante choisit la phrase qui décrit le mieux comment elle se sent parmi les options suivantes : « Je ne me sens pas triste » (0), « Je me sens morose ou triste. » (1), « Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. » (2), et « Je

suis tellement triste ou malheureux·se que je ne peux plus le supporter. » (3). Le score total variait de 0 à 39, avec des scores plus élevés indiquant des symptômes dépressifs plus sévères. Les scores supérieurs à 16 indiquaient une dépression dite sévère (seuil clinique). L'instrument original démontre des qualités psychométriques adéquates avec une cohérence interne (α) variant de 0,73 à 0,96 (Wang et Gorenstein, 2013).

Attachement amoureux. L'attachement amoureux, indicateur du fonctionnement relationnel, a été mesuré à l'aide de la version francophone (Lafontaine et al., 2015) du Experience in Close Relationships Scale (ECR-12; Brennan et al., 1998). Cet instrument évalue deux dimensions de l'attachement amoureux à l'âge adulte, soit le niveau d'anxiété (anxiété d'abandon) et le niveau d'évitement (évitement de l'intimité), sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (« fortement en désaccord ») à 7 (« fortement en accord »). L'échelle comprend 12 énoncés tels que « Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon·ma·mes partenaire·s » et « J'ai un grand besoin que mon·ma·mes partenaire·s me rassure·nt de son·leur amour ». Des scores moyens sont calculés, variant de 1 à 7, avec des scores plus élevés indiquant davantage d'insécurité ou de difficultés d'attachement. Un score supérieur à 3,5 pour l'anxiété et supérieur à 2,5 pour l'évitement reflète un niveau élevé d'insécurité (Brassard et al., 2021). L'instrument original démontre de bonnes qualités psychométriques avec une cohérence interne adéquate pour chaque dimension ($\alpha = 0,91$ et $0,94$; Brennan et al., 1998).

Symptômes dissociatifs. Les symptômes dissociatifs, indicateur du fonctionnement identitaire, ont été mesurés à l'aide de la version francophone (Godbout et al., 2012) de la sous-échelle de dissociation en 10 énoncés du Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2; Briere, 2011). Cet instrument évalue la fréquence des symptômes dissociatifs vécus au cours des six derniers mois à l'aide d'énoncés comme « [J'ai] eu la sensation d'être en dehors de mon corps », sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 (« jamais ») à 3 (« souvent »). Les scores totaux allaient de 0 à 30 et ont été transformés en scores T allant jusqu'à un score maximal de 100. Un score T supérieur à 65 reflète un niveau de symptômes dissociatifs cliniquement significatif (seuil clinique; Briere, 2011). L'instrument démontre de bonnes qualités psychométriques avec une cohérence interne adéquate ($\alpha = 0,84$; Godbout et al., 2016).

2.2.4 Stratégie analytique

Pour répondre à l'objectif 1, qui vise à identifier l'hétérogénéité des expériences de victimisation chez les femmes, une analyse de classe latente a été réalisée dans le logiciel *Mplus* (Muthén et Muthén, 1998-2017) version 8.4, qui est robuste à la non-normalité des variables par la méthode Maximum Likelihood Estimation with Robust Standard Errors (MLR) et offre un traitement des données manquantes de type Full Information Maximum Likelihood (FIML). L'analyse de classe latente offre une approche centrée sur la personne qui permet de regrouper un ensemble d'individus partageant des caractéristiques semblables, le tout basé sur les participant·e·s plutôt que sur la variable, offrant ainsi une meilleure représentation d'un concept tel que les expériences de victimisation, qui peuvent présenter de fortes variations entre individus (Nylund et al., 2007). L'analyse de classe latente semble est donc l'option idéale pour identifier les divers profils d'expériences de victimisation, tant en termes de formes, de fréquences et de sévérité. Effectivement, l'analyse de classe latente permet d'explorer des classes selon les expériences de victimisation et de découvrir des groupes de femmes en fonction de ces expériences (Nylund et al., 2007). De plus, cette approche permet de comparer les profils (ou classes) en fonction d'autres variables mesurées dans le présent projet : les capacités du soi. Des indices d'ajustement ont été utilisés afin de déterminer le nombre optimal de classes selon l'ajustement aux données observées (AIC, BIC, aBIC; Akaike, 1987; Sclove, 1987; Schwartz, 1978).

Pour répondre à l'objectif 2, qui vise à tester un modèle intégrateur de l'effet indirect des capacités du soi dans les liens qui unissent le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle, plusieurs analyses ont été réalisées. D'abord, des analyses descriptives et inférentielles (p. ex., mesures de tendance centrale, chi-carré, tests-*t*) ont été conduites à l'aide du logiciel SPSS v28 afin de décrire l'échantillon et documenter les liens entre les variables à l'étude. Ensuite, des analyses acheminatoires ont été menées à l'aide du logiciel *Mplus* (Muthén et Muthén, 1998-2017) version 8.4. Ces analyses permettent l'analyse de l'effet individuel et combiné de chaque variable incluse dans un modèle intégrateur, celui-ci consistant en des régressions multiples simultanées qui vérifient les liens de corrélation directs et indirects entre les variables, dans le but de tester l'adéquation du modèle proposé aux données observées dans l'échantillon (Garson, 2008). Pour

examiner les effets indirects, la méthode d'estimation de l'intervalle de confiance à 95% par une méthode de rééchantillonnage (« bootstrapping ») a été utilisée (MacKinnon et Fairchild, 2009).

Pour répondre à l'objectif 3, qui vise à documenter la façon dont les femmes survivantes donnent un sens à leurs expériences d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime, une métasynthèse qualitative a été réalisée en utilisant la méthode de Noblit et Hare (1988) organisée en sept étapes : (1) les chercheurs-es décident d'un phénomène à l'étude ; (2) identifient les études pertinentes sur le phénomène à l'étude ; (3) lisent à plusieurs reprises les études retenues afin d'identifier les métaphores, les thèmes et les concepts clés de chacune d'entre elles ; (4) évaluent les relations entre les études sélectionnées en synthétisant les mots-clés, les thèmes ou les concepts préalablement identifiés, permettant ainsi la comparaison des études quant à leurs similitudes et leurs différences ; (5) transposent les études les unes dans les autres, permettant l'établissement de relations entre les concepts centraux et la comparaison des noyaux de sens pour former et raffiner les catégories conceptuelles en thèmes et sous-thèmes ; (6) synthétisent la transposition des études par la mise en lien des catégories conceptuelles, en comparant leurs similitudes et leurs différences ; et (7) adaptent la synthèse à son auditoire. Le logiciel QSR International's NVivo 12 est utilisé pour réaliser les analyses qualitatives.

2.2.5 Enjeux et considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe C). La candidate a également obtenu sa certification éthique des Trois conseils en éthique de la recherche du Canada (EPTC2; voir Annexe D).

Volet quantitatif. La description du projet de recherche, ses avantages, inconvénients et risques, la confidentialité et l'utilisation des données sont inscrits dans le formulaire de consentement offert à la participante (voir Annexe A). Le consentement a été obtenu auprès de chacune des participantes. La confidentialité des participantes a été protégée par l'attribution d'un code alphanumérique à chacune d'entre elles. Compte tenu de la nature sensible des sujets abordés dans le questionnaire, une liste de ressources d'aide ainsi que les coordonnées de l'équipe de recherche ont été offertes aux participantes. Ce volet s'insère dans un projet de recherche en partenariat avec des milieux

d'intervention auprès de personnes ayant entamé une démarche de recherche d'aide. De la sorte, les participantes ont accès à un suivi sexologique, en plus d'un bilan de leurs résultats qui est remis au ou à la thérapeute, stagiaire ou intervenant·e responsable du dossier.

Volets quantitatifs et qualitatifs. Même si les résultats d'une méta-analyse démontrent que la recherche sur les événements de vie potentiellement traumatiques tels que les expériences de victimisation est généralement reçue de façon positive et entraîne peu de détresse chez les participant·e·s (Jaffe et al., 2015), la nature sensible du sujet de recherche pourrait heurter les participantes et les professionnel·le·s qui reçoivent l'information (Ellsberg et al., 2001). Les mesures mentionnées précédemment ont été établies afin de diminuer ces risques pour les participantes et les professionnel·le·s impliqué·e·s dans la recherche. De plus, une attention particulière a été portée au langage et aux propos employés dans les résultats de la thèse afin de s'assurer de ne pas blâmer les survivantes face à leur propre victimisation. Les personnes victimisées ne sont jamais responsables des violences qu'elles subissent ; la responsabilité repose sur l'agresseur·e. Des conclusions de recherche laissant présager le contraire seraient préjudiciables pour les personnes concernées (Bender, 2017; Paavilainen et al., 2014).

2.3 Transition vers le premier article

Le premier article de la thèse présente les résultats d'une analyse de classes latentes sur les profils de victimisation de femmes consultant en thérapie sexuelle. Cette production vise à répondre à l'objectif de la thèse d'identifier l'hétérogénéité des expériences de victimisation des femmes consultant des services d'aide et de comparer leur symptomatologie au niveau des capacités du soi. Peu d'articles ont établi des profils de femmes sur la base de l'historique de victimisation (Charak et al., 2020; Papalia et al., 2017; Rodriguez-Menés et al., 2014), et ceux l'ayant fait n'ont pas pris en considération à la fois la revictimisation sexuelle et la revictimisation en contexte de relation intime. De telles données pourront fournir un meilleur portrait des usagères des services en sexologie et de fournir des recommandations plus personnalisées pour leur traitement.

CHAPITRE 3

ARTICLE #1

Sexual and intimate partner violence: A latent class analysis on victimization co-occurrence and self-capacities outcomes among women seeking sex therapy

Marianne Girard, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Audrey Brassard, Department of Psychology, Université de Sherbrooke

Martine Hébert, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Natacha Godbout, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Corresponding author : Natacha Godbout

This research project was funded in part by grants from the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse (CRIPCAS), The Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) (# 29051 PI: N. Godbout), and the Social Science and Humanities Research Council of Canada (#767-2019-1167) awarded to Marianne Girard.

Submitted to: Journal of Child Sexual Abuse

State: Submitted (06/08/2025)

3.1 Résumé

L'ASE représente un enjeu important de santé publique associé à un risque accru de revictimisation. Bien que la documentation scientifique ait identifié différentes trajectoires de victimisation chez les femmes survivantes d'ASE, peu d'études se sont penchées sur les groupes potentiels au sein d'échantillons cliniques et sur la manière dont ces groupes peuvent différer quant aux capacités du soi (fonctionnement émotionnel, identitaire et relationnel) des survivantes. La présente étude visait à identifier des groupes ou classes en fonction de leur historique de victimisation à partir de quatre indicateurs (ASE, agression sexuelle à l'âge adulte, violence sexuelle et violence physique en contexte d'une relation intime) chez des femmes adultes consultant en thérapie sexuelle ($n = 628$). Les analyses de classes latentes ont permis d'identifier trois classes : *Revictimisation par un·e partenaire intime* (10,7%), *Aggression sexuelle à l'âge adulte* (38,7%) et *Peu d'expériences de victimisation* (50,6%). Les femmes appartenant à la première classe ont toutes rapporté avoir subi au moins une expérience de violence physique de la part d'un·e partenaire intime. Les femmes appartenant à la deuxième classe ont toutes rapporté une expérience d'agression sexuelle à l'âge adulte. Les femmes appartenant à la troisième classe, elles, présentaient le moins d'expériences de victimisation comparativement aux deux autres classes. Des différences significatives entre les classes ont été observées concernant les perturbations des capacités du soi. Plus précisément, les femmes de la première classe (*Revictimisation par un·e partenaire intime*) ont rapporté davantage de dysrégulation émotionnelle et davantage de conflits interpersonnels que les participantes des deux autres classes. Ces résultats suggèrent que les perturbations des capacités du soi pourraient constituer des facteurs de vulnérabilité contribuant à la perpétuation du cycle de revictimisation chez les survivantes d'agression sexuelle durant l'enfance.

Mots-clés : agression sexuelle en enfance; violence conjugale; revictimisation; violence faite aux femmes; violence sexuelle; traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance; capacités du soi

3.2 Abstract

Childhood sexual abuse is a significant public health issue associated with an increased risk of revictimization. Although the scientific literature has identified distinct victimization trajectories among women survivors, little is known about potential classes within clinical samples, and how these classes may differ in terms of survivors' self-capacities (i.e., affect, identity and relationship functioning). This study aimed to identify classes of interpersonal victimization based on four indicators (i.e., childhood sexual abuse, adult sexual assault, sexual and physical intimate partner violence) among adult women consulting in sex therapy ($n = 628$). Results of latent class analyses identified three classes: *Intimate Partner Revictimization* (10.7%), *Adult Sexual Assault* (38.7%), and *Few Victimization Experiences* (50.6%). Women in the first class all reported physical intimate partner violence, women in the second class all reported adult sexual assault, and women in the third class reported the lowest numbers of victimization experiences compared to the other two classes. Results showed differences between the classes on altered self-capacities outcomes. More precisely, women in the *Intimate Partner Revictimization* class reported significantly higher affect dysregulation and interpersonal conflicts than participants in the other two classes. Findings suggest that altered self-capacities may represent vulnerability factors contributing to the perpetuation of the cycle of revictimization among survivors of childhood sexual abuse.

Keywords: childhood sexual abuse; intimate partner violence; revictimization, violence against women; sexual violence, cumulative childhood interpersonal trauma; self-capacities

3.3 Introduction

Childhood sexual abuse (CSA) is a significant issue affecting between 18.0% and 31.0% of girls before the age of 18 worldwide (Barth et al., 2013). Scientific literature recognized CSA as an important risk factor for a range of long-term difficulties in adulthood such as an increased risk of being revictimized (Walker et al., 2019), particularly among women (Daigneault et al., 2009). Although most studies focused on sexual revictimization (e.g., Walker et al., 2019), studies have also documented associations between CSA and later revictimization within the context of intimate relationships (Hébert et al., 2021). In fact, women that experienced CSA often endure multiple events of victimization throughout their lives, a phenomenon particularly prevalent among clinical samples (Girard et al., 2024). While the scientific corpus underscores an association between CSA and revictimization in women, this phenomenon has yet to be fully understood. And possible correlates of revictimization trajectories not clearly identified.

Research on revictimization shows alarmingly prevalence rates. A meta-analysis of 80 studies found that the average prevalence of sexual revictimization was 47.9% (Walker et al., 2019). When focusing specifically on revictimization within intimate relationships, a study on adolescent girls showed that CSA survivors were significantly more at risk to experience victimization in their intimate relationships compared to non-victims (47.7% vs. 34.1%; Hébert et al., 2017). Additionally, a study among 6,993 individuals from the community found that women CSA survivors were two to five times more at risk to be revictimized by an intimate partner than non-victims (Daigneault et al., 2009). Despite the widespread nature of violence against women (World Health Organization, 2021), no study has yet examined the specific victimization classes of adult women seeking support services, notably services for sexual and relational difficulties like sex therapy.

Three studies have explored victimization classes among CSA survivors. First, Rodriguez-Menés and colleagues (2014) examined victimization classes in a small sample of adult women ($n = 30$). Results identified two classes: one class comprised of women victimized in multiple contexts (e.g., victimization experiences in the context of an intimate relationship and outside of intimate relationships) and one class comprised women victimized in the same context (e.g., all victimization experiences in the context of an intimate relationship). Moreover, women survivors

of childhood maltreatment were more likely to fall into the polyvictimization class than the single-context victimisation class, reflecting a life trajectory marked by multiple and diverse victimization experiences (Rodriguez-Menés et al., 2014). Second, Papalia and colleagues (2017) investigated the classes of victimization trajectories based on the life stage at which victimization occurred, among a sample of CSA survivors and a comparison group of individuals without a CSA history ($n = 510$; 401 CSA survivors) from the community, using a longitudinal design. This study found four trajectories: (1) Normative or low victimization, (2) Childhood-Limited or victimization events only in childhood, (3) Emerging-Adulthood or victimization events only in adulthood, and (4) Chronic or victimization events throughout all life periods (Papalia et al., 2017). Findings indicated that women CSA survivors were more likely to fall into the Chronic class than men survivors, and that participants in this class reported higher rates of all types of interpersonal victimization experiences, including adult sexual assault, than participants from other classes (Papalia et al., 2017). Third, a recent study by Charak and colleagues (2020) examined the symptomatology classes of victimized individuals compared to those who had not or had been minimally victimized ($n = 1,051$; 287 CSA survivors). Findings for the five classes showed that individuals who have experienced multiple victimizations exhibited more severe symptomatology (e.g., depression, posttraumatic stress, anxiety) than those who reported lower or no experiences of victimization (Charak et al., 2020). These findings highlight the heterogeneity of revictimization experiences among women CSA survivors. However, these studies were not conducted with clinical samples, for which an even more complex portrait can be expected. Moreover, little is known about the correlates of the different victimization trajectories. To better understand various victimization histories, altered self-capacities may serve as a key factor in distinguishing trajectories.

3.3.1 Altered Self-Capacities as Outcomes

Self-capacities are one's personal resources to adapt to life and function well without using maladaptive coping strategies (Briere & Runtz, 2002). Based on Briere's Self-Trauma Model (2002), childhood interpersonal trauma tends to alter self-capacities and could play a major role in later revictimization. Altered self-capacities include affect, identity, and relationship difficulties (Bigras & Godbout, 2020; Briere, 2002; Rassart et al., 2022).

Affect difficulties (i.e., affect dysregulation and tensions-reduction activities) refer to one's difficulty with regulating intense or uncomfortable emotions without being overwhelmed or without resorting to inadequate coping strategies (Briere & Runtz, 2002). Affect difficulties might occur in the aftermaths of a traumatic experience in childhood such as CSA, as the child is exposed to an event that may cause too much distress to be handled, exceeding their cognitive resources, and affecting the development of adaptive strategies in the face of adversities, especially if their caregiver was unable to teach them to regulate their emotions adequately (Briere, 2002; Briere & Runtz, 2002). Studies have documented the associations between CSA, revictimization, and affect difficulties among community and clinical samples (Dietrich, 2007; Dugal et al., 2021; Girard et al., 2024; Hébert et al., 2021; Messman-Moore et al., 2010).

Identity difficulties (i.e., identity impairment and susceptibility to influence) refer to one's inability to maintain a defined and relatively stable sense of self through different situations and interactions with others, and one's susceptibility to others' influence lacking the ability to critique others' assertions and to consider oneself before following others' directions (Bigras et al., 2020; Briere & Runtz, 2002). Identity difficulties might occur in the aftermaths of a traumatic experience in childhood, as the child tend to develop hypervigilance towards their unpredictable environment to survive, which restrains them from turning their attention inwards (i.e., their own thoughts, needs, desires), impeding their identity development (Briere, 2002). One study demonstrated associations between CSA, revictimization, and identity difficulties among a sample from the community (Messman-Moore et al., 2005).

Relationship difficulties (i.e., interpersonal conflicts) refer one's inability to form and maintain stable and generally harmonious—low conflicts—relationships with others (Briere & Runtz, 2002; Rassart et al., 2022). Relationship difficulties might occur in the aftermaths of a traumatic experience in childhood, as survivors are typically deprived of healthy relationships during their development, thus lacking the opportunity to learn how to form and maintain adequate functioning interpersonal relationships, resulting in later chaotic or conflictual relationships (Bigras et al., 2017; Briere, 2002; Rassart et al., 2022). Studies demonstrated associations between CSA, revictimization, and relationship difficulties among clinical samples (Dietrich, 2007; Girard et al., 2024).

Studies exploring women's victimization experiences and their possible cumulative effects on self-capacities, particularly within clinical sample, are essential for constructing a more accurate and nuanced understanding of their trauma trajectories and specific care needs. As such, examining heterogeneity of psychological functioning between classes could provide valuable insights to better guide tailored and effective intervention practices.

3.3.2 Aim of the Study

This study first aimed to identify classes based on interpersonal victimization history (i.e., childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner physical or sexual violence) among women consulting sex therapy, as given that sex therapy clients appear to be disproportionately impacted by CSA (Berthelot et al., 2014). Second, this study aimed to compare these classes in terms of altered self-capacities (i.e., affect dysregulation, tension reduction activities, identity impairment, susceptibility to influence, and interpersonal conflicts) among this vulnerable population.

3.4 Method

3.4.1 Procedure & Sample

Participants were recruited from December 2012 to January 2024. Recruitment targeted individuals seeking sex therapy for sexual or relational difficulties in several practice settings. Participants were informed about the research project during the first meeting (i.e., evaluation phase) by their practitioner. Participants were also informed that their refusal to participate in the study would not affect the access or quality of their treatment. Interested participants completed the consent form, then were invited to complete self-report questionnaires alone, without consulting their partner if they had any, on paper or online on the secure platform Qualtrics. Confidentiality was protected by the attribution of an alphanumeric code for each participant. The questionnaires were available in both French and English. The survey took about 45 minutes to complete.

The inclusion criteria were: (1) being at least 18 years old, (2) having sufficient knowledge of either French or English, (3), identify as a woman, (4) having completed the measures of sexual

victimization and intimate partner violence, and (5) having completed at least 80% of the measures of self-capacities. Of the 1,699 patients who provided consent to participate in the study, 37.0% ($n = 628$) met all the aforementioned inclusion criteria. Thus, participants who did not disclose their age or who were under the age of 18 ($n = 14$), who identified as men or as non-binary ($n = 742$), or who did not complete the relevant instruments ($n = 315$) were not included in the study. This research was approved by the institutional review board of the Université du Québec à Montréal.

The final sample was comprised of 628 self-identified adult women. The mean age of participants was 34.27 years ($SD = 10.82$, range = 18–69). Most participants were born in Canada (86.9%, $n = 546$), French speakers (89.2%, $n = 560$), and full- or part-time worker (62.3%, $n = 391$). In our sample, more than half of participants completed undergraduate or graduate studies (54.5%, $n = 342$) and half fell into the lower income bracket (i.e., <CAD\$40,000; 51.7%, $n = 322$). Most participants reported being currently involved in a serious relationship (97.5%, $n = 612$) and self-identified as heterosexual (75.8%, $n = 476$). Sociodemographic characteristics of the sample are presented in Table 1.

3.4.2 Measures

A sociodemographic questionnaire was used to gather information on participants' age, country of origin (i.e., birthplace), first language, occupation, level of education, individual annual income, relational status, and sexual orientation.

3.4.2.1 Childhood Sexual Abuse

Childhood sexual abuse was measured using a gate question based on the criteria of the Canadian Criminal Code (1985) and used in previous studies (e.g., Bigras et al., 2017, Dugal et al., 2021; Rassart et al., 2022). Participants were asked whether they experienced any unwanted sexual contact or any sexual contact with an adult, or someone 5 years older, or someone in a position of authority before the age of 18. Additional follow-up questions assessed the type(s) of sexual abuse (i.e., verbal solicitation, exposed genitals, exposure to sexual scenes, fondling, oral sex, vaginal or anal penetration, gang rape), the relation with the perpetrator(s) (e.g., father, babysitter, uncle/aunt, neighbor), and the frequency and duration of the experience(s). Participants were classified as

having experienced childhood sexual abuse if the answer to any question indicated sexual abuse with or without physical contact before the age of 18. A dichotomous code (0 = absence of childhood sexual abuse, 1 = presence of childhood sexual abuse) was used to classify participants in two groups within our sample.

3.4.2.2 Adult Sexual Assault

Adult sexual assault was measured using a gate question based on the World Health Organization's definition (World Health Organization & Pan American Health Organization, 2012) assessing any unwanted or unconsented sexual acts endured, with or without contact, occurring at the age of 18 or later (i.e., legal age of adulthood in the region where the study). Participants were asked, "Have you experimented any sexual act without your consent after the age of 18?". Additional optional questions assessed the type(s) of sexual assault (e.g., exhibitionism, oral sex, penetrative sex), the relation with the perpetrator(s) (e.g., a parent, person in a position of authority like a boss or a teacher, an unknown person), and the method used by the perpetrator(s) (e.g., threats, violence or force, drugs or alcohol). A dichotomous code (0 = absence of adult sexual assault, 1 = presence of adult sexual assault) was used to classify participants in two groups within our sample.

3.4.2.3 Intimate Partner Violence Victimization

Physical and sexual intimate partner violence victimization were assessed using the *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS-2; Straus et al., 1996; short-form French translation: Hébert & Parent, 2000). The 6-items physical violence subscale measured the frequency at which one intimate partner hit, kicked, slapped, threw something, or threatened the participant with a weapon over the last year. The 3-items sexual violence subscale measured the frequency at which one intimate partner used pressure, threats, or physical force to have sex with the participant once they had refused over the last year. Both subscales were on a seven-point Likert scale ranging from "this never happened" (0) to "more than 20 times during the past 12 months" (6). For the purpose of this study, a dichotomous code (0 = absence of victimization, 1 = presence of victimization) was created for each subscale, as participant who reported having experienced at least one event of intimate partner sexual or physical violence in the past year were classified as being victimized, as per the

authors' recommendations (Straus et al., 1996). Participants who reported “not in the past year, but it did happen before” (7) were also classified as being victimized (1).

3.4.2.4 Self-Capacities

The three self-capacities (i.e., affect control, relatedness to others, and identity cohesion) were assessed with five 9-items subscales of the *Inventory of Altered Self-Capacities* (IASC; Briere, 2000; French validation: Bigras & Godbout, 2020). Altered affect control was assessed with two subscales: affect dysregulation (i.e., capacity to calm down and to control one's emotional state; $\alpha = .91$) and tension reduction activities (i.e., tendency to respond to painful internal states with externalizing behaviors such as hurting oneself; $\alpha = .69$). Altered relatedness to others was assessed with one subscale: interpersonal conflicts (i.e., tendency to have problems or arguments in one's relationships with others; $\alpha = .88$). Altered identity cohesion was assessed with two subscales: identity impairment (difficulty to maintain a coherent sense of identity and self-awareness; $\alpha = .88$) and susceptibility to influence (i.e., tendency to follow others without consideration or uncritically; $\alpha = .88$). Each subscale used a five-point Likert scale ranging from “never” (1) to “very often” (5) with total scores ranging from 9 to 45. Aforementioned Cronbach's alphas indicated adequate internal consistencies for all subscales in the present sample.

3.4.3 Statistical Analyses

Descriptive analyses were conducted using SPSS 28 to examine the distribution of the sample. Then, we used Mplus v8.5 (Muthén & Muthén, 1998-2017) to conduct latent class analysis (LCA) and assign class membership based on participants' scores on four indicators of victimization experiences: childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner physical violence, and intimate partner sexual violence. Each indicator was dichotomized for the analyses. For all analyses, the “TYPE = MIXTURE missing” command was used to indicate the number of latent classes assessed. Missing data were accounted using *Full Information Maximum Likelihood* (FIML; Muthén & Muthén, 1998-2017). The data were then fit to models ranging from two to five classes. To determine the optimal number of classes based on best model fit, we relied on Akaike's Information Criterion (AIC; Akaike, 1987), the Bayesian Information Criterion (BIC; Schwartz, 1978), the sample-size-adjusted BIC (aBIC; Sclove, 1987), and theoretical interpretability. Smaller

values indicate better model fit. The lowest AIC and BIC scores indicate the optimal number of classes (Nylund et al., 2007a; 2007b). Additionally, model entropy was examined. Entropy indicates how accurately the model defines classes (Weller et al., 2020). Values near 1 suggest better class structure and would ideally not be below .6 (Celeux & Soromenho, 1996; Weller et al., 2020), but there is no agreed upon cutoff criterion and should not be relied only on to determine the final class solution (Muthén, 2008; Weller et al., 2020). For this reason, AIC and BIC were prioritized over entropy along with theoretical interpretability. Moreover, class accuracy was considered as a class should consist of at least 1.0% of the total sample. Finally, the Lo-Mendell–Rubin Likelihood Ratio test (LMR-LRT; Lo et al., 2001) was examined, where p values $< .05$ indicate the current model is a better fit than the model with one less class (Vermunt, 2024). To assess class differences, the BCH method (Bolck et al., 2004) and Wald chi-squared tests were used in Mplus to compare classes on the indicators and the external variables or outcome variables (i.e., self-capacities), as well as to control for sociodemographic characteristics (i.e., age, level of education, relationship status, sexual orientation, general health, annual individual income, and birthplace). This approach is recommended for comparing variables between latent classes (Asparouhov & Muthén, 2015).

3.5 Results

3.5.1 Sample Description

Descriptive analyses among participants indicated that 46.5% ($n = 292$) of the sample reported having experienced childhood sexual abuse, and 40.1% ($n = 252$) of the sample reported having experienced adult sexual assault. As for intimate partner violence victimization, 14.8% ($n = 93$) of the sample reported having sustained at least one event of physical violence and 16.1% ($n = 101$) reported having sustained at least one event of sexual violence in their lifetime. Of the CSA survivors, 64.0% ($n = 187$) have reported at least one form of revictimization (i.e., adult sexual assault and/or intimate partner violence).

3.5.2 Latent Class Analysis Model Selection

The first analytic step was to compare models ranging from two to five latent classes based on the dichotomous victimization indicators. The lowest AIC score indicated that a three-class model was optimal, and the lowest adjusted BIC score also indicated a three-class model as optimal (see Table 2). The LMR-LRT indicated a significant difference between a two-class model and a three-class model ($p = .001$), thus a better model fit at three classes than the model with two classes, but no such difference was observed between a three-class model and a four-class model ($p = .396$) and between a four-class model and a five-class model ($p = .918$). Although entropy was higher in the four-class model, this indicator was shown to vary according to the number of latent classes and sample sizes, performing better with small sample sizes ($n =$ between 50 and 100; Wang et al., 2017). Thus, this indicator was not considered in the final model choice. Based on the AIC, the adjusted BIC, the LMR-LRT, the class sizes, and theoretical interpretability, the three-class model was identified as the optimal model to represent the data. The mean values of the indicator variables in each class are presented in Table 3.

3.5.2.1 Class 1: *Intimate partner revictimization*

The first and smallest class ($n = 67$; 10.7%), labeled *Intimate Partner Revictimization*, was composed of women who all (100.0%) reported at least one event of sustained physical intimate partner violence. This class also had the highest frequency of sexual intimate partner violence survivors compared to the other classes, with 43.3% of participants reporting at least one episode of sustained sexual intimate partner violence. This class also grouped the highest frequency of childhood sexual abuse survivors compared to the other classes, with 61.2% of participants reporting a history of childhood sexual abuse. Finally, 13.4% of the participants in this class reported experiencing adult sexual assault.

3.5.2.2 Class 2: *Adult sexual assault*

The second class ($n = 243$; 38.7%), labeled *Adult sexual assault*, was composed of the highest frequency of adult sexual assault survivors, with all (100.0%) of participants in this group reporting having experienced at least one event of adult sexual assault victimization. This class grouped the

second highest frequency of childhood sexual abuse survivors compared to the other classes, with 54.3% of participants having experienced childhood sexual abuse. This class also grouped the second highest proportion of intimate partner violence victimization, with 10.7% of participants reporting at least one event of sustained physical intimate partner violence and 15.2% of participants reporting at least one event of sustained sexual intimate partner violence.

3.5.2.3 Class 3: *Few victimization experience*

The last and largest class ($n = 318$; 50.6%), labeled *Few victimization experience*, was composed of the lowest frequency of any victimization experiences compared to the other classes, with 37.4% of participants reporting having experienced childhood sexual abuse, none (0.0%) of participants reporting having experienced adult sexual assault, none (0.0%) of participants reporting having experienced physical intimate partner violence, and 11.0% of participants reporting having experienced at least one event of sustained sexual intimate partner violence.

3.5.3 Sociodemographic Characteristics Among Classes

Group comparison analyses were conducted to compare the three observed classes according to sociodemographic characteristics (i.e., age, level of education, relationship status, sexual orientation, general health, annual individual income, and birthplace). The results of Wald chi-squared analyses showed no significant differences between classes on participants' age, $\chi^2(2, n = 628) = 1.92, p = .382$, level of education, $\chi^2(2, n = 628) = 1.91, p = .385$, relationship status (i.e., coupled or single), $\chi^2(2, n = 628) = .01, p = .994$, and general health (i.e., with or without any health problems), $\chi^2(2, n = 628) = 3.19, p = .203$. However, analyses showed differences between Class 2 and Class 3 on participants' annual individual income, $\chi^2(2, n = 628) = 4.24, p = .039$, with Class 3 grouping a larger proportion of participants with higher income revenues. Similarly, analyses showed a significant difference between Class 1 and Class 3 on participants' birthplace (i.e., Canada versus another country), $\chi^2(2, n = 628) = 4.41, p = .036$, with Class 3 grouping a larger proportion of participants born outside of Canada. Finally, a significant difference was found between Class 1 and Class 3 regarding participants' sexual orientation (i.e., heterosexual versus sexual diversity), $\chi^2(2, n = 628) = 11.99, p = .002$, with Class 1 grouping a larger proportion of participants identifying as part of the sexual diversity community (e.g., gay, bisexual, lesbian).

3.5.4 Self-Capacities Among Classes

The results of Wald chi-squared analyses on altered self-capacities between classes are presented in Table 3. Results of pairwise comparisons showed that participants from Class 1 reported more interpersonal conflicts and affect dysregulation compared to those of Classes 2 and 3. Analyses also revealed that participants from Class 1 reported more identity impairment, susceptibility to influence, and tension reduction activities compared to those of Class 3. Similarly, participants from Class 2 reported more identity impairment, susceptibility to influence, affect dysregulation, and tension reduction activities compared to those of Class 3. The three-class model with mean scores on external variables is illustrated in Figure 1.

3.6 Discussion

The current study aimed to identify classes based on interpersonal victimization history among women consulting a sex therapy service and explore whether classes could be distinguished by their levels of altered self-capacities. Descriptive results showed that nearly half of the women in our sample reported a history of childhood sexual abuse. Although this prevalence rate is higher than what is typically found in community-based samples (e.g., Barth et al., 2013), it aligns with prior findings among women consulting sex therapy (Berthelot et al., 2014). Similarly, more than one-third of the participants reported having experienced adult sexual assault in our sample. This prevalence rate also surpasses what is typically found in community-based samples (e.g., World Health Organization, 2021) but is consistent with prior findings among women using health care services (Feldhaus et al., 2000). These prevalence rates could be explained by the nature of the help sought, i.e. sex therapy, and highlight the specific difficulties and needs of this vulnerable population. Furthermore, approximately one in six of participants reported having experienced intimate partner physical and/or sexual violence in our sample, which is coherent with prior findings in the community (World Health Organization, 2021). Revictimization prevalence was also high in this study's sample, as more than six out of ten CSA survivors reported sexual and/or intimate partner revictimization. This prevalence is higher than the average prevalence of revictimization found in previous studies (e.g., Walker et al., 2019), but could be explained by the examination of revictimization by an intimate partner in addition to sexual revictimization.

Our study identified three classes reflecting distinct patterns of victimization experiences. Consistent with previous research (e.g., Papalia et al., 2017; Rodriguez-Menés et al., 2014), the largest class, *Lower victimization experience*, regrouped women with lower levels of victimization experienced relative to participants assigned to the other classes. Yet still, more than one in three participants from this class reported having experienced CSA. This suggests that women consulting for sexual and relational difficulties are highly likely to have experienced some form of interpersonal victimization, even if they are considered as less victimized compared to others. Women assigned to this class appear to escape the revictimization trajectory as none reported adult sexual assault, nor physical IPV and only 11% reported sexual intimate partner violence. In contrast, the *Intimate partner revictimization*, comprised women with high rates of CSA as well as high rates of both sexual and physical intimate partner violence. In fact, approximately six out of ten participants in this class reported having experienced CSA, more than one in ten reported adult sexual assault, almost half reported having experienced sexual intimate partner violence and all reported having experienced physical intimate partner violence. Thus, this class regrouped the highest proportion of women with a history of CSA; women who all reported revictimization in their intimate partner relationships which is consistent with prior studies (e.g., Girard et al., 2024; Hébert et al., 2021). The last class, *Adult sexual assault*, comprised the largest proportion of adult sexual assault survivors. While this class encompassed survivors of all types of victimization examined, their experiences appeared to be more closely linked to sexual forms of violence (i.e., childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner sexual violence). In fact, more than half the participants in this class reported having experienced CSA, one in six reported having experienced sexual intimate partner violence and all reported having experienced adult sexual assault. This result suggests the possibility of a sex-specific victimization trajectory among women survivors.

To date, little is known about the correlates associated with different victimization trajectories, and the present study contributes to the scientific corpus by examining self-capacities. Results showed that the *Intimate partner revictimization* class reported significantly more altered self-capacities than the *Few victimization experience* class for all dimensions assessed. This finding suggests that a trajectory marked by multiple experiences of victimization is linked to more difficulties with self-capacities. As such, numerous experiences of victimization throughout one's life could hinder the

development of one's self-capacities, which in turn could potentially act as vulnerability factors to further revictimization, which is consistent with previous studies (e.g., Girard et al., 2024). For instance, a child growing up in an unstable, unsafe environment may develop maladaptive affect regulation strategies, such as substance abuse, as a way to cope. Yet, such strategies could increase their risk of revictimization, which could also foster the need to use these coping strategies, thus perpetuating a harmful cycle. Additionally, research has shown that individuals often form relationships with partners who share similar tendencies, which can heighten the risk of becoming involved with someone who also struggle with affect dysregulation and may resort to violence as a maladaptive coping strategy (e.g., Dugal et al., 2021).

Moreover, *Intimate partner revictimization* class presented significantly more altered self-capacities than the *Adult sexual assault* class regarding two dimensions: interpersonal conflicts and affect dysregulation. However, the *Intimate partner revictimization* class was not significantly different from the *Adult sexual assault* class on three self-capacities dimensions: identity impairment, susceptibility to influence, and tension reduction activity. This finding suggests that survivors of multiple victimization experiences, no matter the form, seem to display similar identity-related difficulties (e.g., not knowing oneself, being easily influenced even if it could be harmful to oneself). Identity-related difficulties may undermine survivors' ability to recognize personal limits, set boundaries, and protect their well-being, putting them more at risk for revictimisation, sexual or otherwise. However, survivors of both CSA and IPV revictimization are characterized by more severe relational-related difficulties (e.g., frequent conflicts, unstable or chaotic connections with others, not getting along with people) and by more affect dysregulation (i.e., having many ups and downs in one's feelings, not being able to control one's emotions). These difficulties may stem from enduring negative interpersonal experiences with significant others (e.g., parental figures and intimate partners). These experiences could normalize frequent conflicts, or even abuse, in relationships, as observed in prior research (Girard et al., 2024), potentially perpetuating the cycle of victimization and do not provide an optimal climate for affect regulation. Thus, often encountering interpersonal conflicts may lead to view “explosive” dynamics within intimate relationships as typical or inevitable, or as an expected progression of their usual tumultuous relationships with others, providing fertile ground for further revictimization within their intimate relationship.

Our findings also identified a subgroup of women with lower rates of victimization. Participants assigned to the third class were less likely to show difficulties in self-capacities. Yet more than a third of women in this class still reported a history of CSA, but with low risk of revictimization as none reported adult sexual assault nor physical intimate partner violence and only a small proportion reported sexual intimate partner violence. Women in this group may benefit from protective factors (e.g., greater self-capacities, stronger support systems, access to community resources) that may contribute to recovery and help them escape a revictimization trajectory.

It needs to be remembered that studying the correlates of revictimization such as self-capacities does not aim to hold women survivors accountable for being victimized. As the perpetrator is the person responsible. Rather, their exploration could help identify key vulnerability factors that could be addressed in prevention and treatment efforts toward women survivors who consult healthcare services, a vulnerable population directly affected by intervention programs and recommendations.

3.6.1 Practical Implications

Our study's findings highlight the need to assess thoroughly the history of victimization in women who seek help for sexual or relational difficulties. Thus, a trauma-informed screening and assessment in sex therapy settings could offer information necessary to understand the role of the trauma in the client's life, establish a more trusting relationship between the health care provider and the client, help health care providers in identifying individuals at risk of developing more severe symptoms or at risk of revictimization, and prevent misdiagnosis and inappropriate treatment planning (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Our findings can also be interpreted in the light of the notion of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD). Indeed, the diagnosis of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD), proposed by the ICD-11 in 2018 (World Health Organization, 2022), indicates that chronic interpersonal traumas may lead to disturbances in self-organization: affect regulation problems, negative self-concept (i.e., identity), and relationship difficulties (World Health Organization, 2022). Similarly, the current study showed the potential correlates of multiple victimization experiences, and revictimization, on affect control, identity cohesion, and relatedness to others.

Our results showed the complex range of symptoms associated with victimization experiences that may hinder trauma recovery and could place survivors at risk of revictimization, namely altered self-capacities. As self-capacities can be modifiable, practices and intervention programs aimed at women survivors could promote women survivors' healing by promoting healthy affect regulation strategies, foster the development of self, and enhancing relational skills. Results suggest that practitioners assisting women survivors should target the regulation of emotions, the ability to develop and maintain stable and mostly harmonious relationships with others, and the development of a distinctive and coherent identity, using trauma-sensitive approaches. Such an approach like a mindfulness-based trauma-sensitive yoga intervention has been proved beneficial for women survivors (Nicotera et al., 2024). Indeed, a recent study among women survivors of sexual assault showed that participants felt that they gained better emotional processing and self-awareness after such treatment in a group setting (Nicotera et al., 2024). Given the varying intensity self-capacity deficits observed across the classes, tailored services are essential to address the specific victimization history and symptomatology. For instance, those with the most victimization experiences presented more relational difficulties, highlighting the need for targeted interventions to support their healing.

3.6.2 Limitations and Further Studies

Results of this study should be appreciated in the light of its limitations. Firstly, the use of retrospective self-report measures is subject to recall and social desirability biases. Yet, participants completed the questionnaires anonymously, which could alleviate these biases. Moreover, self-reported measures have been found to be reliable in documenting victimization experiences when using behavioral items and not self-identification as a "victim", leading to data that captures more accurate proportions compared to prospective measures or official documents (Newbury et al., 2018). Secondly, the current sample is not representative of the population on multiple variables (e.g., highly educated, low income) within the same province. Thus, the findings cannot account for all survivors' experiences. Further replication studies are needed in other sociocultural contexts and with different samples of victimization survivors (e.g., community sample, survivors in shelters for intimate partner violence). Furthermore, future research using longitudinal designs would be necessary to further understand how victimization trajectories may affect self-capacities

and revictimisation risk among survivors. Finally, future studies could also look at other relevant variables such as potential resilience factors protecting the women in Class 3 from revictimization.

3.6.3 Conclusion

In conclusion, this study identified three distinct classes of victimization trajectories among women consulting sex therapy: one of little to no victimization, one of mostly sexual victimization experiences, and one of multiple and diverse victimization experiences. Women in the later two classes presented significantly more altered self-capacities compared to those in the least victimized class. Findings support the necessity of trauma-informed screening, assessing, and treatment planning in health care services. In the aftermath of the #MeToo movement, this study provides empirical data on violence perpetrated against women.

3.7 Tables and Figures

Tableau 3.1. Sociodemographic Characteristics

Characteristics	<i>n</i>	Participants (%)
Birthplace		
Canada	546	86.9
Europe	48	7.7
Central or South America and Caribbean	16	2.6
Asia	11	1.8
Africa	6	1.0
First language		
French	560	89.6
English	17	2.8
Spanish	19	3.0
Other (e.g., Creole, German, Portuguese)	29	4.6
Occupation		
Student	129	21.2
Full- or part-time worker	391	64.2
Retired	20	3.3
Currently unemployed	17	2.8
Other (e.g., stay at home, invalid)	14	8.5
Education		
Elementary school	11	1.8
High school	67	10.7
College/professional	207	33.0
Undergraduate	243	38.7
Graduate	99	15.8
Individual annual income		
CAD\$19,999 or less	168	27.2
CAD\$20,000 - CAD\$39,999	158	25.6
CAD\$40,000 - CAD\$59,999	138	22.3
CAD\$60,000 or more	154	24.9
Relational status		
Single or with occasional partners	10	1.6
In an intimate relationship	195	31.1
In a common-law partnership/cohabiting	292	46.6
Married	125	19.9
Other (e.g., polyamorous)	5	0.8
Sexual orientation		
Heterosexual	476	75.9
Bisexual/pansexual/queer	80	12.7
Lesbian	14	2.2
Asexual	6	1.0
Other (e.g., flexible, questioning)	51	8.2

Table 3.2. Comparison of Fit Statistics for Latent Class Models

Number of classes	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR- LRT <i>p</i> value	Size
2	2786.190	2826.172	2797.599	.409	.149	450 178
3	2778.566	2840.761	2796.313	.696	.001	67 243 318
4	2788.234	2872.643	2812.320	.927	.396	58 246 318 6
5	2798.071	2904.692	2828.495	.607	.918	246 72 6 304 0

Note. AIC = Akaike's Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion; aBIC = sample-size-adjusted BIC; LMR-LRT = Lo-Mendell-Rubin adjusted Likelihood Ratio Test; **Boldface** type suggests the best-fitting model for that indicator.

Table 3.3. Comparison of Internal (Victimization Experiences) and External (Self-Capacities) Variables and Class Membership

	Class 1 Intimate Partner Revictimization (<i>n</i> = 67)	Class 2 Adult Sexual Assault (<i>n</i> = 243)	Class 3 Lower Victimization Experience (<i>n</i> = 318)	Paired Comparisons ^b	OR ^c or χ^2 (<i>p</i> -value)
Internal variables (class indicators) <i>n</i> (%) ^a					
CSA	41 (61.2)	132 (54.3)	119 (37.4)	1 vs 2	1.37
				1 vs 3	3.37
				2 vs 3	2.46
ASA	9 (13.4)	243 (100.0)	0	1 vs 2	.10
				1 vs 3	–
				2 vs 3	–
Physical IPV	67 (100.0)	26 (10.7)	0	1 vs 2	–
				1 vs 3	–
				2 vs 3	36.15
Sexual IPV	29 (43.3)	37 (15.2)	35 (11.0)	1 vs 2	2.89
				1 vs 3	5.83
				2 vs 3	2.02
External variables (distal outcomes) <i>M</i> (<i>SE</i>)					
Interpersonal conflicts	22.06 (1.01)	18.73 (.41)	17.48 (.44)	1 vs 2	8.41 (<i>p</i> = .004)
				1 vs 3	17.91 (<i>p</i> < 0.001)
				2 vs 3	3.40 (<i>p</i> = .065)
Identity impairment	21.35 (1.11)	20.15 (.48)	18.45 (.56)	1 vs 2	.88 (<i>p</i> = .349)
				1 vs 3	5.54 (<i>p</i> = .019)
				2 vs 3	4.17 (<i>p</i> = .041)
Susceptibility to influence	17.94 (1.04)	16.34 (.45)	14.44 (.44)	1 vs 2	1.77 (<i>p</i> = .184)
				1 vs 3	9.91 (<i>p</i> = .002)
				2 vs 3	6.97 (<i>p</i> = .008)
Affect dysregulation	25.21 (1.23)	20.85 (.55)	17.99 (.58)	1 vs 2	9.38 (<i>p</i> = .002)
				1 vs 3	29.01 (<i>p</i> < .001)
				2 vs 3	10.03 (<i>p</i> = .002)
Tension reduction activities	15.67 (.67)	14.67 (.32)	12.82 (.32)	1 vs 2	1.62 (<i>p</i> = .204)
				1 vs 3	15.21 (<i>p</i> < .001)
				2 vs 3	13.05 (<i>p</i> < .001)

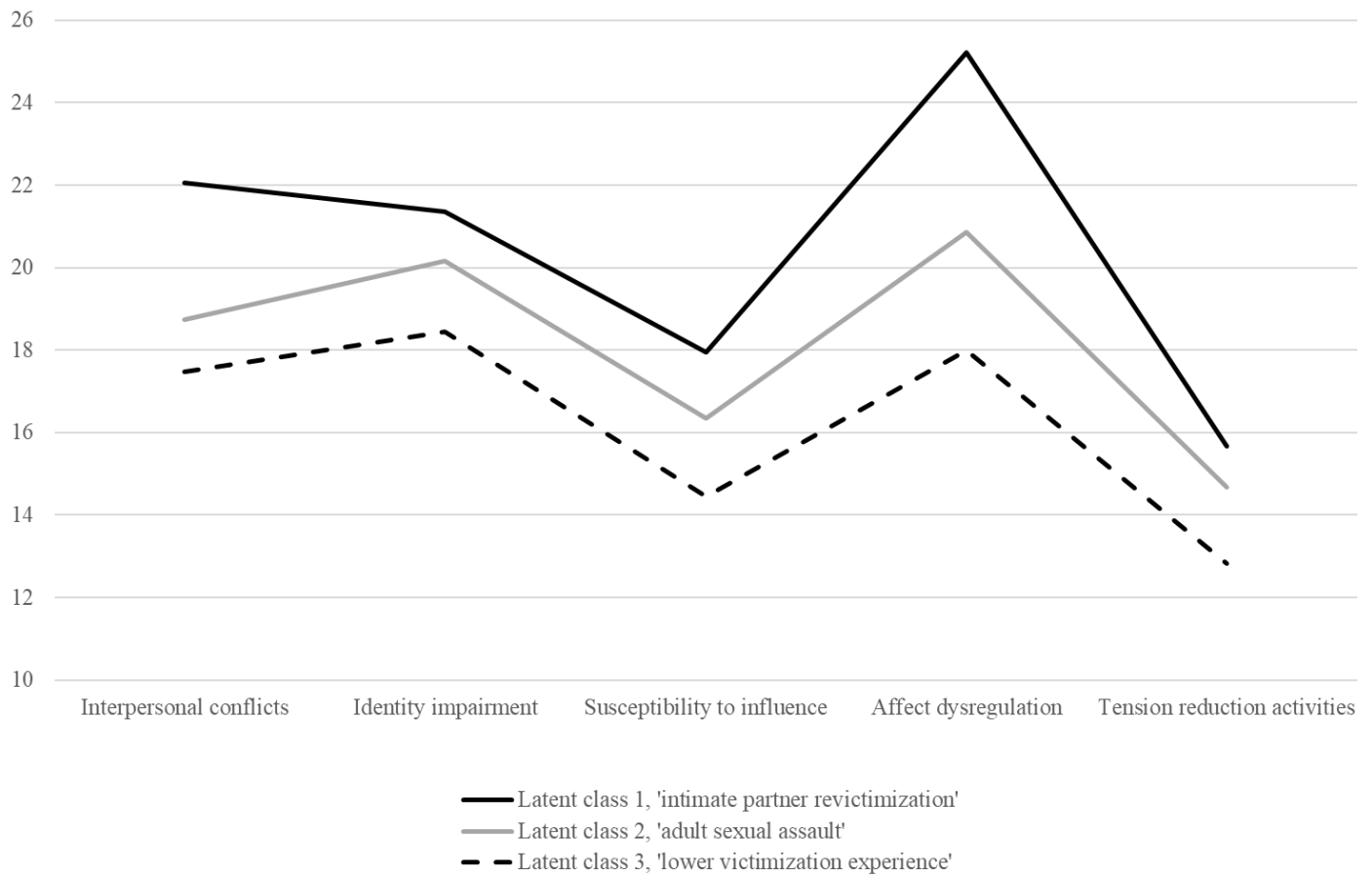
Note. *M* = mean; *SD* = standard deviation; OR = odds ratio; CI = confidence intervals; CSA = childhood sexual abuse; ASA = adult sexual assault; Physical IPV = physical intimate partner violence; Sexual IPV = sexual intimate partner violence.

^a As there were some missing data, % are expressed relative to the number of valid cases rather than *n*.

^b Comparisons made using χ^2 or Wald χ^2 .

^c An OR cannot be calculated when everyone or no-one in one group develops the outcome of interest.

Figure 3.1. Mean Scores of Self-Capacities for Each Class in the Three-Class Model



3.8 Transition vers le deuxième article

À la suite de l'analyse de classes latentes présentée dans le premier article de la thèse, plusieurs questions se posaient à l'égard de la réalité des survivantes d'ASE et leur risque de revictimisation notamment en contexte de relation intime. En effet, une classe identifiée, « Revictimisation par un·e partenaire intime », regroupait les femmes rapportant davantage d'expériences de victimisation interpersonnelle. Plus précisément, plus de la moitié des participantes rapportaient un historique d'ASE cumulé à des expériences de VPI physique à l'âge adulte. De plus, les femmes faisant partie de cette classe rapportaient des altérations plus importantes au niveau des capacités du soi. En ce sens, il semble pertinent d'explorer les capacités du soi comme mécanismes pouvant expliquer le risque plus élevé de revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE spécifiquement. Afin de bien saisir la complexité du vécu de ces femmes, il importe également de s'intéresser à l'expérience d'autres traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance (c.-à-d., trauma interpersonnel cumulatif en enfance), car peu de survivantes d'ASE rapportent n'avoir vécu qu'une seule forme de victimisation en enfance (Finkelhor et al., 2007; 2009; 2011; Hébert et al., 2018b). De plus, la symptomatologie des survivantes (c.-à-d., les capacités du soi) mérite d'être examinée davantage, car celle-ci pourrait être plus complexe ou sévère, surtout en présence de traumatismes cumulatifs. La prochaine section présente donc une étude qui vise à répondre à l'objectif d'examiner les associations entre le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime par l'entremise de l'altération des capacités du soi (c.-à-d., difficultés émotionnelles, relationnelles et identitaires) au sein d'un échantillon de femmes adultes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle. De telles données pourront fournir des indices pertinents pour mieux comprendre les facteurs de vulnérabilités à la revictimisation et de suggérer des leviers d'intervention prometteurs pour bonifier la pratique sexologique visant la prévention de la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE.

CHAPITRE 4

ARTICLE #2

Risk of revictimization within intimate relationships among women survivors of childhood sexual abuse: The role of cumulative trauma and self-capacities

Marianne Girard, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal
Caroline Dugal, Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières
Martine Hébert, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal
Natacha Godbout, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Corresponding author : Natacha Godbout

This research project was funded in part by grants from the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse (CRIPCAS), The Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) (# 29051 PI: N. Godbout), and the Social Science and Humanities Research Council of Canada (#767-2019-1167) awarded to Marianne Girard.

Submitted to: Journal of Sex & Marital Therapy

State: Published

4.1 Résumé

L'ASE, particulièrement lorsqu'elle se produit en contexte de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance (TICE), est associée à un risque accru de revictimisation par un·e partenaire intime chez les femmes survivantes. La présente étude visait à examiner le rôle des perturbations des capacités du soi (difficultés émotionnelles, relationnelles et identitaires) dans l'association entre les TICE et la revictimisation par un·e partenaire intime. L'échantillon était composé de 247 femmes adultes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle. Les analyses acheminatoires ont montré un effet indirect des perturbations des capacités du soi dans l'association entre les TICE et la revictimisation physique et sexuelle par un·e partenaire intime ($RC = 1,49$ et $1,62$ respectivement), soulignant l'importance d'intervenir sur les difficultés émotionnelles et relationnelles chez les femmes survivantes d'ASE et de TICE afin de prévenir leur risque de revictimisation.

Mots-clés : agression sexuelle en enfance; violence conjugale; revictimisation; violence faite aux femmes; violence sexuelle; traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance; capacités du soi

4.2 Abstract

Childhood sexual abuse, especially in the context of cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT), is associated with an increased risk of revictimization by an intimate partner among women. The aim of the present study is to examine the role of self-capacities disturbances in the association between CCIT and revictimization by an intimate partner. The sample comprised of 247 adult women survivors consulting in sex therapy. Path analyses showed an indirect effect of self-capacities disturbances in the association between CCIT and revictimization ($ORs = 1.49$ and 1.62), demonstrating the importance of intervening in relational and affective difficulties among women survivors to prevent the risk of revictimization.

Keywords: childhood sexual abuse; intimate partner violence; revictimization, violence against women; sexual violence, cumulative childhood interpersonal trauma; self-capacities

4.3 Introduction

Childhood sexual abuse (CSA) is a serious public health issue affecting nearly one in five girls worldwide before the age of 18 (Stoltenborgh et al., 2011). Empirical literature has established CSA as an important risk factor for a variety of long-term difficulties in adulthood (MacIntosh & Ménard, 2021). Notably, CSA has been associated with deleterious impacts on intimate relationships later in life (e.g., lower relationship satisfaction; Godbout et al., 2017; Lassri et al., 2018). One of these key impacts is the increased risk of being revictimized within the context of intimate relationships (Hébert et al., 2021), particularly among women (Brassard et al., 2020). Revictimization within the context of intimate relationships, which refers to victimization by an intimate partner after CSA, occurring either in adolescence or adulthood (Hébert et al., 2012), constitutes an important issue that requires a better understanding of the mechanisms at play to support survivors; this support can aid survivors in identifying their specific strengths and vulnerabilities and reinforce their resilience against further abuse. As such, examining these mechanisms could help identify key factors to address in prevention and treatment efforts focused on women survivors and should not be interpreted as a way of blaming victims for their experiences. In the current study, revictimization within intimate relationships refers specifically to physical and sexual violence sustained by an intimate partner or ex-partner among CSA survivors.

Although most studies focus solely on nonintimate partner sexual revictimization (e.g., see Walker et al., 2019), studies that documented revictimization within the context of an intimate relationship among adult women CSA survivors indicated alarming prevalence rates. For example, a study conducted on 16,993 individuals from the community who were currently in a relationship, or had recently been in a relationship, showed that women CSA survivors were at least two times more at risk of experiencing physical or sexual violence ($OR = 2.85$ and 4.78 , respectively) within their intimate relationship compared to non-victims (Daigneault et al., 2009). Another study conducted among 1,001 women from the community demonstrated that 40.0% of those who had experienced CSA had also experienced intimate partner physical violence in their lifetime (Brassard et al., 2020). Furthermore, a study conducted on 204 heterosexual newlywed couples from the community showed that women with a history of CSA experienced more acts of sexual violence by an intimate partner in the past year compared to those without a history of CSA (DiLillo et al.,

2016). These rates highlight the need to pay particular attention to the elements linking CSA to a risk of revictimization in the context of intimate relationships.

4.3.1 CSA and Cumulative Interpersonal Trauma

Numerous studies have shown that CSA rarely occurs in isolation, demonstrating that the majority (e.g., 74.7%, Hébert et al., 2018b) of children who experience CSA also experience other interpersonal trauma. In fact, CSA survivors tend to report cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT; Finkelhor et al., 2007, 2009). CCIT refers to the accumulation of two or more different forms of abusive or neglectful experiences that occur during childhood (i.e., before the age of 18), including physical, sexual, and psychological abuse, physical and psychological neglect, exposure to intimate partner violence, and bullying by peers (Rassart et al., 2022). Many explanations were put forward for this phenomenon, such as environmental circumstances (e.g., lack of supervision, isolation) that may increase the risk for a variety of victimization experiences (Finkelhor et al., 2007).

Studies have also revealed that the experience of CCIT represents a significant vulnerability factor of revictimization within adults' intimate relationships (e.g., Brassard et al., 2020). Indeed, Pereda and Gallardo-Pujol (2014)'s study showed that CCIT was significantly linked to the number of revictimization experiences in adulthood. Another study conducted on 60 young mothers showed that a higher rate of CCIT was associated with a steeper increase in the rate of intimate partner physical revictimization during adolescence (Kennedy et al., 2017). However, the literature shows significant gaps. Notably, a large proportion of studies examining revictimization among women CSA survivors have only focused on sexual revictimization experienced outside of an intimate relationship (Classen et al., 2005). Moreover, studies among clinical samples of women consulting help services are scarce, yet these women represent a vulnerable population who are more likely to report having experienced CCIT (Berthelot et al., 2014) and violence within intimate relationships (Hamberger et al., 2015). It appears crucial to examine revictimization within intimate relationships among a clinical sample of women survivors to better understand the potential mechanisms (i.e., processes and associations between variables) involved and to provide empirically-based knowledge that can guide intervention. Moreover, examining mechanisms such

as self-capacities disturbances (i.e., affective, identity, and relational disturbances) may offer an interesting avenue for understanding revictimization among survivors.

4.3.2 Self-Capacities Disturbances as Potential Explanatory Mechanisms of Revictimization

A systematic review of recent empirical literature revealed that few studies have addressed the specific mechanisms of revictimization within the context of intimate relationships among women CSA survivors, and those that have done so report heterogeneous or fragmented results (Hébert et al., 2021). Findings have shown that potential psychological repercussions of CCIT, such as posttraumatic stress symptoms (Hébert et al., 2017, 2021), could partially explain revictimization in women survivors. However, the few available studies have neglected to identify explanatory mechanisms that account for the complexity of the repercussions of CCIT among CSA survivors (Hébert et al., 2021).

Briere's Self-Trauma Model (1996, 2002) offers a theoretical framework encompassing the key repercussions of CCIT that could act as risk factors for later revictimization within intimate relationships. This conceptual model suggests that childhood interpersonal trauma hinders one's optimal development, leading to complex disturbances or deficits in self-capacities (Briere, 2002). Self-capacities are one's personal resources that allow one to cope with distress without resorting to maladaptive coping strategies (Allen, 2011). Self-capacities disturbances include affect, identity, and relational disturbances (Bigras & Godbout, 2020; Briere, 2002; Rassart et al., 2022).

4.1.2.1 Affective Disturbances

Affective disturbances refer to psychological distress and the inability to tolerate and regulate intense, negative emotions without resorting to inappropriate tension-reduction activities or being overwhelmed with internalized difficulties (Briere & Runtz, 2002). Affective disturbances might occur in the aftermath of traumatic experiences in childhood, as trauma exposes the child to events that cause too much distress to be handled. Such trauma can exceed cognitive resources and affect the development of adaptive strategies in the face of adversities, especially if their caregiver was unable to teach the child to regulate their emotions adequately. Studies have shown that childhood interpersonal trauma is associated with higher affective disturbances throughout more depressive

symptoms (Li et al., 2020), as yielding this internalized difficulty may be indicative of impaired affect regulation (Girard et al., 2021; Joormann & Gotlib, 2010; Visted et al., 2018). Studies have also denoted associations between childhood interpersonal trauma and the use of maladaptive tension-reducing activities (e.g., externalizing behaviors such as hurting oneself to deal with internal pain; Liu et al., 2018). Dugal et al. (2018, 2021) have shown a significant association between CCIT, affect regulation difficulties (e.g., affect dysregulation), and sustained psychological revictimization within intimate relationships among samples of adults from the community and adults consulting in sex therapy. Dietrich (2007) documented that affect dysregulation was associated with revictimization in a sample of 207 women both from the community and consulting help services survivors of CCIT. The authors proposed that affective disturbances may interfere with the ability to perceive or act in a risky situation (e.g., level of intoxication, emotional shutdown, risky sexual practices), thus putting CCIT survivors in a more vulnerable position to be revictimized (Dietrich, 2007; Messman-Moore et al., 2010). Yet further investigation is needed to examine the role of affective disturbance indicators (e.g., affect dysregulation, depressive symptoms, tension-reduction activities) in the link between CCIT and revictimization by an intimate partner.

4.1.2.2 Identity Disturbances

Identity disturbances refer to an individual's inability to maintain, with awareness and integration, a distinct, defined, and relatively stable identity, through different situations and interactions with others (Bigras et al., 2020; Briere & Runtz, 2002). Identity disturbances are characterized by dissociation and one's susceptibility to others' influence; this also includes a lack of the capacity to critique others' assertions and to consider oneself before following others' directions (Briere, 2000; Briere & Runtz, 2002; Rassart et al., 2022). Dissociative symptoms (i.e., lack of awareness, depersonalization/derealization, dissociative amnesia, dissociative identity; van Dijke et al., 2018) are considered as an indicator of identity disturbances, as individuals with dissociative symptoms tend to present identity confusion and low awareness and integration to their internal world (Chiu et al., 2017). In the context of CCIT, such identity disturbances could arise due to a child's need to focus their attention in a hypervigilant way toward their unpredictable environment to prevent harm; this may restrain them from turning their attention inwards (i.e., their own thoughts, needs,

desires), and their use of dissociation may impede identity development (Briere, 2002). A study also showed that CCIT is associated with later identity disturbances among a mixed sample (i.e., clinical and community) of 374 adults (Bigras et al., 2020). A study by Messman-Moore et al. (2005) showed that identity disturbances, including dissociation, acted as an explanatory mechanism for sexual revictimization in women CSA survivors from the community. Additionally, a longitudinal study, conducted with 80 at-risk women, identified dissociation as a mediator in the relationship between CSA and later revictimization within intimate relationships (Zamir et al., 2018). Another study revealed an association between CSA, dissociative symptoms, and later revictimization within intimate relationships among a sample of 633 adults from the community (Krause-Utz et al., 2021); however, little is known about CCIT survivors. More studies are needed to better examine the role of identity disturbances (i.e., identity impairment, susceptibility to influence, dissociative symptoms) in the link between CCIT and revictimization by an intimate partner.

4.1.2.3 Relational Disturbances

Relational or relationality disturbances refer to the internalization of negative models of oneself and others within a relational context, with the inability to form and maintain stable and generally harmonious—low conflict—relationships with others (Briere & Runtz, 2002; Rassart et al., 2022). Childhood interpersonal trauma survivors are typically deprived of healthy relationships during their development, thus lacking the opportunity to learn how to form and maintain adequate functioning interpersonal relationships, resulting in later chaotic or conflictual relationships (Bigras et al., 2017; Briere, 2002; Rassart et al., 2022). Furthermore, childhood interpersonal trauma often occurs at the hands of significant attachment figures (e.g., parents or caregivers). As per Bowlby's (1969) attachment theory, one's experiences with their primary caregivers form their internal working models (i.e., understanding of self and others in interpersonal contexts) that guide their expectations of relationships throughout life, including romantic attachment. As such, attachment insecurity (i.e., attachment anxiety and avoidance) is an indicator of relational disturbances that might be a mechanism in the link between CCIT and revictimization. Supporting this postulate, a study conducted on 257 women and 45 men from the community showed that CSA survivors reported more interpersonal conflicts and attachment anxiety than non-victims

(Bigras et al., 2015). Additionally, a longitudinal study showed a significant link between childhood interpersonal trauma, attachment insecurity, and revictimization within intimate relationships among a clinical sample of 93 women (Smith & Stover, 2016). Similarly, Dietrich (2007) demonstrated that the poor ability to form meaningful and healthy relationships (e.g., more interpersonal conflicts) acted as a risk factor for revictimization among a mixed sample of 207 CCIT survivors. Authors suggest that survivors may be more likely to accept their partner's violent behaviors for fear of losing the relationship (i.e., attachment anxiety), which can increase the risk of revictimization (Dietrich, 2007; Smith & Stover, 2016). Yet again, further studies are needed to examine the role of relational disturbances (e.g., interpersonal conflicts, attachment anxiety, attachment avoidance) in the link between CCIT and revictimization by an intimate partner.

Despite empirical and theoretical literature supporting self-capacities disturbances as potential mechanisms linking CCIT and later revictimization within intimate relationships, no study has examined them specifically in a single integrative model among a clinical sample of women CSA survivors consulting in sex therapy.

4.3.3 Aim of the Study

The present study aimed to examine self-capacities disturbances as mechanisms explaining the link between CCIT and the risk of physical and sexual revictimization within intimate relationships among women CSA survivors consulting in sex therapy. It was expected that CCIT would be positively associated with more self-capacities disturbances (i.e., higher levels of affective, relational, and identity disturbances), which, in turn, would be associated with higher risks of physical and sexual revictimization within intimate relationships. Thus, it is expected that self-capacities disturbances will partly explain the associations between CCIT and the risk of revictimization within intimate relationships.

It needs to be remembered that studying the correlates of revictimization does not aim to hold women survivors accountable for a heightened risk of victimization. Rather, the examination of the mechanisms that underlie revictimization could help identify key vulnerability factors that could be addressed in prevention and treatment efforts toward women CSA survivors who consult

help services as they represent a vulnerable population that is directly affected by intervention programs and recommendations.

4.4 Method

4.4.1 Procedure & Sample

For this study, trainees and professionals in clinical sexology recruited participants as part of a larger study (i.e., from December 2012 to February 2023). Recruitment targeted individuals or couples consulting help services for sexual or relational difficulties (i.e., sex therapy). Participants were informed about the research project during the first meeting. Patients were informed that their refusal to participate in the study would not affect the access or quality of their care. Interested patients completed the consent form, and then were invited to complete self-report questionnaires alone, without consulting their partner if they had one, on paper or online on a secure platform (i.e., Qualtrics). Confidentiality was protected by the attribution of an alphanumeric code for each participant. The questionnaires were available in French and English. The survey took about 45 minutes to complete.

The following inclusion criteria were applied for the present study: (1) being at least 18 years old, (2) having sufficient knowledge of either French or English, (3), identifying as a woman, (4) reporting an experience of CSA, and (5) having completed at least 80% of the measures of interest. Of the 1,340 patients who provided consent to participate in the large study, 18.4% ($n = 247$) met all the inclusion criteria. This research was approved by the institutional review board of the Université du Québec à Montréal.

The final sample was comprised of 247 self-identified adult women who reported having experienced CSA. The mean age of participants was 35.22 years ($SD = 12.12$, range = 18–67). Most participants were Canadian (87.0%, $n = 215$), French speakers (87.3%, $n = 213$), and full- or part-time workers (55.5%, $n = 137$). In our sample, most participants completed college or professional studies or lower degrees (55.4%, $n = 137$) and had a lower-class personal annual income (i.e., CAD \$40,000; 66.4%, $n = 164$). A vast majority of participants were survivors of cumulative

interpersonal trauma (93.1%, $n = 230$). The sociodemographic and abuse characteristics of the sample are presented in Table 1.

4.3.2 Measures

A sociodemographic questionnaire was used to gather information on participants' age, country of origin (i.e., birthplace), first language, occupation, level of education, and individual annual income.

4.3.2.1 Childhood sexual abuse

CSA was measured using a gate question based on the criteria of the Canadian Criminal Code (1985) as used in previous studies (e.g., Bigras et al., 2017, Dugal et al., 2021; Rassart et al., 2022). Participants were asked whether they experienced any unwanted sexual contact or any sexual contact with an adult, or someone 5 years older, or someone in a position of authority before the age of 18. Additional optional questions assessed the type(s) of CSA (i.e., verbal solicitation, exposed genitals, exposure to sexual scenes, fondling, oral sex, vaginal or anal penetration, gang rape), the relation with the perpetrator(s) (e.g., father, babysitter, uncle/aunt, neighbor), and the frequency and duration of the experience(s). Participants were classified as having experienced CSA if the answer to any question indicated sexual abuse with or without physical contact before the age of 18. A dichotomous code (0 = absence of CSA, 1 = presence of CSA) was used to classify participants into two groups within our sample.

4.3.2.2 Cumulative childhood interpersonal trauma

CCIT was assessed using a total score (0–7) based on the presence or absence of a history of seven forms of childhood victimization experience: physical abuse, psychological abuse, physical neglect, psychological neglect, exposure to physical domestic violence, exposure to psychological domestic violence, and bullying. Cumulative interpersonal trauma was assessed using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017). In total, participants reported on the 17 items how often they experienced each form in a typical year before the age of 18; this reporting was done on a 7-point Likert scale ranging from “never” (0) to “every day” (6).

Each form of trauma was included in the total index score if they had occurred at least once in a typical year before the age of 18. Each form of childhood trauma was first dichotomized as experienced (1), or not (0) and then summed to form a total score ranging from 0—no other childhood interpersonal trauma than sexual abuse to 7—seven different childhood interpersonal traumas in addition to sexual abuse. This composite score is often used in scientific literature on interpersonal trauma (e.g., Bigras et al., 2015; Dugal et al., 2021; Rassart et al., 2022) and reflects past findings that using a cumulative score of childhood interpersonal trauma best predicts the severity of its sequelae (Finkelhor et al., 2007). In this sample, Cronbach’s alpha indicated high internal consistency ($\alpha = .90$; $n = 239$) for the total of 17 items, corresponding to previous alphas from studies using the CCTQ (e.g., Rassart et al., 2022).

4.3.2.3 Self-capacities disturbances

The three self-capacities disturbances (i. e., affective, relational, and identity disturbances) were assessed with a combination of instruments for each indicator. This method, which allows the examination of a complex combination of multiple symptoms, has been used previously in the scientific literature (Bigras et al., 2017).

4.3.2.3.1 Affective disturbances

Affective disturbances included depressive symptoms, affect dysregulation, and tension reduction activities. Each were coded as 0 when below the clinical cutoff, and 1 when above the clinical cutoff, based on the norms of each measure, yielding a total score ranging from 0 (no affective disturbances) to 3 (all indicators of affective disturbances reached clinical significance).

Depressive symptoms. The 13-item Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961; French validation: Bourque & Beaudette, 1982) was used to assess depressive symptoms. Participants reported on how they had been feeling in the last week on a Likert-type scale ranging from 0 to 3. An example of an item was “I do not feel sad” (0), “I feel blue or sad” (1), “I am blue or sad all the time and I can’t snap out of it” (2), and “I am so sad or unhappy that I can’t stand it” (3). Scores range from 0 to 39, and scores higher than 16 indicate severe depression (i.e., clinical cutoff). Cronbach’s alpha indicated high internal consistency in the current sample, ($\alpha = .89$; $n = 236$).

Affect dysregulation. Affect dysregulation was assessed with the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000; French validation: Bigras & Godbout, 2020). This 9-item subscale evaluated the capacity to calm down and to control one's emotional state on a 5-point Likert scale ranging from "never" (1) to "very often" (5). Total scores ranged from 9 to 45 and were then transformed into a T-score up to 100. T-scores above 70 reflect a clinically significant level of affect dysregulation (i.e., clinical cutoff). Cronbach's alpha indicated an adequate internal consistency in the present sample ($\alpha = .92$; $n = 243$).

Tension-reduction activities. Tension-reduction activities were assessed with the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000; French validation: Bigras & Godbout, 2020). This 9-item subscale evaluated the tendency to respond to painful internal states with externalizing behaviors such as hurting oneself or using sex and was scored on a 5-point Likert scale ranging from "never" (1) to "very often" (5). Total scores ranged from 9 to 45 and were then transformed into a T-score up to 100. T-scores above 70 reflect a clinically significant level of tension-reduction activities (i.e., clinical cutoff). Cronbach's alpha indicated an adequate internal consistency in the present sample ($\alpha = .69$; $n = 247$).

4.3.2.3.2 Relational disturbances

Relational disturbances included attachment anxiety, attachment avoidance and interpersonal conflicts. Each were coded 0 when below the clinical cutoff, and 1 when above the clinical cutoff based on the norms of each measure, yielding a total score ranging from 0 (no relational disturbances) to 3 (all indicators of relational disturbances reached clinical significance).

Adult attachment. Adult attachment was assessed with the Experience in Close Relationships Scale (ECR-12; Brennan et al., 1998; French validation: Lafontaine et al., 2015) This instrument measured two dimensions of attachment insecurity, attachment anxiety and attachment avoidance, on a 7-point scale ranging from 1 (disagree strongly) to 7 (agree strongly) on items such as "I need a lot of reassurance that I am loved by my partner" and "I don't feel comfortable opening up to romantic partners." Mean scores were computed, ranging from 1 to 7. Mean scores higher than 3.5 on attachment anxiety and higher than 2.5 on intimacy avoidance reflect a clinically significant level of attachment insecurity (i.e., clinical cutoff; Brassard et al., 2012). In the current sample,

Cronbach's alphas indicated adequate internal consistency for both the attachment avoidance subscale ($\alpha = .87$; $n = 245$) and the attachment anxiety subscale ($\alpha = .86$; $n = 246$).

Interpersonal conflicts. Interpersonal conflicts were assessed with the Inventory of Altered Self-Capacities conflict scale (IASC; Briere, 2000; French validation: Bigras & Godbout, 2020). This 9-item subscale evaluated the tendency for participants to have problems or arguments in their relationships with others and was scored on a 5-point Likert scale ranging from “never” (1) to “very often” (5). Total scores ranged from 9 to 45 and were then transformed into a T-score up to 100. T-scores above 70 reflect a clinically significant level of interpersonal conflicts (i.e., clinical cutoff). Cronbach's alpha indicated an adequate internal consistency in the present sample ($\alpha = .90$; $n = 229$).

4.3.2.3.3 Identity disturbances

Identity disturbances included dissociative symptoms, identity impairment, and susceptibility to influence. Each category was coded 0 when below the clinical cutoff, and 1 when above the clinical cutoff based on the norms of each measure yielding a total score ranging from 0 (no affective disturbances) to 3 (all indicators of identity disturbances reached clinical significance).

Dissociative symptoms. Dissociative symptoms were assessed with the Dissociation scale of the Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2; Briere, 2011; French validation: Godbout et al., 2012). This 10-item scale was used to assess dissociative symptoms (i.e., a facet linked to one's reduced self-concept) on items evaluating alterations to consciousness, perception, memory or identity in the past six months on a 4-point Likert scale ranging from “never” (0) to “often” (3). Total scores ranged from 0 to 30 and were transformed into a T-score of up to 100. T-scores above 65 reflect clinically significant dissociation levels (i.e., clinical cutoff; Briere, 2011). In the current sample, Cronbach's alpha indicated an adequate internal consistency ($\alpha = .84$; $n = 244$).

Identity impairment. Identity impairment was assessed with the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000; French validation: Bigras & Godbout, 2020). The 9-item subscale evaluated the difficulty of maintaining a coherent sense of identity and self-awareness on a 5-point Likert scale ranging from “never” (1) to “very often” (5). Total scores ranged from 9 to 45 and

were then transformed into a T-score up to 100. T-scores above 70 reflect a clinically significant level of identity impairment (i.e., clinical cutoff). Cronbach's alpha indicated an adequate internal consistency in the present sample ($\alpha = .89$; $n = 228$).

Susceptibility to influence. Susceptibility to the influence of others was measured with the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000; French validation: Bigras & Godbout, 2020). The 9-item subscale evaluated the tendency to follow others uncritically or without consideration and was scored on a 5-point Likert scale ranging from “never” (1) to “very often” (5). Total scores ranged from 9 to 45 and were then transformed into a T-score up to 100. T-scores above 70 reflect a clinically significant level of susceptibility to influence (i.e., clinical cutoff). Cronbach's alpha indicated an adequate internal consistency in the present sample ($\alpha = .88$; $n = 225$).

4.3.2.4 Revictimization within intimate relationships

Sustained physical and sexual intimate partner violence was assessed using the short-form of the Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2; Straus et al., 1996; French validation: Hébert & Parent, 2000). The 6-item physical violence subscale measured the frequency at which the intimate partner hit, kicked, slapped, threw something, or threatened the participants with a weapon over the last year. The 3-item sexual violence subscale measured the frequency at which the intimate partner used insistency, threats, or physical force to have sex with the participant once they had refused over the last year. Both subscales were scored on a 7-point Likert scale ranging from “this never happened” (0) to “more than 20 times during the past 12 months” (6). For this study, a dichotomous code (0 = absence of revictimization, 1 = presence of revictimization) was created for each subscale, as participants who reported having experienced at least one event of intimate partner sexual or physical violence in the past year were classified as being revictimized, as per the authors' recommendations (Straus et al., 1996). Participants who reported “not in the past year, but it did happen before” (7) were also classified as being revictimized (1).

4.3.3 Statistical analyses

Descriptive and correlation analyses were conducted using SPSS 28 to examine the distribution of the sample and the associations between all study variables. Variables were dichotomized at their standardized clinical cutoffs, then summed by variable group (i.e., affective-, relational-, or identity-related) based on a statistical and theoretical basis. This method, based on Bigras et al. (2017), overcomes the disproportionate number of individuals with comorbid and overlapping difficulties in a clinical sample (Rutter, 1997), while providing the identification of individuals who are particularly at risk because they possess several vulnerability factors (Farrington & Loeber, 2000; Iselin et al., 2013).

To test the hypothesized integrative model of indirect effects, path analyses were tested using *Mplus*, version 8.4 (Muthén & Muthén, 1998–2017). This software accounted for missing data with Full Information Maximum Likelihood (FIML) and Monte Carlo Integration, which uses randomly generated integration points. The Maximum Likelihood (MLR) estimator, using robust to non-normality and non-independence of observations, was used to obtain odds ratios (*ORs*; i.e., logistic regression with logit function), and the Maximum Likelihood (ML) estimator was used to accomplish bootstrapping analyses using *Mplus* (Muthén & Muthén, 1998–2017). Examination of the indirect effects of affective, relational, and identity disturbances (i.e., the product of the path coefficients from 1) cumulative interpersonal trauma to each self-capacity deficit, being affective, relational, and identity disturbances, and 2) from each self-capacity deficit to revictimization within intimate relationships) was performed using the *Mplus* model indirect command (Muthén & Muthén, 1998–2017). This bias-corrected method, based on the distribution of the product of coefficients, generates confidence intervals for the true value of coefficients for indirect effects (MacKinnon et al., 2004). A bootstrap confidence interval of 95% on 10,000 samples was used to verify the significance of indirect effects: confidence intervals that do not include zero indicate a significant indirect effect (MacKinnon et al., 2007; MacKinnon & Fairchild, 2009).

4.5 Results

4.5.1 Descriptive statistics and correlations

The main results of descriptive statistics (i.e., mean value, standard deviation) and Pearson bivariate correlations are summarized in Table 2. Additional descriptive results are presented in the current sections.

4.5.1.1 Cumulative childhood interpersonal trauma

Participants reported an average of 3.18 ($SD = 1.81$, range 0–7) in terms of different forms of childhood interpersonal trauma; 3.2% ($n = 8$) reported having experienced the seven different forms of interpersonal trauma measured in the current study (i.e., physical and psychological abuse, physical and psychological neglect, witness of physical and psychological intimate partner violence, and peer bullying) in addition to CSA.

4.5.1.2 Self-capacities disturbances

In the present sample, 17.8% ($n = 44$) of participants reported a clinical level of depressive symptoms, 54.3% ($n = 134$) reported a clinical level of affect dysregulation, and 36.0% ($n = 89$) reported a clinical level of tension-reduction activities. In total, 12.1% ($n = 30$) of participants reached the clinical threshold on each of the three indicators of affective disturbances. As for relational disturbances, 51.8% ($n = 128$) of participants reported a clinical level of intimacy avoidance, 70.4% ($n = 174$) of participants reported a clinical level of attachment anxiety, and 40.9% ($n = 101$) of participants reported a clinical level of interpersonal conflicts. In total, 18.6% ($n = 46$) of participants reached the clinical threshold on each of the three indicators of relational disturbances. As for identity disturbances, 23.5% ($n = 58$) of participants reported a clinical level of dissociative symptoms, 48.6% ($n = 120$) of participants reported a clinical level of identity impairment, and 36.0% ($n = 89$) of participants reported a clinical level of susceptibility to influence. In total, 13.0% ($n = 32$) of participants reached the clinical threshold on each of the three indicators of identity disturbances.

4.5.1.3 Revictimization within intimate relationships

Among participants, 21.9% ($n = 54$) reported having experienced physical intimate partner revictimization and 18.2% ($n = 45$) reported sexual intimate partner revictimization, indicating that approximately one in five women survivors of CSA had experienced revictimization within intimate relationships in our sample. Among those who reported revictimization, 7.7% ($n = 19$) reported having experienced both physical and sexual intimate partner revictimization.

4.5.1.4 Correlations

Pearson bivariate correlations are presented in Table 2. Statistically significant positive correlations were found between all variables as hypothesized. There were no statistically significant correlations between age, level of education, individual annual income, and both physical and sexual intimate partner revictimization.

4.5.2 Integrative path analysis model

First, the direct paths from cumulative interpersonal trauma to physical revictimization within intimate relationships, $\beta = .20$, $SE = .09$, 95% CI [.04, .37], $p = .022$, and to sexual revictimization within intimate relationships, $\beta = .19$, $SE = .09$, 95% CI [.01, .37], $p = .042$, were found to be significant and indicated positive associations. Cumulative interpersonal trauma among women CSA survivors increased the odds of the presence of physical revictimization within intimate relationships by 23%, $OR = 1.23$, 95% CI [1.03, 1.47], and increased the odds of the presence of sexual revictimization within intimate relationships by 22%, $OR = 1.22$, 95% CI [1.01, 1.47].

Second, when the intermediate variables were added to the model, the direct paths between cumulative interpersonal trauma and physical revictimization, $\beta = .14$, $SE = .09$, 95% CI [-.03, .32], $p = .117$, and sexual revictimization, $\beta = .16$, $SE = .09$, 95% CI [-.02, .35], $p = .084$, became nonsignificant. The initial integrative model was first tested with no constraints and with all paths being tested (i.e., saturated model). As per Garson's (2014) recommendations, non-significant paths were dropped one at a time and any changes in estimates, coefficients, and model selection criteria (i.e., AIC and BIC metrics) were meticulously noted. For all tested pathways, standardized

direct, specific indirect, total indirect, and total effects were estimated (see Table 3 for the data on the removed non-significant paths).

As shown in Figure 1, the associations between cumulative interpersonal trauma and all intermediary variables (i.e., affective, relational, and identity disturbances) were statistically significant. More precisely, path analyses showed that cumulative interpersonal trauma was statistically associated with affective disturbances, $\beta = .28$, $SE = .06$, 95% CI [.17, .40], $p < .001$, relational disturbances, $\beta = .20$, $SE = .06$, 95% CI [.09, .31], $p < .001$, and identity disturbances, $\beta = .13$, $SE = .06$, 95% CI [.00, .26], $p = .044$. In turn, affective disturbances were associated with increased intimate partner physical revictimization, $\beta = .22$, $SE = .08$, 95% CI [.07, .38], $p = .006$. Affective disturbances increased the odds of the presence of physical revictimization within intimate relationships by 48.8%, $OR = 1.49$, 95% CI [1.12, 1.98]. Similarly, relational disturbances were statistically associated with intimate partner sexual revictimization, $\beta = .24$, $SE = .10$, 95% CI [.05, .43], $p = .019$, increasing the odds of the presence of sexual revictimization within intimate relationships by 62.4%, $OR = 1.62$, 95% CI [1.08, 2.28]. Identity disturbances were not significantly associated with physical, $\beta = -.13$, $SE = .11$, 95% CI [-.34, .08], $p = .217$, or sexual, $\beta = -.11$, $SE = .09$, 95% CI [-.07, .29], $p = .228$, revictimization within intimate relationships. Therefore, these paths were removed from the final model. Covariances were statistically significant between affective and relational disturbances, $\beta = .52$, $SE = .04$, 95% CI [.43, .60], $p < .001$, affective and identity disturbances, $\beta = .54$, $SE = .05$, 95% CI [.45, .63], $p < .001$, and relational and identity disturbances, $\beta = .45$, $SE = .05$, 95% CI [.36, .54], $p < .001$.

Finally, the results of path analyses showed two significant indirect associations between cumulative interpersonal trauma and revictimization within intimate relationships. The first indirect association between cumulative interpersonal trauma and physical revictimization was through affective disturbances, $\beta = .06$, $SE = .03$, 95% CI [.01, .12], $p = .020$, with significant bootstrap confidence intervals, $B = .06$, 95% CI [.02, .13], $p = .023$. The second indirect association between cumulative interpersonal trauma and sexual revictimization was through relational disturbances, $\beta = .05$, $SE = .02$, 95% CI [.00, .10], $p = .040$, with significant bootstrap confidence intervals, $B = .05$, 95% CI [.01, .11], $p = .047$.

To assess the generalizability of the mediational model across participants, age, level of education, and individual annual income were added as covariates in the model. Results from these additional analyses revealed that controlling for these demographic variables did not change the significance and strength of the associations between the study variables and were not significantly associated with physical or sexual revictimization within intimate relationships.

4.6 Discussion

The current study aimed to explore whether the association between CCIT and physical and sexual revictimization within intimate relationships can be explained by clinical levels of self-capacities disturbances among women CSA survivors consulting help services. We hypothesized that more CCIT would be associated with more self-capacities disturbances (i.e., more affective, relational, and identity disturbances), which would, in turn, be associated with an elevated risk of sexual and physical revictimization experience in the context of intimate relationships.

Our results yielded that almost one in four participants (21.9%) reported sexual revictimization, and almost one in five (18.2%) reported physical revictimization by an intimate partner. Although previous studies showed highly heterogeneous prevalence rates of revictimization within intimate relationships among CSA survivors, our revictimization prevalence is lower than the average prevalence found in Walker et al. (2019) meta-analysis of around one in two (47.7%) CSA survivors having had at least one experience of sexual revictimization in their lifetime. This discrepancy could be explained by the specific type of revictimization measured in the present study, i.e., revictimization by an intimate partner and not all types of revictimization (e.g., sexual assault by a nonintimate person, physical revictimization by an intimate partner, etc.). Previous studies generally examined sexual revictimization without specifying the perpetrator (e.g., friend, neighbor, unknown person; Messman-Moore et al., 2005, 2010). Other studies have only examined physical revictimization by an intimate partner and failed to examine sexual revictimization by an intimate partner (e.g., Brassard et al., 2020; Kennedy et al., 2017).

The results of our integrative path analysis model indicated that two self-capacities disturbances, i.e., affective and relational disturbances, acted as mechanisms partially explaining the association between CCIT and later revictimization by an intimate partner. These findings suggest that women

CSA survivors who experienced more forms of childhood interpersonal trauma (e.g., psychological abuse, physical neglect) tend to report higher levels of affective disturbances (i.e., more affect dysregulation, greater tendency to use maladaptive tension-reducing activities, clinical-level of depressive symptoms), which in turn puts them in a more vulnerable position to experience physical revictimization by an intimate partner. As such, survivors may experience more psychological distress and difficulties in regulating themselves when feeling negative or intense emotions. Thus, they may come to rely on more impulsive or dysfunctional behaviors to soothe or decrease and/or anesthetize intolerable negative feelings, like self-mutilation, substance abuse or risky sexual behaviors; this could increase their vulnerability or trigger dysfunctional violent reactions from their partner. Additionally, studies have shown that individuals tend to pair with others with similar tendencies, which may increase the likelihood of becoming involved with partners who also experience high levels of affect dysregulation and who may use violence (Dugal et al., 2021). Furthermore, survivors with clinical levels of depressive symptoms may lose hope in diffusing conflicts. They may feel hopeless toward a future without violence, which could enable a sense of powerlessness in the face of one's partner's violence. As depressive symptoms may be reflected by feelings of worthlessness and guilt, depressed survivors may feel as though they deserve their victimization. Intense negative emotions like sadness may also prevent survivors from detecting their partner's danger signals hindering their abilities to protect themselves and prevent further victimization experiences (Girard et al., 2023). Even if detecting danger signals should not be the victims' responsibility, the ability to be alert and to remove oneself from a risky situation seems to be paramount in empowering women against violence.

Moreover, results have shown that women CSA survivors who experienced more types of childhood interpersonal trauma reported higher relational disturbances (e.g., not getting along with people, worrying about being abandoned, not opening up to other people), which in turn was linked to more risk of sexual revictimization by an intimate partner. As such, survivors with high attachment anxiety may, for example, never refuse their partner's advances out of fear that they will leave them if they refuse. Survivors who have frequent interpersonal conflicts with others may perceive "explosive" couple conflicts as a progression of their usual tumultuous relationships. Additionally, survivors with high intimacy avoidance may be in an intimate relationship with a

partner who acts aggressively against them to obtain attention or intimacy, leading to demand-withdrawal patterns.

Although CCIT was related to identity disturbances, these self-capacity disturbances were not linked to the risk of revictimization by an intimate partner in our sample. However, strong positive associations were found between all three self-capacities disturbances, suggesting that identity disturbances are related to relational and affective disturbances and should be targeted to promote improved self-capacities. It is possible that affective and relational disturbances are more proximal to the risk of revictimization, but that identity disturbances among survivors can play a role in maintaining other disturbances.

4.6.1 Empirical and practical implications

The present study adds to the scientific corpus by providing data from a clinical sample of women consulting help services on their physical and sexual revictimization within their intimate relationships and by providing data on the links between CCIT and one's self-capacities.

Our findings may echo the notion of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD). The diagnosis of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) proposed by the ICD-11 in 2018 (World Health Organization, 2022) indicates that chronic interpersonal traumas sustained during one's development may lead to disturbances in self-organization: affect regulation problems, negative self-concept (i.e., identity), and relational difficulties (Cloitre et al., 2018, 2019; Cyr et al., 2021). Similarly, the current study highlights the impacts of CCIT on affect regulation, identity development, and interpersonal relationships, which may in turn act as vulnerability factors to revictimization by an intimate partner. As such, intervention practices designed to treat CPTSD can serve as a guide in treating CCIT survivors with self-capacities disturbances and in preventing revictimization. For example, the 3-phase approach to treatment model for complex trauma offers steps to help patients process and resolve their past trauma, to better understand themselves, and to develop meaningful relationships with others (Courtois & Ford, 2013). Phase 1 (Safety, Stabilization, and Engagement) aims to promote safety by identifying survivors' strengths, providing resources, and enhancing emotion identification and regulation. Phase 2 (Trauma Memory and Emotion Processing) aims to help survivors face and process past trauma and its

impacts on their emotions, beliefs, and cognitions, using psychoeducation and exposure. By providing a more coherent narrative of survivors' history, this phase promotes better self-understanding and self-compassion, as well as a higher capacity for self-determination and assertiveness by recognizing one's needs and limits. Phase 3 (Consolidating Therapeutic Gains and Application to the Present and Future) aims to apply the knowledge and skills gained throughout the treatment to survivors' daily life and the future challenges. This sequenced treatment model offers a pragmatic guidance in the treatment of CCIT targeting self-capacities disturbances.

Findings of the current study provide a conceptual model to guide intervention programs for CSA survivors or adults who report sexual and/or physical violence by an intimate partner. Results highlight the need to assess CSA along with the history of other interpersonal trauma in women who seek help. Our study showed the complex range of symptoms that can hinder trauma recovery and place survivors at risk of revictimization in their intimate relationships. Findings suggest that self-capacities disturbances, specifically affective and relational disturbances, could be key mechanisms involved in revictimization in the aftermath of CCIT. As such, practitioners should target the regulation of emotions and the reduction of depressive symptoms, as well as the capacity to develop and maintain stable and mostly harmonious relationships with others, without fear of abandonment or intimacy avoidance, using trauma-sensitive approaches. For example, Trauma-Sensitive Mindfulness-based interventions could help reduce relational disturbances (e.g., fewer difficulties in sustaining relationships and in feeling close to other people; Dumarkaite et al., 2021) and affect regulation (e.g., fewer maladaptive emotion regulation strategies; Gallegos et al., 2015). In fact, Dumarkaite et al. (2021) suggest that Trauma-Sensitive Mindfulness-based interventions may help reduce post-traumatic symptoms, as well as disturbances in self-organization symptoms of complex posttraumatic stress disorder, by increasing self-regulation capacity, which could positively impact self-concept (i.e., identity) and quality of interpersonal relationships. The authors propose that decreasing psychological arousal, increasing attentional control, and fostering acceptance of adverse feelings may help achieve these results (Dumarkaite et al., 2021).

4.6.2 Limitations and further studies

The results of this study should be appreciated in light of its limitations. First, the use of retrospective self-report measures is subject to recall biases and social desirability bias. Yet, retrospective self-reported measures have been found to be reliable in documenting victimization experiences (Newbury et al., 2018) and the fact that participants completed the questionnaires anonymously could temper these biases for all study variables. In addition, the measures used in the present study were dichotomized, making it difficult to provide a detailed picture of symptomatology. Second, the design of this study is correlational and conclusions on the direction of causality or temporal order of the associations between the variables are theory-driven. Studies with longitudinal design are needed to confirm the results. Third, although the present study considered experiences of intimate partner violence beyond the last year as revictimization (i.e., reported “not in the past year, but it did happen before”), only participants who were currently in a relationship completed the questionnaire, and further studies could use more comprehensive measures of revictimization. For example, psychological violence by an intimate partner, which is the most prevalent form of intimate partner violence (Dugal et al., 2018, 2021), may have its own mechanisms that should be explored. Additionally, the current sample was drawn from a large database, which could lead to a selection bias for this study. Finally, participants in our sample were predominantly white, Canadian-born, and employed, which is representative of our population; they also self-identified as heterosexual (75.7%; $n = 187$) which is above the average of our population of patients consulting in sex therapy. Further research should nevertheless replicate this study with diverse samples, analyzing potential specificities regarding LGBTQ+ participants and cisgender men. Notably, violence perpetrated against sexual and gender minority women (e.g., lesbian and bisexual women) is a distinct phenomenon that deserves its own empirical study, as they are significantly more likely to report any victimization, including more sustained intimate partner violence (Chen et al., 2020), and specific risk factors may be involved for this population.

4.6.3 Conclusion

In conclusion, this study supports that the repercussions of CCIT on self-capacities may increase women survivors' vulnerability to revictimization by an intimate partner. Findings offer an integrative conceptual model to better understand the underlying mechanisms involved in the aftermath of childhood trauma and revictimization in adulthood. As self-capacities can be improvable, practices and intervention programs aimed at women CSA survivors could promote women's safety in their intimate relationships by promoting healthy affect regulation strategies and enhancing their relational skills while fostering secure attachment to reduce their revictimization risk.

This study aimed to highlight that women should never be blamed for their own victimization, nor should we increase the burden of protecting women from possible revictimization. Rather, it is hoped that acknowledging CCIT and its long-term consequences on women's emotional and relational well-being might help guide well-tailored services that could contribute to the promotion of recovery and prevent subsequent victimization. The ultimate target of this research is to empower women in the prevention of violence perpetrated against them. By empowerment, we mean giving survivors the knowledge and tools that can guide them in their own healing journey and the fight against violence, as this study provides empirical data on violence perpetrated against women inside their own homes.

4.7 Tables and Figures

Table 4.1. Sociodemographic Characteristics

Characteristics	<i>n</i>	Participants (%)
Birthplace		
Canada	215	87.0
Europe	17	6.9
Central or South America	6	2.4
Asia	4	1.6
Caribbean	3	1.2
Africa	2	0.8
First language		
French	213	86.2
English	8	3.2
Spanish	11	4.5
Other (e.g., Creole, German, Arab)	12	4.9
Occupation		
Student	48	19.4
Full- or part-time worker	137	55.5
Retired	13	5.3
Currently unemployed	17	6.8
Other (e.g., stay at home, invalid)	16	6.5
Education		
Elementary school	6	2.4
High school	39	15.8
College/professional	92	37.2
Undergraduate	85	34.4
Graduate	25	10.1
Individual annual income		
CAD\$19,999 or less	84	34.0
CAD\$20,000 - CAD\$39,999	80	32.4
CAD\$40,000 - CAD\$59,999	40	16.2
CAD\$60,000 or more	38	15.4
Presence of at least one other form of interpersonal trauma		
No	17	6.9
Yes	230	93.1
Cooccurrence of other interpersonal trauma by type		
Physical abuse	122	49.4
Psychological abuse	170	68.8
Physical neglect	62	25.1
Psychological neglect	199	80.6
Exposure to physical partner violence	66	26.7
Exposure to psychological partner violence	157	63.6
Bullying	162	65.6

Table 4.2. Means, Standard Deviations, Prevalence, and Correlation Coefficients

Variable	1	2	3	4	5	6	<i>M</i>	<i>SD</i>	Prevalence (%)
1. Cumulative interpersonal trauma (0-7)	—	.28***	.20**	.13*	—	—	3.18	1.81	—
2. Affective disturbances (0-3)		—	.54***	.55***	—	—	1.08	1.05	—
3. Relational disturbances (0-3)			—	.46***	—	—	1.63	.93	—
4. Identity disturbances (0-3)				—	—	—	1.08	1.07	—
5. Sexual IPV revictimization (0-1)					—	—	—	—	21.9
6. Physical IPV revictimization (0-1)						—	—	—	18.2

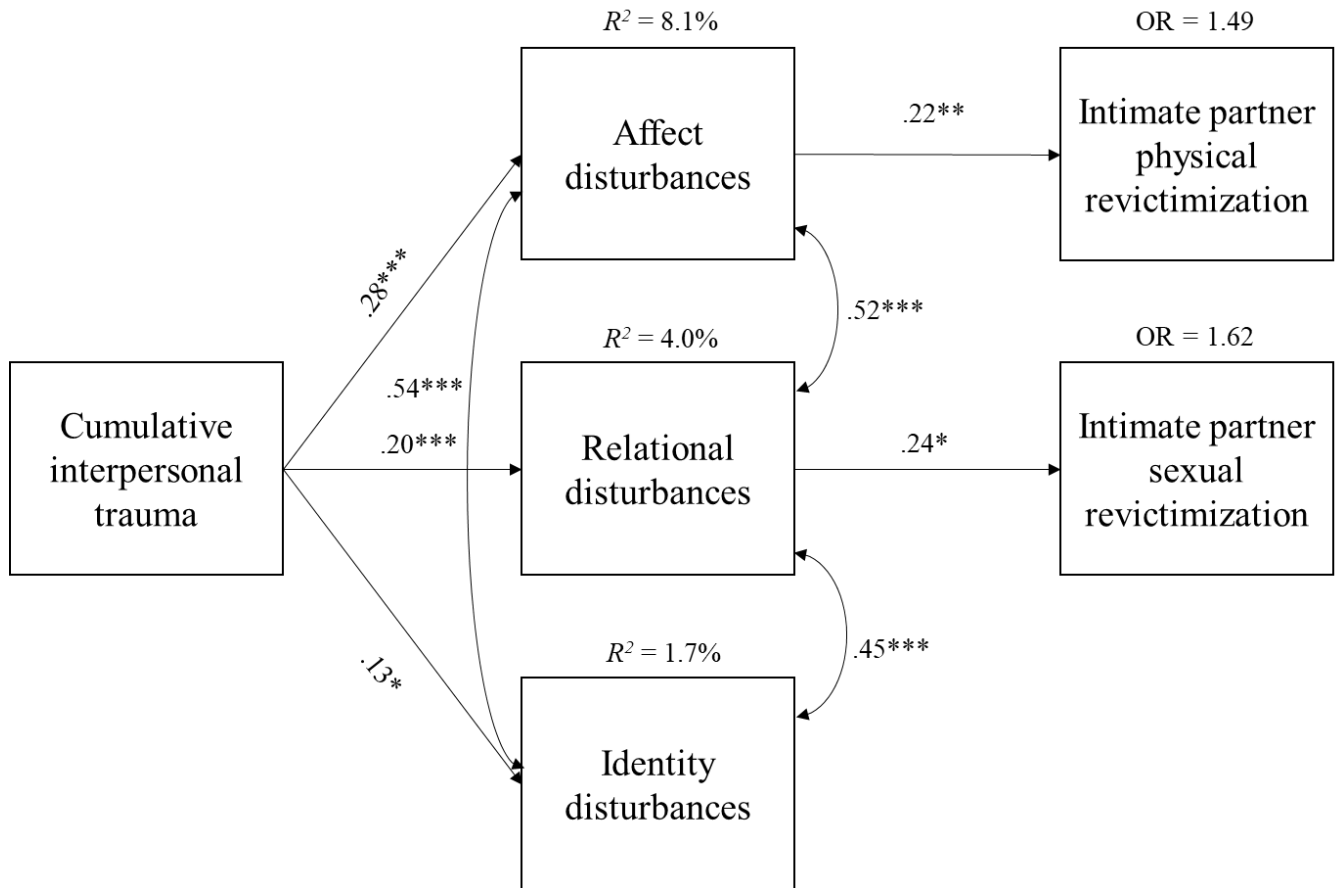
Note. IPV = intimate partner violence. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Table 4.3. Removed Non-Significant Paths from the Final Integrative Model
Removed Non-Significant Paths from the Final Integrative Model

Removed paths in order	β	<i>SE</i>	95% CI	<i>p</i>	<i>OR</i>	95% CI
1. CCIT → Physical IPV revictimization	.14	.09	-.03, .32	.117	1.16	.96, 1.40
2. CCIT → Sexual IPV revictimization	.16	.09	-.02, .35	.084	1.19	.98, 1.45
3. Affective disturbances → Sexual IPV revictimization	-.03	.12	-.26, .21	.832	.96	.57, 1.34
4. Identity disturbances → Sexual IPV revictimization	.11	.09	-.07, .29	.228	1.21	.90, 1.81
5. Identity disturbances → Physical IPV revictimization	-.13	.11	-.34, .08	.217	.79	.54, 1.17
6. Relational disturbances → Physical IPV revictimization	.06	.10	-.14, .27	.537	1.14	.77, 1.81

Note. CCIT = childhood cumulative interpersonal trauma; IPV = intimate partner violence.

Figure 4.1. Integrative Model of the Indirect Role of Affective, Relational, and Identity Disturbances in the Association Between Childhood Cumulative Interpersonal Trauma and Revictimization Within Intimate Relationships Among Women Childhood Sexual Abuse Survivors



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

4.8 Transition vers le troisième article

Les résultats des articles 1 et 2 de la thèse ont permis d'avoir un meilleur portrait des corrélats de la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes consultant des services d'aide, soit la thérapie sexuelle, à l'aide de profils sur leur historique de victimisation, ainsi que sur leurs facteurs de vulnérabilités (capacités du soi) pouvant augmenter leur risque de revictimisation. Les données quantitatives recueillies ont aussi permis d'observer des tendances générales apportant une meilleure compréhension du phénomène de la revictimisation. Toutefois, plusieurs questions restaient sans réponse, particulièrement sur l'expérience subjective de revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE. Comment les survivantes d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime trouvent un sens, perçoivent, expliquent ou comprennent leur propre vécu de victimisations ? Le survivantes mettent-elles en évidence leur fonctionnement émotionnel, relationnel ou identitaire dans leur récit quant à leurs expériences de victimisation ? De telles données sont nécessaires pour avoir une compréhension plus nuancée et contextualisée de l'expérience de ces femmes (Lindhorst et Tajima, 2008), en plus de permettre l'identification de potentiels éléments qui n'auraient pas été examinés dans la recherche quantitative (Laskey et al., 2019). En donnant une voix aux survivantes, les recherches qualitatives sur la revictimisation ajoutent une richesse aux recherches quantitatives, en plus d'offrir une vue d'ensemble de la problématique. Ainsi, la prochaine section présente un article qui vise à répondre à l'objectif de documenter les points communs dans la façon dont les femmes survivantes parlent de leurs expériences d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime. Cependant, bien que des recensions systématiques et méta-analyses d'études quantitatives aient été publiées sur le sujet (p. ex., Hébert et al., 2021; Scoglio et al., 2021; Walker et al., 2023), aucune métasynthèse des études qualitatives n'était disponible. Les données recueillies portant sur ce phénomène, essentielles, mais partielles, exigeaient d'être compilées afin de dresser un portrait plus complet de l'expérience des survivantes. En réinterprétant les résultats des recherches qualitatives sur ces thématiques dans une métasynthèse, cet article s'intéresse aux perceptions d'elles-mêmes, des autres et du monde chez les survivantes.

CHAPITRE 5

ARTICLE #3

"Like a mouse pursued by the snake": A qualitative metasynthesis on the experiences of revictimization among women survivors of childhood sexual abuse and partner violence

Marianne Girard, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Mylène Fernet, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Natacha Godbout, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Corresponding author : Natacha Godbout

This research project was funded in part by grants from the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse (CRIPCAS), The Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) (# 29051 PI: N. Godbout), and the Social Science and Humanities Research Council of Canada (#767-2019-1167) awarded to Marianne Girard.

Submitted to: Trauma, Violence, & Abuse

State: Published

5.1 Résumé

Une métasynthèse a été réalisée à partir de 15 études qualitatives publiées afin de documenter l'expérience de revictimisation par un·e partenaire intime chez les femmes survivantes d'ASE, en se basant sur la perspective des survivantes quant à leur historique de victimisations multiples (ASE et violence conjugale). Les résultats ont permis d'identifier deux grandes catégories conceptuelles : 1) *Les obstacles à l'action* : un système de croyances reflétant un sentiment d'impuissance apprise qui entrave la capacité des femmes à se protéger et à prévenir d'autres victimisations; et 2) *Une boussole interne brisée* : des distorsions cognitives brouillant les capacités d'évaluation du risque et les repères, limitant leur habileté à rompre le cycle de la revictimisation. Ces résultats soulignent la nécessité d'évaluer les distorsions cognitives et les fausses croyances rapportées par les femmes survivantes dans les pratiques d'intervention qui leur sont destinées. En ce sens, les résultats proposent également des pistes précieuses pour les praticien·ne·s. Comme la responsabilité de la violence repose toujours sur l'agresseur·e, cette étude ne doit en aucun cas être interprétée comme blâmant les femmes pour leur victimisation, mais plutôt comme une façon de donner la parole aux survivantes sur leurs propres expériences et de renforcer leur pouvoir d'agir dans la prévention de la violence faite aux femmes.

Mots-clés : agression sexuelle en enfance; violence conjugale, revictimisation; femmes survivantes de traumatismes; recherche qualitative; métasynthèse qualitative

5.2 Abstract

A metasynthesis was performed on 15 qualitative studies to document the experience of revictimization by an intimate partner among women, based on survivors' perspective on their sustained childhood sexual abuse and intimate partner violence victimization. Results identified two main conceptual categories: 1) Barriers to action: A belief system reflecting learned helplessness that hinders women's abilities to protect themselves and prevent further abuses, and 2) Broken internal compass: Cognitive elements blurring women's risk evaluation capacities and reference points limiting their ability to break the cycle of revictimization. These findings support the need to examine cognitive distortions and false beliefs in intervention practices and suggest valuable guidelines for practitioners. As the responsibility for violence always lies with the perpetrator, this study should not be interpreted as blaming women for their victimization, but instead as a way to give women a voice about their experiences and give them a sense of power in the prevention of violence.

Keywords: childhood sexual abuse; intimate partner violence, revictimization; trauma survivors; women; qualitative research; qualitative metasynthesis

5.3 Introduction

Childhood sexual abuse (CSA) is an endemic problem affecting nearly one in five girls worldwide before the age of 18 (Stoltenborgh et al., 2011). Quantitative and qualitative empirical literature recognizes CSA as an important risk factor for a variety of physical and psychological difficulties in survivors (Maniglio, 2009). An important and deleterious repercussion is the increased risk of being revictimized within the context of intimate relationships in adolescence and adulthood (Hébert et al., 2021; Herrenkohl et al., 2022), especially among women survivors (Brassard et al., 2020). Intimate partner violence revictimization (IPV revictimization), which refers to sexual, physical, or psychological victimization by an intimate partner after the CSA, constitutes an important public health problem linked to numerous consequences (Kimerling et al., 2007). However, not all female CSA survivors will experience later IPV revictimization. Thus, revictimization constitutes a serious issue that deserves to be studied to better understand the mechanisms women CSA survivors express while questioned on their trajectories and thus help survivors in breaking the cycle of violence from their own standpoint.

Although few studies have focused specifically on IPV revictimization among CSA survivors, quantitative studies demonstrated worrying prevalence rates of this phenomenon. For example, a study conducted among adolescent girls showed that CSA survivors are significantly more at risk to experience psychological, physical, and sexual violence within their intimate relationships compared to non-victims (Hébert et al., 2017). In fact, female CSA survivors were almost twice (47.7%) as likely to experience victimization in the context of an intimate relationship than non-victims (34.1%; Hébert et al. 2017). Among adult samples, a survey conducted on 16,993 individuals currently in a relationship or having recently been in a relationship revealed that CSA survivors are at least two times more at risk to experience violence within their intimate relationship than non-victims (Daigneault et al., 2009). More specifically, women CSA survivors were two times more at risk of being psychologically revictimized ($OR = 2.40$), almost three times more at risk of being physically revictimized ($OR = 2.85$), and almost five times more at risk of being sexually revictimized ($OR = 4.78$) by their intimate partner or ex-partner than non-victims (Daigneault et al., 2009). Similar rates were found in another study (Desai et al., 2002), highlighting the importance of paying particular attention to IPV revictimization among female CSA survivors. Furthermore, as victimization perpetrated by an intimate partner implies a breach of trust or a

betrayal and a potential close physical relationship (i.e., living together) that typically allows ongoing experiences of violence, IPV revictimization should be examined as a phenomenon distinct from general or sexual revictimization per se (Testa et al., 2007).

While the scientific corpus based on quantitative data demonstrated the associations between CSA and IPV revictimization in women (e.g., Herrenkohl et al., 2022), this phenomenon has yet to be fully understood. As such, qualitative research can bring to light new information and nuances regarding victimization experiences, based directly on narratives of survivors, thus offering a better and more contextualized understanding of the phenomenon (Lindhorst & Tajima, 2008). For instance, survivors could offer their own understanding of their experiences of multiple victimizations throughout their lifetime and what aspects they see as contributing factors. In fact, some qualitative studies conducted on female CSA and/or intimate partner violence survivors have hinted at the trajectories of violence that these women seem to experience (e.g., Cervantes & Sherman, 2021; Matos et al., 2015; Valdez et al., 2012). For example, some authors noted that many women survivors of IPV experienced cycles of lifelong violence victimization starting in childhood (Cervantes & Sherman, 2021). Those studies offered crucial but partial knowledge on this phenomenon. Therefore, it would be important to compile their results to provide a more complete portrait of what stands out from the narratives of these women. A synthesis of qualitative data (i.e., metasynthesis) would offer an integrative picture of this fragmented piece of literature and help identify the remaining gaps. As such, a metasynthesis of qualitative studies synthesis could identify commonalities in how women understand their experiences of childhood and adult IPV victimization experiences based on their views of themselves, of others, and of the world and translate the results obtained into a single integrative reinterpretation offering a richer and more complete understanding of the phenomenon (Erwin et al., 2011).

5.3.1 Aim of the present metasynthesis

Using qualitative data on IPV revictimization in female CSA survivors, the aims of this metasynthesis are to: 1) document how women make sense of their experiences of childhood sexual abuse and IPV revictimization based on their perceptions of themselves, others, and the world, and 2) to better understand the meanings that women survivors give to their victimization histories. This study could allow the identification of common features in the perception of one's own

victimization trajectory among women survivors. Findings will offer new insights for researchers and practitioners, that may guide prevention and intervention practices aimed at women survivors of CSA and IPV to prevent further victimization and end the cycle of violence.

5.4 Method

5.4.1 Procedure and sample

A systematic review of qualitative studies on IPV revictimization among women survivors of CSA was conducted using four databases (i.e., PsycINFO, SAGE journals online, PubMed, and Google Scholar) from February 2021 to May 2022. No year period was specified in the parameters in the search for publication (i.e., no limitation in publication release dates), but all relevant articles were published in the last 20 years (i.e., oldest study in the sample was published in 2004), respecting proposed guidelines for systematic reviews (Xiao & Watson, 2019). The research, led by the first author, was done using a combination of the following search terms: women, revictimization, childhood sexual abuse, child* sexual abuse, domestic violence, intimate partner violence, sexual abuse, re-victimization, relationship*, intimate relationships*, survivor, qualitative, and qualitative study. Found articles' reference lists were examined to identify additional potential articles. Since IPV revictimization was rarely the focus of research, or that the term "revictimization" was not always explicitly stated, articles mentioning the experience of women survivors of sexual violence or violence by an intimate partner were also examined.

Studies were included according to five criteria: 1) used a qualitative methodology incorporating semi- or unstructured interviews with verbatim excerpts; 2) written in English; 3) included women aged 18 years old or older; 4) documented the experience (i.e., insights about themselves, their experiences, others, and the world) of women CSA survivors from their own perspective (e.g., not from the perspective of their romantic partner or healthcare professionals); and 5) detailed the experiences of victimization and IPV revictimization (e.g., when, how, by whom) endured by the participants. Publications were excluded if they did not address CSA, intimate partner violence, nor revictimization. Publications were also excluded if verbatim excerpts could not be associated to a specific participant, as trajectory of abusive events was necessary in the current study (i.e., sexual victimization in childhood and IPV in adulthood). Since the current study was specifically interested in the experience of women, it was necessary that the articles treated the experience of

victimization in a gender-specific way (i.e., participants had to identify as women or be considered as such in the original study). Although this was not a criterion for inclusion, all the selected articles covered violence perpetrated within heterosexual couples.

A total of 276 potential articles were retrieved from all databases and bibliographies of screened studies. After verification, 18 duplicates were removed. A total of 258 articles were screened based on titles and abstracts, from which 234 were removed for not meeting all the criteria. Researchers identified 24 qualitative studies on IPV revictimization among women as meeting some of the criteria and were reviewed more attentively. This full-text screening led to the removal of nine articles. A final sample of 15 articles that met the inclusion criteria were analyzed. Scientific quality scores were established by an inter-judge reliability process led by two authors. For clarity, the detailed selection process is also presented in a flowchart (Figure 1). A summary of included studies (i.e., research design, sampling strategy, number and characteristics of participants, approach to data analyses, and quality scores) are presented in Table 1.

All included articles were published within the last two decades. Studies were mostly conducted in the United States ($n = 10$). Samples comprised adult women aged between 18 and 74 years old. Eleven studies only included female survivors and four studies comprised a mixed sample both male and female survivors. Eight studies were conducted with participants from diverse ethnic origins or with an exclusively non-white sample of participants. The samples of participants included between 6 and 142 women, but two studies (i.e., Bjørnholt, 2019; Posada-Abadía et al., 2021) selected only one participant for the analysis (i.e., study case). Most of the studies ($n = 10$) reported semi-structured interviews as data collection method. Varied approaches to data analysis were used, including grounded theory, phenomenology, and theoretical thematic analyses.

5.4.2 Research team

The research team made considerate efforts to be aware of their own influence on the findings by a process of reflexivity. Reflexivity refers to a general introspection of the role of one's subjectivity on the research process by questioning and acknowledging "the changes brought about in themselves as a result of the research process and how these changes have affected the research process" (Palaganas et al., 2017, p. 426). As such, researchers should be aware of their personal

(e.g., our position based on socio-economic class, gender identity, ethnicity, race, political leaning, etc.) and methodological inclinations that could influence the study conduction or the results interpretation (Palaganas et al., 2017). The first author is a woman doctoral candidate and researcher in sexology that specialises on sexual victimization and IPV among girls and women. The second author is a woman researcher in sexology and public health issues that specialises on sexual victimization issues among adolescent and adult survivors and qualitative methods through a feminist lens. The third author is a woman clinical psychologist and a researcher in sexology that has several years of clinical expertise with adult CSA survivors and specialises in relational and sexual problems among complex trauma survivors. All three authors yearn to give survivors a voice and a sense of empowerment in the prevention of violence against women and see survivors as active participants in their recovery process. Thus, the authors of this paper have a situated standpoint on the topic of this study (i.e., sexual victimization), which has oriented the research method employed and the data analysis process.

5.4.3 Data analysis

This metasynthesis was led by the first author and conducted using Noblit and Hare's (1988) 7-phases method. First, the phenomenon of study was identified, which was the experience of IPV revictimization among women CSA survivors in our current study. Second, relevant empirical publications were searched and identified by the first author (see flow chart). Third, each empirical publications were thoroughly examined to detect key metaphors, themes, concepts, and phrases, led by the first author (single-coded). This phase resembles Glaser and Strauss' (2009) open coding for grounded theory, as it involves creating codes and breaking down the texts into small elements, while also noting the wording used in each publication. Fourth, the studies were evaluated in relation to one another by synthesizing previously the detected metaphors, themes, concepts, or phrases. Fifth, the publications were translated into or compared to each other. This step indicates that researchers transposed the studies into one another to allow comparison and maintain the central concepts and how they relate to other concepts (i.e., translations). An open coding process led to codes that were then regrouped to form conceptual categories. As per Glaser and Strauss' (2009) axial coding, conceptual categories were later compared, and interactions between studies were examined. These conceptual categories were designed to be parsimonious, mutually exclusive, and ideally saturated and revised by all authors (i.e., subjected to an inter-rater reliability test).

Empirical saturation is attained when no new information is discovered with the analyses of more data (Mason, 2010). This redundancy or absence of new information signals that data collection, or the coding of conceptual categories, may cease. Sixth, translations were synthesized by comparing them and identifying their differences and similarities, as well as developing a storyline or new interpretations that could facilitate a better understanding of the phenomenon. Seventh, the synthesis was adapted for the targeted audience in the form of an article appropriate for researchers and practitioners. NVivo 11 software (QSR International Pty Ltd.) was used to support the qualitative analyses. For further information on these phases, see Noblit & Hare (1988) and France et al. (2014).

5.5 Results

The current metasynthesis yielded two main conceptual categories, each with sub-categories. Conceptual categories, sub-categories and the studies associated to each of them are presented in Table 2 and described in the following section.

5.5.1 Barriers to action: A belief system reflecting learned helplessness that hinders women's abilities to protect themselves and prevent further abuses

Through the analysis of the studies, CSA survivors that have been revictimized within the context of intimate relationships expressed many false beliefs about themselves, about interpersonal relationships, and about the world around them that have been developed through multiple experiences of victimization and crystallized over time. Survivors reported endorsed beliefs that suggest little hope in a future free from violence for them, which may act as a barrier to taking action and protecting themselves from further victimization. These endorsed beliefs included myths such as:

- that they are weak and powerless against violence and abuse perpetrated towards them;
- that violence and abuse is a normal and expected part of one's daily and romantic life;
- that one should tolerate violence and abuse without regard to oneself;
- that victimization experiences mark one's identity and become part of who they are as a person;
- that they are not worth of a life without violence and abuse;

- and that they are responsible for the violence and abuse endured.

5.5.1.1 *I am a captive* - The belief that I am powerless against violence and abuse

Results of reviewed studies showed that participants ($n = 4$) across three studies expressed that they felt trapped, powerless against the violence and abuse they endured, and without any way out of the abusive situation. In Ben-Amitay and colleagues' (2015) study, multiple survivors mentioned the feeling of being in "captivity" at the hands of their abusers. For example, one participant described being captive by the abusive men in her life, her unfortunate circumstances and even herself, a situation that she believed to be unchangeable and having no control over:

"It is also being the captive of the circumstances and of my father and being a captive of myself and of my internal captors... it is as if there are loads of heavy chains that bind me, that don't let me be myself... trapped in the past, there is no here and now, it relates to revictimization. [...] When you are a captive, you are not alive, you are imprisoned; you are closed inside some room or cell. I don't know, whatever will be... when the outside is full of other life... For all these reasons, all types of captivity, can't put a foot outside." (Michal cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 922)

Similarly, another participant declared: *"That's not the problem; [the problem] is the internal captivity"* (Alma cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 921), implying that she is her own captive in the abusive relationship, as she did not want nor felt able to disclose the abuse to the police. In Basile's (2008) study, another participant talked about how she felt trapped as she "froze" and was not able to defend herself during a violent episode she endured: *"It's like I think of myself as the little field mouse, being pursued by the snake, and you're just within striking distance, you're just frozen, [you] just sit there and stare, you can't do anything, you can't move"* (unnamed participant cited in Basile, 2008, p. 38).

5.5.1.2 *I expect violence* - The belief that violence and abuse are the norm

Across five studies, survivors ($n = 5$) expressed the belief that violence is "normal" in their lives and in their intimate relationships, reflecting a passive acceptance of the abusive context in which they find themselves: *"I accepted the situation [ongoing abuse by her partner] as normal. It didn't seem OK to me, but it seemed to me... I didn't really think about it..."* (Alma cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 921). Many survivors across studies also stated to be expecting violence and abuse from their intimate partners, as if violence perpetrated against them is anticipated or predictable: *"I expected physical violence, I expected emotional violence. You*

know, when you grow up, you think that's normal. So, I expected those things" (Jessie cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017, p. 936). This sentiment was shared by one participant in another study: *"So that's why I didn't just up and leave and walk away...because I was familiar [from childhood sexual abuse] with that pain, of just staying there and allowing someone to treat me the way they wanted to treat me"* (Terry cited in Seng et al., 2004, p. 611). Those excerpts seem to indicate that survivors find solace in the familiar, which is violence and abuse.

5.5.1.3 *I compromise myself* - The belief that I should tolerate violence and abuse without regard to myself

Across seven of our examined studies, survivors ($n = 9$) voiced their belief that they 'must' tolerate the violence and abuse perpetrated against them; survivors often evoked that their safety or protection is not a priority for them: *"I did everything he asked me to and tolerated so much, but compromised myself"* (Hanna cited in Træen & Sørensen, 2008, p. 384). The belief that they should tolerate the abuse without any regard to their own well-being appears to stem from various myths, such as they should be content with the relationship they have with their current abusive partner because the latter is less abusive than they could be or the partner before them: *"As long as he wasn't hitting me, that was the threshold for me. If he wasn't hitting me, then that was a good marriage. Isn't that bad?"* (Jessie cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017, p. 936). Another similar case can be observed in Liendo's (2011) study, when this survivor said: *"I am with him because he does not beat me up like your father, [referring to her first abusive partner] that is why I am with him. But, well I am tired that he insults me..."* (unnamed participant cited in Liendo et al., 2011, p. 212). An additional myth that seems to induce or cement the belief that one should tolerate violence and abuse appears to be judging that one's own well-being is not a priority. For example, survivors across five studies ($n = 5$) revealed that the choices they make are not always the best for themselves but still make them even if they know it could be detrimental for them, suggesting indifference or devaluation of their comfort at the expense of the needs or wants of others: *"I would stay [in relationships] because I wanted to please them [men]"* (unnamed participant, Roller et al., 2009, p. 57). This other participant from Træen and Sørensen's (2008) study also demonstrated this line of thoughts:

"He [her doctor] made me realise that you are the one who decides over your own body; and you should try to feel good. You aren't supposed to just take what is thrown

at you. You have to state your needs and you can't let yourself be abused like that.”
(Jean cited Træen & Sørensen, 2008, p. 385).

5.5.1.4 *I can't clean it off* - The belief that violence and abuse define me

Analysis revealed that survivors ($n = 8$) across five studies reported believing they are defined, even tainted, by their experiences of victimization. In fact, survivors expressed the belief that these violent experiences are an integral part of them, of their identity, and determine who they are as an individual and the lives they will lead. As such, IPV revictimization survivors may believe that the multiple victimization experiences are defining for one's identity. Several survivors evoked the feeling of being forever “contaminated” by the violence perpetrated against them: *“I feel as though I am walking and there is this weight behind me that I can't... not a weight, but a stain that I cannot clean off. Kind of like a mark of Cain”* (Smadar cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 926). The belief of being “damaged” or “soiled” by the victimization experiences, the belief that one's body no longer belongs to them, and the belief that the abuses have propelled one in a tumultuous and violence filled life trajectory appear endorsed by many women ($n = 5$) through numerous studies. For example, one survivor mentioned believing that an *“internal rapist was sown within me”* (Alma cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 922), such that the abuses are being perceived as inseparable from oneself. With this quote, the survivor tried to explain how confusing it was for her to understand herself and her behavior with the abuser, as she may feel as if she failed to escape the abuses, or even that she sought abusive men unconsciously, something part of her that she could not truly understand.

Another participant believes the CSA is the reason her whole life is difficult and violence-filled: *“I feel that this [CSA] is why I am leading the life that I'm living”* (unnamed participant cited in Liendo et al., 2011, p. 211). Some women who have been revictimized by an intimate partner also felt that the violence perpetrated against them dispossessed them of their body and their identity by taking an important part of who they are: *“When you've been beaten in several relationships, in addition to other things oppressing you, you lose part of yourself”* (Hanna cited in Træen & Sørensen, 2008, p. 385).

5.5.1.5 *I am worth nothing*- The belief that I am empty or do not have value

Survivors ($n = 6$) in four different studies expressed believing that they feel as though they have no personal value or that they are “empty”. Indeed, some survivors suggested an inner void: “*There’s always that void and you try to fill it up with something*” (Bella cited in Kerlin & Sosin, 2017, p. 200). Other survivors also evoked self-hatred: “*I didn’t like myself, so it was very hard for me to value myself for who I was... [...] I thought that people only liked me because they wanted to sleep with me*” (Consuelo cited in Ligiéro et al. 2009, p. 76). These excerpts may denote a belief that they are not worth “saving” from the violence perpetrated against them, that their existence is futile for them, as this woman explained: “*I felt my life was worth so little if I did not get along with him that he might as well... I was willing to take the risk that he could kill me*” (Helga cited in Bjørnholt, 2019, p. 101). The perception of having no personal worth can be so pervasive that a survivor even expressed having only value for her abuser:

“My worth is measured by his gaze; how he [abusive man] sees me... I am worth nothing if they’re not looking at me. [...] My existence, I have no existence, only when I am with him. [...] His gaze confirms my value, meaning that I exist.” (Naomi cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 920)

5.5.1.6 *It’s all my fault* - The belief that I am responsible for the endured violence and abuse

Many participants ($n = 3$) across three distinct studies expressed feeling responsible for the violence committed against them and the consequences that resulted from it: “*I felt that I ruined everything [by filing a complaint to the police against her ex-boyfriend... [...] Sometimes, I felt that it was my fault]*” (Britney cited in Guyon et al., 2019, p. 14). Several excerpts bear witness to the feeling of guilt about the violence they experienced, sometimes even accusing themselves of provoking the perpetrator, for example:

“I am saying that there is a meeting here with the perverted, even not the very perverted, but borderline. Here, the perverted meets the victim and they notice each other. I even used to do things to make them start with me.” (Naomi cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 925).

Similarly, another participant felt that the CSA was her fault because she was a bad person, which would also explain the subsequent abusive experiences in her life: “*I thought it [the sexual abuse] was my fault, that I was a bad person...* ” (Consuelo cited in Ligiéro et al. 2009, p. 74).

5.5.2 Broken internal compass: Cognitive elements blurring women's risk evaluation capacities and reference points limiting the ability to break the cycle of revictimization

Across studies, the accounts of women survivors of CSA and IPV revictimization suggest that several cognitive elements could hinder their capacities of detection of dangerous or risky situations, skew their evaluation of the trustworthiness of others, and alternate their reference points in life. These cognitive elements are summed up as the failure in recognizing violence or in listening to danger signals, the biased appraisal others' intention due to the need to be loved or by being constantly on guard in front of others and losing one's reference points in different aspects of one's life.

5.5.2.1 *Past the red light* - Unrecognition of abuse or non-listening to danger signals

Across three studies, many survivors ($n = 4$) expressed the impression of not having a functional internal "alarm" indicating when a situation is risky or dangerous. This cognitive element could hinder their capacity to recognize a violent experience or decrease their tendency to listen to their intuition in situations where they feel uncomfortable or threatened as they believe it to be faulty:

"I think that I didn't know where to set my boundaries and I didn't know that they were overstepping my boundaries... I think that when my red lights began to flash, it was already past the red light stage, and the device was already broken." (Alma cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 923).

Moreover, many survivors find it difficult to establish adequate boundaries as they believed their instincts are unreliable because of the cumulative abuses. The "alarm" signal can also be hampered by avoidance strategies such as substance abuse as it may impede awareness: *"I've never really thought about how violent our relationship is until now; I've never really been sober enough to think about it I guess"* (unnamed participant cited in Hlavka et al., 2007, p. 910). Several survivors across studies also addressed the shock they experienced after the violent incident when they realized they have been victimized, as if they didn't trust their internal "alarm" signal: *"The shock comes afterwards. No, while it is happening, I argue with myself. The voice of the urge and the need and the desire to break through these boundaries is much stronger than the voice of alarm..."* (Sharon cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 924).

5.5.2.2 Whom to trust - Skewed appraisal of others' intentions

Across many studies, survivors reported having difficulties with their appraisal of others' trustworthiness, especially with a potential partner within the context of intimate relationships. Some women expressed that they repeatedly mistook the intentions of the men in their life, either by a tendency to trust them easily to fill a need to receive love and affection or by a tendency to not trust others due to the accumulation of negative or abusive relationship experiences they have.

5.5.2.2.1 Blind trust of others

Across six studies, several survivors ($n = 7$) described being quick to trust a potential intimate partner or misguided in their appraisal of an intimate partner's intentions (i.e., what would be expected in the relationship) and behaviors towards them by their need to be loved, their need for attention, connexion, and affection they seek to fill. For example, one woman said: *"I looked for someone to take care of me, but they would take advantage of and control me."* (Martina cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017, p 936). Another survivor added: *"I had no self-respect, but I think I was searching for love. Maybe what I could not get at home. But the more I searched, the more they wanted to exploit me"* (Jean cited in Træen & Sørensen, 2008, p. 385). One participant expressed: *"I longed for love and intimacy, which I'd never found in my previous relationships because of all the violence"* (Hanna cited in Træen & Sørensen, 2008, p. 385). Survivors across studies expressed a complete trust in their intimate partner before the latter "betrays" them or before realizing that they are experiencing abuse at their hands. Other women extrapolated their sentiment that their constant need to be loved puts them at particular risk for tumultuous relationships or even being targeted by ill-intentioned intimate partners who will exploit them, as this survivor testifies:

"And that made me a rather easy prey, as someone who was already... seeking attention and contact. [...] And that became a truth. It was the way I felt: wow; how I needed closeness and attention, and to be taken care of and to belong to something, so I was an easy target for... him [aggressive boy in her class]." (Helga cited in Bjørnholt, 2019, p. 96)

5.5.2.2.2 Distrust of others

Across three studies, multiple survivors ($n = 3$) discussed their history of abusive or unsupportive relationships that resulted in their difficulty in trusting others. One participant

described being generally on guard in her interpersonal relationships as a response to the abuse she suffered and her CSA disclosure that was not believed: “[*My relationships*] have been negative—whether they have been friendships or intimate relationships. I never really had that trust. You know, I was 8 when I was molested and nobody believed me, and so I didn’t feel like people were trustworthy...” (Anna cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017, p. 936). Similarly, another participant shared her lack of trust towards her friends and the lack of support they gave her when she wanted to divorce her abusive husband: “*I think a lot of people, like some friends, who were around me then [were not helpful]. I felt I could not trust them*” (Consuelo cited in Ligiéro et al. 2009, p. 76). One more participant explained how her negative view of others as part of the reason she might tolerate abuse by her intimate partner: “*I just choose to work it out with him [implying her partner] than go through this all over again with someone new... I don’t trust nobody else*” (participant 14 cited in Valdez et al., 2013, p. 137).

5.5.2.3 Without direction - Loss of reference points in different aspects of life

In two studies, survivors ($n = 2$) indicated that they feel as if they have lost their reference points in different aspects of their life. For example, a woman mentioned feeling as if her world is falling apart when she experienced a threatening episode with her husband, as she linked this experience to her past sexual assault: “[*I am*] without direction, without knowledge. My world had collapsed.” (Ahuva cited in Ben-Amitay et al., 2015, p. 920), excerpt that can also evoke the sentiment of not having a way out through all the violence that surrounds her. Another survivor discussed a more specific impact that the CSA had on her view of sexuality, as if she should not listen to her own judgment about her sex life: “*The [molestation] had a definite impact on how I look at sex... I just have to put it out of my mind because I know that it has warped my thinking*” (unnamed participant cited in Basile, 2008, p. 38). These two narratives expose that victimization experiences can profoundly affect the understanding of reality among survivors. These quotes may reveal how survivors of multiple experiences of abuse can think that their perceptions are biased about everyday elements (e.g., sexuality). A sort of disorganization may be present, which can lead survivors to doubt every decision, to want to be taken by the hand for simple tasks that seem like a mountain to tackle and may need more support to adequately function in their day-to-day life.

5.6 Discussion

The present metasynthesis had the objective to identify commonalities in how women find meanings in their experiences of CSA and in intimate relationships based on their views of themselves, others, and the world into a single integrative portrait of the phenomenon. The present study provided an integrative synthesis and reinterpretation of fragmented piece of qualitative data on IPV revictimization that offers a richer and more complete understanding of the phenomenon whilst identifying the remaining gaps in literature. As such, current findings shed light on beliefs and cognitive elements that CSA survivors revictimized within the context of intimate relationships may express about their experiences. The crystallization of such thoughts throughout the many experiences of victimization can reduce survivors' senses of empowerment and hope for a future free of violence. Indeed, such thoughts can act as a barrier to taking action and protecting oneself against further violence, by reducing survivors' feeling of personal efficiency, self-esteem, sense of a reachable goal, and overall resilience capacities (Bogar & Hulse-Killacky, 2006; Breno & Galupo, 2007). Results highlighted the survivors' acceptance of some rape myths that may alter their view of themselves, of intimate relationships, and of the world and may interfere with their healing. Beyond behavioral risk factors that are often examined in quantitative studies about sexual revictimization (e.g., risky sexual behaviors; Messman-Moore et al., 2010), our study put forward cognitive elements in survivors that could act as precursors of behaviors specifically in the context of intimate relationships.

Results of the current metasynthesis are reminiscent of the conceptual model of Finkelhor and Browne's traumagenic dynamics (1985). This theoretical model, which details the specific consequences of CSA on the survivor, states that the survivor can experience a variety of repercussions according to four traumagenic dynamics: betrayal, powerlessness, traumatic sexualization, and stigmatization. Each of these dynamics represents a typical profile of impacts on the survivor. This conceptual model seems all the more relevant, as many survivors in the current metasynthesis expressed similar elements. Indeed, a sense of powerlessness was evoked several times by the participants, which coincides with the powerlessness dynamic that can emerge when one sees his or her will, desires, and sense of personal effectiveness continually undermined during the experience of CSA. Furthermore, participants often brought up themes related to shame, self-blame, and a sense of being damaged by the abuse, elements reminiscent of the stigmatization dynamic that can emerge when one blames themselves for CSA. Other

participants mentioned a sense of betrayal of their trust and an altered view of sexuality in response to traumatic memories, elements that remind respectively the dynamics of betrayal and traumatic sexualization.

Moreover, many elements evoked by survivors are also found in Noll and Grych's (2011) Read-React-Respond theory of sexual revictimization. This conceptual framework incorporates several CSA repercussions that can increase the risk of being sexually revictimized in survivors, such as an inability to appropriately assess the risk level of a situation that can lead to an avoidance or non-assertive response rather than a defensive response in the context of violence, as mentioned numerous times by the survivors in the current study. Thus, this conceptual framework theorized that some CSA survivors may present some characteristics that may put them more at risk of being revictimized within the context of intimate relationships, like a difficulty in detecting "red flags" and violent or risky situations and the tendency to not prioritizing their own safety (Noll & Grych, 2011), two core elements also reported by the participants part of this project.

Additionally, the conceptual categories identified in this metasynthesis strongly echoes the Self-Trauma Model (Briere, 2002), and the notion of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD). The self-trauma model suggests that childhood interpersonal trauma like CSA impedes or hinders a child's optimal development, leading to disturbances or deficits in the three key aspects or self-capacities: emotional regulation, identity development and relatedness to others (Briere, 2002). Those self-capacities represent the areas affected in the diagnosis of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) proposed by the ICD-11 in 2018 (Cloitre et al., 2018; World Health Organization, 2022), which describes the complex spectrum of symptoms experienced by survivors of chronic trauma. The words of survivors presented in the current study showed the impact of multiple victimizations on their identity (e.g., poor self-esteem or self-worth), affect regulation (e.g., poor detection of danger signals) and interpersonal relationships (e.g., lack of trust in others, love-seeking).

Furthermore, it is interesting to note that many survivors involved in the current study referred to an erroneous and mostly negative view of themselves, along with a fundamental need to be loved, which can lead them to misjudge the intentions or the trustiness of the people around them, notably their intimate partners. Both the way one can see oneself and see others are center

elements of attachment theory (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987). Indeed, adult attachment theory, based on the work of Bowlby (1969), stipulates that an infant relational experiences with their attachment figures, often parents, forge the development of an attachment system guiding the relational functioning in adulthood. As such, abuse survivors, like CSA survivors, may develop an insecure attachment pattern that could later affect their intimate relationships. Such insecurity may present itself as abandonment concerns, marked by a vision of oneself as being inferior to others, a tendency to "sacrifice" oneself for the maintenance of interpersonal relationships, a deep-rooted fear of being abandoned or rejected by one's partner, and a great desire for emotional closeness leading to less discrimination in the choice of intimate partners (Mikulincer & Shaver, 2018). Among samples of women, associations have been demonstrated between CSA experience, abandonment concerns, and IPV revictimization (Zerubavel et al., 2018). The present study illustrates this phenomenon using the perspective of women survivors of their own relational experiences.

5.6.1 Empirical and Intervention Implications

Many implications emerge from this research. Firstly, our findings provide a better understanding of the phenomenon of IPV revictimization among women survivors of CSA from their own perspective, highlighting the erroneous beliefs that survivors may endorse as a result of their multiple abuse experiences. Such discouraging beliefs may impair survivors' ability and motivation to take action against the violence they sustain. These findings add to the empirical body of research on long-term CSA repercussions by overcoming certain limitations. Indeed, a large proportion of studies on revictimization among female CSA survivors have focused on sexual revictimization experienced outside of an intimate or couple relationship (Classen et al., 2005). However, violence suffered in the context of an intimate relationship among women, especially CSA survivors, is a widespread phenomenon that includes several other forms (e.g., physical, psychological), thus deserves sustained research attention.

Secondly, our findings offer an empirical basis to guide prevention and intervention practices aimed at female CSA and IPV survivors and violence. More specifically, the current results support the need to emphasize the deconstruction of false beliefs and cognitive distortions in intervention programs destined to female survivors in order to potentially reduce the risk of IPV revictimization and increase their chances of breaking the cycle of violence. As such, it would

be beneficial to offer treatments tailored to survivors of multiple or complex trauma, such as trauma-focused cognitive behavioral therapy (e.g., Brillon, 2017; Resick et al., 2016). Such treatment promotes the reduction of negative effects of trauma on one's life by challenging and modifying unhelpful beliefs related to trauma (e.g., self-blaming thoughts).

Finally, our findings also highlight the importance of consent education, with emphasis on basic human rights, and healthy and equal functioning within intimate relationships among female CSA survivors. For example, the Enhanced, Assess, Acknowledge, Act (EAAA) Sexual Assault Resistance Program (Senn et al., 2021) provides tools to empower women, such as ways to better recognize danger signals in risky situations, to overcome personal barriers to prioritize their own safety and well-being, and to develop effective strategies to set personal boundaries. Such programs could promote women's sense of self-efficacy and empowerment at having more control in their intimate relationships. Thus, prevention and intervention practices should be adapted to the specific needs and vulnerabilities of these women and target the beliefs and cognitions endorsed by them that may interfere with their recovery and action taking.

5.6.2 Limitations, strengths, and future studies

The present metasynthesis has both limitations and strengths that must be considered. First, the samples within the included studies have many similar characteristics. Indeed, most of the participants were cisgendered young or middle-aged women (i.e., between the ages of 18 and 55 years old), self-identified as heterosexual or currently in an intimate relationship with a man, and living in the United States. The homogeneity of the participants between studies does not allow to observe the intersections of individual, interpersonal, and systemic oppressions that women of cultural, sexual, and gender diversity can experience. Future qualitative studies should examine IPV revictimization among samples of female CSA survivors derived from more diverse backgrounds. For example, those studies could further explore the experiences and perspectives of sexual minority women (e.g., lesbians and bisexual women) and non-binary individuals, who are particularly at risk of having been victimized in their childhood and revictimized in adulthood (López & Yeater, 2021). Future studies could also focus on the experience of IPV revictimization among men CSA survivors, a distinct population that presents specificities that needs to be better understood to guide well-tailored practices (Guyon et al., 2020). However, to our knowledge, no study has focused on the perception of lived experience

of IPV revictimization in multiple female CSA survivors across studies as was done in the current metasynthesis. This innovative method constitutes the first step towards the establishment of future studies pertaining to this phenomenon and establish a solid foundation to lead future projects.

Second, it seems important to note that most of the samples used in the present study were limited to women who had sought help services (e.g., centers specializing in domestic or sexual violence) or who had disclosed their experience of CSA, which is not the case for all survivors. As a matter of fact, a study demonstrated that approximately one adult CSA survivor out of five had never disclosed the abuse before the study (Hébert et al., 2009). Thus, current findings should not be generalized to all female CSA survivors. In addition, as only studies conducting narrative, non-directed, or semi-directed interviews were found and included in the metasynthesis, future studies could benefit from using innovative data collection methods, such as qualitative anonymous surveys, to triangulate the data. Nevertheless, the use of several samples from various studies for the present metasynthesis constitutes a strength.

Third, data saturation (i.e., when no new information is discovered when analyzing more data; Mason, 2010) could not be achieved for all conceptual categories, as this metasynthesis relied on topics covered in published studies. Since we only found a total of 15 articles that met our criteria, some subcategories did not attain empirical saturation, namely subcategory 2.3 (*Without direction* - Loss of reference points in different aspects of life). As such, the present study offers a possible avenue to guide future studies, such as examining elements related to the loss of "grounding" to guide one's life among women survivors of CSA and IPV revictimization. Future research could include diverse literature such as unpublished theses and dissertations to have a broader corpus of studies.

Finally, a metasynthesis integrates both the points of view of the researchers who conducted the original studies and those of the researchers who carried out the present analysis. Thus, the personal characteristics of the researchers (e.g., age, gender, social status, professional, and personal background) may have influenced the conceptualization of the study and the data analysis. Indeed, this article is situated in a feminist point of view that sought to empower female CSA survivors whilst giving them a voice to speak up about their own experiences and

perspectives. As such, the present metasynthesis may not offer a complete and definitive view of the phenomenon of IPV revictimization.

5.7 Conclusion

In conclusion, revictimization within intimate relationships among female CSA survivors is accompanied by a set of beliefs that can undermine the feeling of hope and thus increase their vulnerability to other victimization experiences by an intimate partner. This metasynthesis highlights the importance of exploring cognitive distortions and endorsed false beliefs on identity, relationships, and the world among women survivors of CSA and violence in the context of intimate relationships. Findings highlight the importance of providing IPV revictimization survivors violence prevention tools, including improved risk evaluation capacities, and to deconstruct the feeling of helplessness to help them break the cycle of violence.

It is important to emphasize that results of this study should not be interpreted as blaming women for their victimization nor increasing their burden of protecting themselves from IPV revictimization. The responsibility for violence lies with the perpetrator. Rather, it is hoped that acknowledging CSA and its long-term consequences on women's relational well-being might help to better understand revictimization and prevent subsequent victimization. This metasynthesis is intended as an opportunity to give women a voice about their experiences of sustained violence and to offer avenues in order to give them the power to act in the prevention of subsequent victimization.

5.8 Tables and Figures

Table 5.1. Studies Included in Metasynthesis

#	Authors	Year	Research design	Sampling strategy	Qualitative sample	Approach to data analysis	Quality score
1	Basile	2008	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants had to have reported at least one incident of unwanted sex in their intimate relationships.	<i>N</i> = 41 women ; 71% white; 21 to 74 years old (<i>m</i> = 43); living in the United States	Not mentioned	72.5%
2	Ben-Amitay et al.	2015	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants were required to have experienced at least two physical sexual abuse events.	<i>N</i> = 9 women ; born in Israel; 31 to 70 years old	Phenomenological-hermeneutic	85%
3	Bjørnholt	2019	Qualitative: Semi-structured Interviews	Criterion sampling: Participants had to have experienced IPV. One interview was selected for in-depth analysis.	<i>N</i> = 28 women (76% of sample); Norway Case study: 46-year-old woman	Theoretical thematic analysis	60%
4	Cervantes & Sherman	2021	Qualitative: Open-ended interview	Criterion subsampling: Participants had to have experience any victimization.	<i>N</i> = 24 women ; (73% of the sample); 67% white; United States	Grounded theory	85%

5	Guyon et al.	2019	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants were required to be aged between 14 and 25 years old, heterosexual-identified, have been involved in at least one romantic relationship, and had experienced CSA.	<i>N</i> = 19 women ; heterosexual; 18 to 25 years old (<i>m</i> = 20); living in Canada	Content analysis	85%
6	Hlavka et al.	2007	Qualitative: Semi-structured interviews	Convenience sampling: Participants were recruited in the Hennepin County Adult Detention Center in Minnesota.	<i>N</i> = 142 women ; incarcerated; 43% white (multi-ethnic sample); 35 years old in average; living in the United States	Content analysis	65%
7	Kerlin & Sosin	2017	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants had to have experienced CSA and have completed a Christian residential treatment program.	<i>N</i> = 10 women ; 90% white; 21 to 56 years old; United States	Interpretative phenomenological analysis	85%
8	Liendo et al.	2011	Qualitative: Semi-structured interviews	Convenience sampling: Participants were recruited at two sites in a community on the Texas-Mexico border. Inclusion criteria were age	<i>N</i> = 26 women ; Mexican Descent; 19 to 44 years old (<i>m</i> = 34); United States	Descriptive	70%

				18 years or older and self-identification as of Mexican descent.			
9	Ligiéro et al.	2009	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants had to have experienced some form of CSA before the age of 15 and identify themselves as Latina.	<i>N</i> = 9 women ; diverse cross-section of the Latina populations; 19 to 43 years old; United States	Grounded theory	75%
10	Newsom & Myers-Bowman	2017	Qualitative: Open-ended interview	Purposeful sampling: Participants had to be between 18 and 55 years of age, with a history of CSA that occurred 5 or more times over a minimum of a 1-year period who self-identified as resilient and were currently in an intimate sexual relationship with a partner.	<i>N</i> = 6 women ; white American; 22 to 53 years old (<i>m</i> = 40); United States	Phenomenology	85%

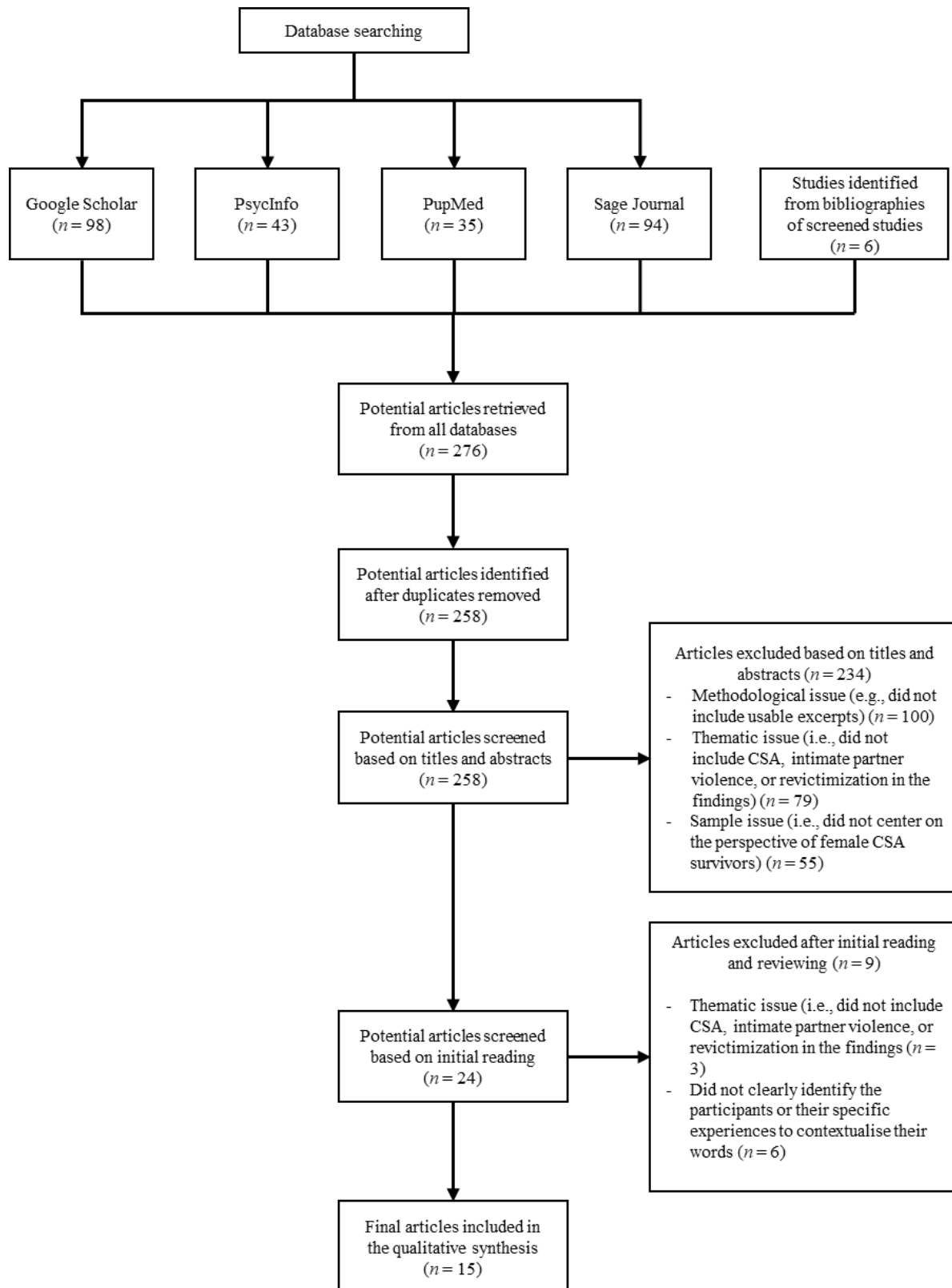
11	Posada-Abadía et al.	2021	Qualitative: In-depth interview using the photo-elicitation technique	Convenience sampling: Participants were recruited through an observation program in different shelters belonging to the municipal resource network of the Madrid City Council, Spain.	<i>N</i> = 20 women Case study: Middle-aged immigrant woman; Spain	Grounded theory	70%
12	Roller et al.	2009	Qualitative: Open-ended interviews	Criterion sampling: Participants had to be aged 18+, have experienced sexual violence, have screened negative for experiencing serious emotional problems within the past year and for current involvement in an abusive relationship.	<i>N</i> = 48 women (51% of sample); 50% African American (multi-ethnic sample); 18 to 62 years old; United States	Constant comparison analysis; Grounded theory	87.5%
13	Seng et al.	2004	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants had to be adult woman who self-identified as having had a history of child sexual abuse and post-traumatic stress.	<i>N</i> = 15 women 67% aged in theirs 20s; 87% white; United States	Content analysis	65%

14	Træen & Sørensen	2008	Qualitative: Narrative interview	Convenience sampling: Participants were recruited through advertisements in two of the largest newspapers.	<i>N</i> = 18 women (82% of sample); 22 to 53 years old; Norway	Grounded theory	57.5%
15	Valdez et al.	2013	Qualitative: Semi-structured interviews	Criterion sampling: Participants had to be adult woman who experienced at least one act of physical IPV in the previous 6 months.	<i>N</i> = 25 women (50% of the sample); 56% African American; 18 to 56 years old, United States	Grounded theory	80%

Table 5.2. Categories, Subcategories, and Studies Associated with each Subcategory

Categories	Subcategories	Studies #
1. Barriers to action: A belief system reflecting learned helplessness that hinders women's abilities to protect themselves and prevent further abuses	1.1 <i>I am a captive</i> - I am powerless against violence and abuse	1, 2, 13
	1.2 <i>I expect violence</i> - Violence and abuses are the norm	2, 4, 10, 13, 14
	1.3 <i>I compromise myself</i> - I should tolerate violence and abuse without regard to myself	2, 3, 8, 10, 12, 14, 15
	1.4 <i>I can't clean it off</i> - Violence and abuse define me	2, 7, 8, 9, 14
	1.5 <i>I am worth nothing</i> - I am empty or do not have value	2, 3, 7, 9
	1.6 <i>It's all my fault</i> - I am responsible for the endured violence and abuse	2, 5, 9
2. Broken internal compass: Cognitive elements blurring women's risk evaluation capacities and reference points limiting the ability to break the cycle of revictimization	2.1 <i>Past the red light</i> – Unrecognition of abuse or non-listening to danger signals	2, 3, 6
	2.2 <i>Whom to trust</i> - Skewed appraisal of others' intentions	
	2.2.1 Blind trust of others	3, 5, 7, 10, 11, 14
	2.2.2 Distrust of others	9, 10, 15
	2.3 <i>Without direction</i> - Loss of reference points in different aspects of life	1, 2

Figure 5.1. Flowchart Illustrating the Process of Retrieving and Screening Articles



CHAPITRE 6

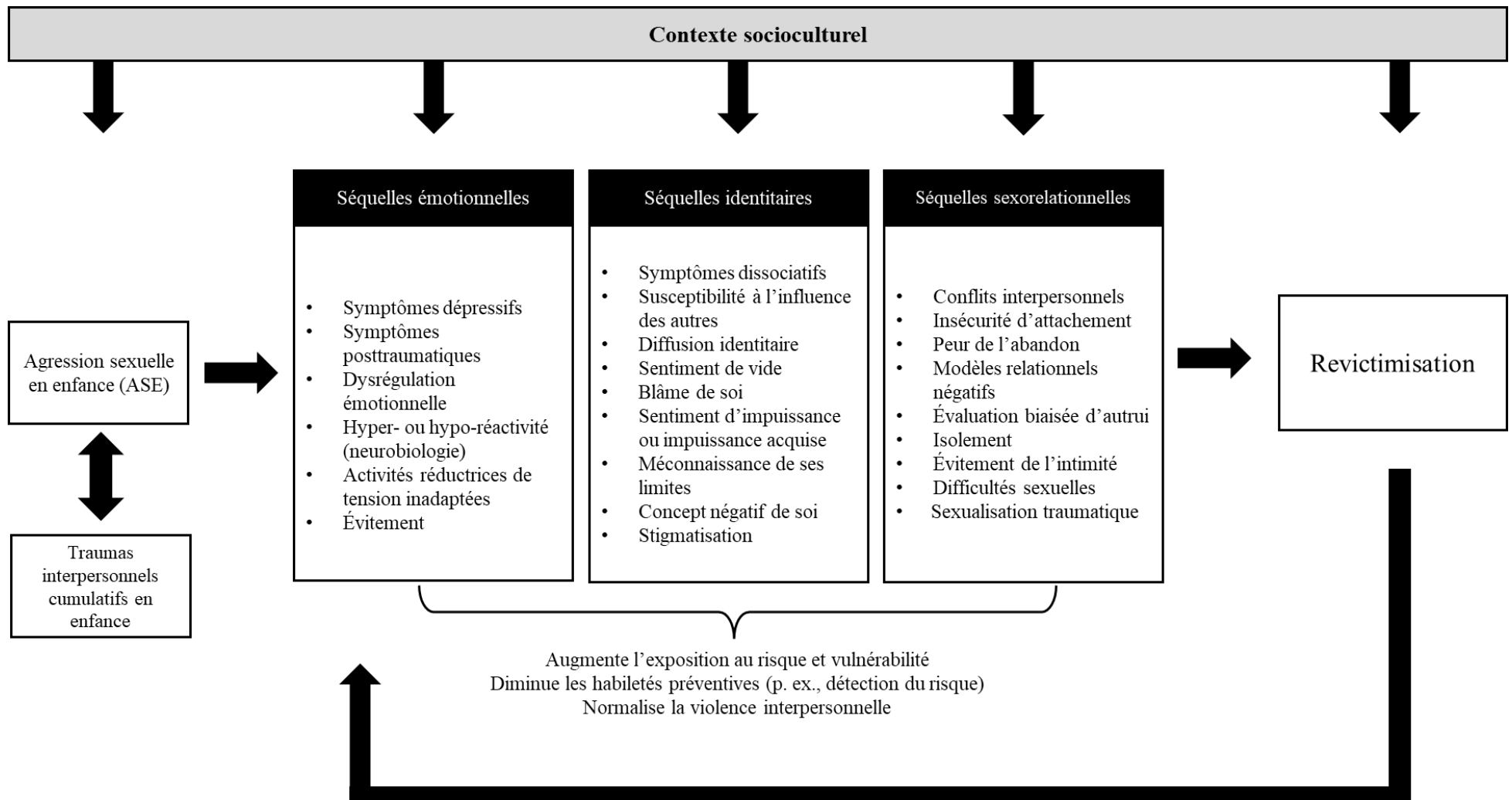
DISCUSSION

La présente thèse, conceptualisée à partir du modèle du trauma au soi (Briere, 2002) et du modèle intégrateur de la revictimisation (Hébert et al., 2012), avait pour but de mieux comprendre l'expérience de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes adultes survivantes d'ASE en déterminant les caractéristiques qui allient ou distinguent les expériences de chacune. Afin de répondre à cet objectif général, un devis mixte (quantitatif et qualitatif) a été mobilisé. Trois études, ayant chacune mené à l'écriture d'un article, ont été réalisées afin de répondre aux objectifs de la thèse. Ce chapitre discute, de manière intégrative et complémentaire, des résultats présentés dans chacun des articles composant la thèse à la lumière des modèles théoriques et des données empiriques préexistantes. Cette section se termine par la présentation des implications pour la pratique, ainsi que les limites de la thèse et les pistes pour les recherches futures.

6.1 Présentation synthétisée des résultats de la thèse

La figure 4 ci-dessous offre une synthèse schématique visant à rassembler les résultats de cette recherche doctorale à la lumière des connaissances empiriques et théoriques sur la revictimisation. Cette représentation graphique des résultats de la thèse sera explicitée dans chacune des sous-sections suivantes. Cette synthèse offre une présentation illustrée du cercle vicieux de la revictimisation que peuvent vivre les survivantes d'ASE.

Figure 6.2. Nouveau modèle intégrateur de la revictimisation



6.1.1 L'ASE : son contexte et ses répercussions spécifiques

Un premier constat qui découle des travaux réalisés dans le cadre de la présente thèse est la prévalence inquiétante de l'ASE chez les femmes consultant en thérapie sexuelle. En effet, près de la moitié de ces femmes ont rapporté avoir vécu une ASE (article 1), ce qui est cohérent avec les taux de prévalence rapportés dans des études précédentes auprès d'échantillons similaires (Berthelot et al., 2014; Lafrenaye-Dugas et al., 2018; 2020). Ce taux est environ deux fois plus élevé que les taux de prévalence retrouvés dans les échantillons provenant de la communauté (Bigras et al., 2017; Stoltenborgh et al., 2011). Cela reflète que les clientes en thérapie sexuelle semblent davantage victimisées que les femmes provenant de la communauté, probablement en raison des impacts délétères de leur victimisation sur leur santé sexuelle et relationnelle. La thérapie sexuelle ou l'intervention sexologique apparaît donc comme un service privilégié pour les besoins en lien avec les violences sexuelles ou leurs impacts au niveau du fonctionnement sexo-relationnel.

Un second constat qui découle de la thèse est la co-occurrence élevée entre l'ASE et d'autres traumatismes interpersonnels en enfance (c.-à-d., trauma interpersonnel cumulatif en enfance). En effet, plus de neuf survivantes d'ASE sur 10 au sein de l'échantillon (article 2) rapportent au moins une autre forme de trauma interpersonnel en enfance, majoritairement de la négligence psychologique (manque d'affection, non-réponse et l'indisponibilité d'un ou des parents; Bigras et al., 2020). La prévalence élevée de multiples expériences de victimisation en enfance chez les survivantes d'ASE correspond aux résultats d'études précédentes (p. ex., Finkelhor et al., 2007; 2009; 2011). Des auteurs avancent que cela pourrait être expliqué par différents facteurs contextuels au sein de la famille ou de la communauté, soit vivre dans une famille vivant des conflits considérables, vivre dans une famille confrontée à des problèmes compromettants la supervision ou le bien-être de l'enfant (p. ex., toxicomanie, précarité financière), vivre dans un quartier dangereux ou être un enfant souffrant de difficultés qui augmentent l'adoption de comportements à risque (Finkelhor et al., 2011). Ces éléments pourraient augmenter le risque pour certains enfants de vivre de multiples expériences de trauma interpersonnel, y compris l'ASE. Il importe donc d'examiner l'historique d'ASE en conjonction avec l'historique de victimisation interpersonnelle de l'individu, car le cumul de traumatismes interpersonnels en enfance est non seulement courant, mais également associé à des conséquences plus délétères et complexes sur le bien-être des survivantes comparativement

à ceux qui n'ont subi qu'un seul type de trauma (Briere et Scott, 2015; Hodges et al., 2013; Godbout et al., 2020; Miller et al., 2013). En ce sens, les données de la thèse (article 2) suggèrent que les survivantes d'ASE qui ont vécu davantage de types de traumatismes interpersonnels en enfance présentent plus de difficultés au niveau des capacités du soi et sont plus à risque d'être revictimisées en contexte de relation intime. Ainsi, il semble que l'accumulation de différents types de victimisation en enfance ait un effet cumulatif en termes de répercussions sur l'individu, plus que la sévérité ou la fréquence d'un seul type de trauma interpersonnel. La documentation scientifique montre des résultats peu concluants quant à l'association entre la sévérité de l'ASE et les répercussions de l'ASE sur l'individu comparativement à d'autres corrélats comme l'environnement familial (Fassler et al., 2005). Le fait de vivre plusieurs types de victimisation en enfance, parfois même par des perpétrateur·trice·s différent·e·s, pourraient davantage normaliser la violence interpersonnelle subie et « confirmer » à la personne un sentiment d'avoir peu de valeur. La survivante peut ainsi penser qu'elle est fondamentalement mauvaise, menant à de l'auto-culpabilisation, à de la honte et à de la culpabilité (SAMHSA; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Ainsi, la co-occurrence entre les traumatismes interpersonnels en enfance doit être considérée dans les études sur l'ASE.

Un troisième constat qui découle des travaux de la présente thèse concerne les répercussions potentielles sur la survivante à moyen et long terme, notamment sur le fonctionnement psycho-sexo-relationnel. Les études scientifiques ont souligné les conséquences distinctes et délétères de l'ASE sur la personne survivante, surtout en contexte de trauma cumulatif en enfance (Leiva-Bianchi et al., 2023). À la lumière du modèle du trauma au soi (Briere, 2002) et du modèle intégrateur de la revictimisation (Hébert et al., 2012), ainsi que les résultats de la présente thèse, les séquelles de l'ASE et des autres traumatismes interpersonnels vécus en enfance sont présentés selon trois grandes catégories interreliées : les séquelles émotionnelles ou affectives, les séquelles identitaires et les séquelles sexorelationnelles.

6.1.1.1 Séquelles émotionnelles ou affectives

En premier lieu, les résultats de la thèse mettent en évidence les séquelles émotionnelles ou affectives des traumatismes interpersonnels en enfance, dont l'ASE, sur l'individu. Cela concorde avec le modèle du trauma au soi, qui avance que l'intensité de l'expérience de traumatismes interpersonnels

en enfance excède les ressources personnelles de l'enfant pour y faire face, pouvant ainsi amener l'enfant à développer de stratégies mésadaptées d'autorégulation émotionnelle, incluant des activités réductrices de tension inadéquates ou des stratégies d'évitement des états internes (Briere, 2002; Briere et Runtz, 2002). Cela concorde également avec le modèle intégrateur de la revictimisation, qui inclut les séquelles affectives de l'ASE comme corrélats de la revictimisation (Hébert et al., 2012). Ces deux modèles conceptuels sont basés sur les études empiriques antérieures, qui soutiennent l'association entre l'ASE et les répercussions émotionnelles ou affectives comme l'état de stress posttraumatique (Hébert et al., 2021), les symptômes dépressifs (Li et al., 2020), la dysrégulation émotionnelle (Girard et al., 2021), l'utilisation d'activités réductrices de tension inadéquates (Messman-Moore et al., 2010), l'évitement expérientiel (Batchelder et al., 2021) et l'hyper- ou hypo-réactivité neurobiologique (Schindler-Gmelch et al., 2024). Des séquelles émotionnelles ou affectives spécifiques de l'ASE ressortent de la thèse.

Un élément qui ressort de la thèse quant aux séquelles émotionnelles ou affectives des traumas interpersonnels en enfance, notamment l'ASE, est la présence notable de symptômes dépressifs rapportés par les femmes survivantes. En fait, près d'une femme sur cinq rapportait un niveau élevé (Beck et al., 1961) de symptômes dépressifs (article 2). Ces symptômes pourraient contribuer au développement et au maintien du sentiment d'impuissance, de honte et de culpabilité, ainsi que la faible estime de soi que rapportent les survivantes d'ASE (article 3), puisque ce sont eux-mêmes des critères composant le trouble (American Psychiatric Association, 2013). De tels sentiments pourraient agir comme entrave à la guérison du trauma, en plus d'agir comme facteurs de vulnérabilité à la revictimisation. En effet, avoir l'impression que l'on n'a pas de valeur personnelle pourrait laisser croire à la survivante qu'elle ne mérite pas de recevoir de l'aide pour guérir de son trauma ou pour se sortir d'une relation abusive, par exemple. Croire que l'on n'a aucun contrôle sur notre propre vie peut nuire à la mise en place de stratégies de protection de soi. Les symptômes dépressifs pourraient donc agir comme un mécanisme de la revictimisation chez les survivantes d'ASE.

Les résultats de la thèse mettent également en lumière la dysrégulation émotionnelle comme séquelle émotionnelle ou affective rapportée par les femmes survivantes pouvant augmenter leur risque de revictimisation. En fait, plus d'une survivante sur deux rapportait un niveau élevé (Briere,

2000) de dysrégulation émotionnelle (article 2). Les survivantes qui éprouvent une grande détresse psychologique et présentent des difficultés à se réguler pourraient alors en venir à adopter des comportements impulsifs ou dysfonctionnels (p. ex., automutilation, toxicomanie, comportements sexuels à risque, Chaplo et al., 2015; Messman-Moore et al., 2005; 2010) pour s'apaiser, diminuer ou « anesthésier » des émotions considérées comme négatives et intolérables. Or, ces comportements pourraient insidieusement accroître leur vulnérabilité à la revictimisation, en diminuant les habiletés de prévention du risque ou de défense de soi (p. ex., détection du risque ou autodéfense amoindrie avec consommation d'alcool ou de drogue) ou en les exposant davantage à de potentiel·le·s agresseur·e·s. Par exemple, une femme survivante d'ASE et de VPI (article 3) rapporte : « Je n'ai jamais été assez à jeun pour y penser [la violence subie], je suppose. » (participante dans Hlavka et al., 2007, p. 910, traduction libre). Au sein de la présente thèse, plus d'une survivante d'ASE consultant en thérapie sexuelle sur trois affirmait utiliser fréquemment des activités réductrices de tension inadéquates ou néfastes (article 2). Bien que ces activités réductrices de tension puissent procurer un soulagement temporaire, ils tendent à aggraver la souffrance à long terme via un phénomène de réactivation posttraumatique (Godbout et al., 2016) et entravent la mentalisation et guérison du ou des traumas. De plus, des études suggèrent que les individus ont tendance à s'associer à des personnes ayant des difficultés ou comportements similaires, ce qui peut augmenter la probabilité des survivantes d'être en relation de couple avec un·e partenaire présentant également des niveaux élevés de dysrégulation émotionnelle et pouvant utiliser la violence envers elles comme stratégie inadéquate d'autorégulation (Dugal et al., 2021). Avoir l'impression de ne pas avoir le contrôle sur nos propres émotions pourrait rendre la survivante plus tolérante envers un·e partenaire qui perd également le contrôle, notamment par des comportements violents. La perte de contrôle émotionnelle (ou sur soi) pourrait aussi contribuer au sentiment d'impuissance que les survivantes ont envers leur vie. La dysrégulation émotionnelle et les activités réductrices de tension néfastes pourraient donc agir également comme mécanismes explicatifs de la revictimisation chez les survivantes d'ASE.

6.1.1.2 Séquelles identitaires

En second lieu, la thèse met de l'avant les séquelles identitaires des traumas interpersonnels en enfance chez les survivantes. Cela concorde avec le modèle du trauma au soi, qui avance que le climat dysfonctionnel ou dangereux qu'instaurent les traumas interpersonnels en enfance mènerait

l'enfant à être hypervigilant afin de survivre, se protéger et s'adapter à son environnement, et ce, au détriment de son propre développement identitaire (Briere, 2002; Briere et Runtz, 2002). Bien qu'absents du modèle intégrateur de la revictimisation (Hébert et al., 2012, p. 189), les séquelles identitaires ont fait l'objet de plusieurs études scientifiques en lien avec l'ASE (Kouvelis et Kangas, 2021). Notamment, l'ASE est associée à davantage de diffusion identitaire (Bigras et al., 2015), à un concept de soi plus négatif (p. ex., faible estime de soi, sentiment de valeur personnelle faible; Gewirtz-Meydan, 2020), à davantage de blâme de soi (Filipas et al., 2006), ainsi qu'à plus de difficultés à mettre ses limites ou à s'affirmer en contexte sexuel (Manukrishnan, 2023). De plus, l'hypervigilance prolongée des survivant·e·s peut suractiver le système nerveux, entraînant un « *shutdown* » pouvant se manifester par de la dissociation (Zukerman et al., 2023). Ceci est appuyé par des études montrant l'association entre l'ASE, le sentiment de vide et les symptômes dissociatifs (Gewirtz-Meydan et Godbout, 2023; Menon et al., 2016).

La présente thèse met en relief la présence de symptômes dissociatifs comme éléments pouvant contribuer au risque de revictimisation des survivantes. Au sein de cette thèse, c'est d'ailleurs près d'une femme survivante sur quatre qui rapportait un niveau élevé (Briere, 2011) de symptômes dissociatifs (article 2). Les survivantes d'ASE rapportent davantage de symptômes dissociatifs, notamment en contexte sexuel (Gewirtz-Meydan et Godbout, 2023). Cela pourrait être une réaction inconsciente à un stimulus qui rappelle l'évènement traumatique, une façon de se « protéger » d'un danger perçu. Toutefois, cette perte de contact avec son corps et le moment présent pendant une activité sexuelle peut mettre l'individu à risque de revictimisation, en limitant notamment les capacités d'affirmation de soi quant à ses limites lors d'une activité sexuelle avec un·e partenaire. De plus, cette déconnexion peut diminuer les capacités de détection du risque et la mise en action de stratégies d'autodéfense. Par exemple, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) affirme que « le choc vient après [la violence subie] » (Sharon citée dans Ben-Amitay et al., 2015, p. 924, traduction libre) alors que d'autres disent ne pas s'être rendu compte sur le coup d'avoir transgressé ses limites personnelles. Les symptômes dissociatifs pourraient donc agir comme un mécanisme clé de la revictimisation chez les survivantes d'ASE, ou du moins comme un élément pouvant contribuer aux séquelles émotionnelles et sexorelationnelles.

Un autre élément qui ressort de la thèse quant aux séquelles identitaires est la présence de diffusion identitaire. En fait, près d'une survivante sur deux rapportait un niveau élevé (Briere, 2000) de diffusion identitaire (article 2). Le fait de ne pas connaître ses propres désirs et besoins peut compromettre la capacité des survivantes à reconnaître et établir leurs limites personnelles, ce qui peut les mettre plus à risque de revictimisation. De plus, la diffusion identitaire est associée à un plus faible ajustement dyadique (Bigras et al., 2015). Cela pourrait être expliqué par le sentiment d'être indigne d'amour souvent présent chez les survivant·e·s de trauma interpersonnel en enfance, qui peut nuire à l'ajustement et à la satisfaction du couple, car le·la survivant·e pense qu'iel ne mérite pas d'être aimé·e ou d'avoir une relation saine et satisfaisante (Bigras et al., 2015). Les survivantes d'ASE peuvent donc croire que la violence subie est méritée et ainsi rester dans une relation abusive. Par exemple, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) affirme : « J'avais l'impression que ma vie valait si peu si je ne m'entendais pas avec lui [partenaire intime abusif] qu'il pouvait aussi bien... J'étais prête à prendre le risque qu'il me tue. » (Helga citée dans Bjørnholt, 2019, p. 101, traduction libre). Similairement, la susceptibilité à l'influence des autres ressort de la thèse comme potentielle séquelle identitaire chez les survivantes. Le fait d'être facilement influencée par autrui pourrait nuire à la pose de limites par la survivante, en plus de la rendre potentiellement plus vulnérable aux tactiques abusives ou contrôlantes utilisées par un·e partenaire intime (p. ex., faire ce que le·la partenaire veut sans se soucier de soi, être plus vulnérable aux justifications de leur partenaire pour la violence subie). Par exemple, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) témoigne : « J'ai fait tout ce qu'il [partenaire intime abusif] m'a demandé et j'ai toléré tant de choses, mais je me suis compromise » (Hanna citée dans Træen & Sørensen, 2008, p. 384, traduction libre). La diffusion identitaire et la susceptibilité à l'influence des autres pourraient donc agir comme mécanismes explicatifs de la revictimisation chez les survivantes d'ASE.

Les séquelles identitaires rapportées par les survivantes au sein de la thèse (article 3), comme le sentiment de n'avoir aucune valeur personnelle, de mériter la violence subie, ou bien d'être « teintées » ou « marquées à jamais » par les expériences de victimisation rappellent la dynamique de stigmatisation du modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). Ce modèle conceptuel des conséquences de l'ASE stipule notamment que les connotations négatives associées à l'ASE (p. ex., honte, culpabilité, sentiment d'être souillé·e) transmise par l'agresseur·e,

l'entourage et la société sont ensuite incorporés dans l'image de soi que se fait l'enfant (Finkelhor et Browne, 1985). L'identité et l'estime de soi de l'enfant se forge donc dans ce contexte et peut se maintenir jusqu'à l'âge adulte. De manière semblable, des éléments rapportés par les survivantes (article 3) font allusion au sentiment d'impuissance qu'elles ressentent. Partie intégrante de l'identité, un faible sentiment d'auto-efficacité personnelle ou une impuissance acquise (Herman, 1992) rappelle la dynamique d'impuissance du modèle des dynamiques traumatiques de Finkelhor et Browne (1985). Cette dynamique se développe quand les limites de l'enfant sont transgressées par l'ASE, puis se cristallise à mesure que l'enfant voit l'inefficacité de ses tentatives pour mettre fin aux expériences de victimisation (Finkelhor et Browne, 1985). Cette même dynamique peut persister à l'âge adulte, contribuant à ce que la survivante demeure dans une relation intime abusive. Par exemple, des survivantes mentionnent se sentir « captives » de leur situation (Ben-Amitay et al., 2015). D'ailleurs, le caractère chronique des traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance contribue au sentiment de captivité ou d'impuissance des survivantes (Herman, 1992), comme quoi peu importe le milieu (p. ex., violence physique à la maison et intimidation à l'école) ou l'agresseur·e (p. ex., violence psychologique par les parents et ASE par le grand-père), la personne victimisée est aux prises avec l'expérience de subir des violences de façon impuissante, sans pouvoir rien n'y changer. De plus, les agresseur·e·s et partenaires intimes abusif·ve·s peuvent renforcer le sentiment d'être d'impuissantes chez les survivantes, puisque la peur envers le·la partenaire et le contrôle exercé par celui·celle-ci persiste même après les événements de victimisation (Zhang et al., 2024). Moins documentées que les autres séquelles dans la documentation scientifique, les séquelles identitaires ne sont pas à négliger, car elles peuvent maintenir ou exacerber les autres séquelles, en plus d'être associées au risque de revictimisation. Bien que les perturbations identitaires n'étaient pas directement associées au risque de revictimisation par un·e partenaire intime (article 2), celles-ci pourraient jouer un rôle distal ou indirect en contribuant à d'autres difficultés (p. ex., difficultés affectives et relationnelles) plus directement liées à la revictimisation.

6.1.1.3 Séquelles sexorelationnelles

En dernier lieu, les résultats de la présente thèse font ressortir les séquelles sexorelationnelles des traumatismes interpersonnels en enfance chez les femmes. Cela concorde avec le modèle du trauma au

soi, qui avance qu'un enfant vivant au sein d'une famille dysfonctionnelle, négligente ou abusive serait privé de modèles sains de fonctionnement relationnel et des apprentissages nécessaires à un fonctionnement adéquat en contexte des relations interpersonnelles (Briere, 2002; Briere et Runtz, 2002). Le modèle intégrateur de la revictimisation inclut également les séquelles relationnelles ou en lien avec l'attachement (Hébert et al., 2012, p. 189). Bien qu'elles sont implicitement incluses, aucun de ces modèles mettent de l'avant les séquelles sexuelles de l'ASE. Or, les études empiriques antérieures soutiennent l'association entre l'ASE et les répercussions sexorelationnelles comme les conflits interpersonnels (Bigras et al., 2015) et un attachement insécurisant (peur de l'abandon et évitement de l'intimité; Brenner et al., 2021). À cet égard, la présente thèse concorde avec le corpus théorique et scientifique actuel. La documentation empirique associe aussi l'ASE à d'autres séquelles sexorelationnelles comme une sexualité dite traumatique (difficultés sexuelles comme des symptômes intrusifs en lien avec l'ASE; Gewirtz-Meydan et Godbout, 2023), des difficultés sexuelle (p. ex., troubles de la fonction sexuelle, évitement de la sexualité, hypersexualité ou compulsion sexuelle; Zwickl et Merriman, 2011), ainsi que de l'isolement social et de la solitude (Boyda et al., 2015).

L'un des éléments qui découlent de la thèse quant aux séquelles sexorelationnelles de l'ASE et des traumatismes interpersonnels en enfance est la présence de conflits interpersonnels chez les survivantes. En fait, plus d'une femme sur trois rapportait un niveau élevé (Briere, 2000) de conflits interpersonnels dans la présente thèse (article 2). Le fait d'avoir des relations interpersonnelles généralement tumultueuses et conflictuelles, notamment après l'expérience de traumatismes interpersonnels en enfance, n'offre pas un climat idéal pour apprendre à réguler ses émotions et peut mener à une escalade de conflits allant jusqu'à la violence. De plus, les survivantes vivant des conflits fréquemment, et ce, depuis l'enfance, peuvent en venir à considérer les dynamiques relationnelles « explosives » comme normales ou inévitables, ou comme une progression attendue de leurs relations interpersonnelles, ce qui constitue un terrain fertile à la revictimisation en contexte d'une relation intime. Dans ce sens, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) rapporte : « Je m'attendais à vivre de la violence physique, je m'attendais à vivre de la violence émotionnelle. Vous savez, quand vous grandissez, vous pensez que c'est normal. Je m'attendais donc à ces choses-là. » (Jessie citée dans Newsom et Myers-Bowman, 2017, p. 936, traduction libre). Les survivantes d'ASE pourraient ainsi considérer la violence subie comme normale et attendue en

contexte de relation intime. Une fréquence élevée de conflits interpersonnels pourrait ainsi agir comme mécanisme explicatif de la revictimisation chez les survivantes d'ASE, en normalisant les dynamiques tumultueuses avec autrui.

Un autre élément qui ressort de la thèse quant aux séquelles sexorelationnelles est la forte présence d'attachement insécurisant chez les survivantes. En fait, environ sept femmes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle sur dix rapportaient davantage d'attachement anxieux que la moyenne des gens (Brassard et al., 2021) (article 2). Un attachement anxieux implique une représentation négative de soi comme inférieur·e ou indigne d'amour, liée à une crainte que le·la partenaire intime va inévitablement nous abandonner, ce qui peut conduire la personne à tolérer davantage une relation abusive par peur d'être seul·e (Mikulincer et Shaver, 2016; Smith et Stover, 2016). Des auteur·e·s suggèrent que davantage d'anxiété face à l'abandon (attachement anxieux) pourrait nuire à l'évaluation rationnelle ou objective de la qualité d'une relation et pourrait augmenter la tolérance à la VPI dans le but du maintien de la relation (Smith et Stover, 2016). Par exemple, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) rapporte : « Et cela a fait de moi une proie plutôt facile, comme je suis quelqu'un qui était déjà... à la recherche d'attention et de contact. » (Helga citée dans Bjørnholt, 2019, p. 96, traduction libre). De plus, les survivantes présentant davantage d'anxiété abandonnique pourraient être biaisées dans leur évaluation des intentions d'autrui, menant à plus de confiance « aveugle » dans leur recherche d'affection. Notamment, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) exprime : « Je recherchais quelqu'un pour s'occuper de moi, mais il profitait de moi et me contrôlait. » (Martina citée dans Newsom et Myers-Bowman, 2017, p 936, traduction libre). L'attachement anxieux est également liée à une plus faible estime de soi, à une plus grande susceptibilité à l'influence des autres et à plus grande facilité à tomber en amour de manière non discriminante (Mikulincer et Shaver, 2016), des éléments soulevés dans la présente thèse chez les femmes survivantes d'ASE.

Dans la même ligne d'idées, un peu plus d'une femme survivante d'ASE consultant en thérapie sexuelle sur deux rapportait davantage d'attachement évitant que la moyenne des gens (Brassard et al., 2021) (article 2). Un attachement évitant implique une représentation positive de soi comme étant la seule personne capable de répondre à ses besoins sans l'aide des autres, liée à une méfiance envers les autres qui peut conduire à de l'évitement du dévoilement de soi (Mikulincer et Shaver,

2016; Smith et Stover, 2016). Cela pourrait conduire la survivante à être revictimisée, par exemple, lorsqu'un·e partenaire désire de l'attention ou de l'intimité émotionnelle ou sexuelle et tente de l'obtenir par la violence. De plus, les survivantes présentant davantage d'évitement de l'intimité pourraient être biaisées dans leur évaluation des intentions d'autrui, menant à plus de méfiance et ainsi un réseau de soutien plus pauvre ou une absence du dévoilement de situation VPI. Par exemple, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) évoque : « Mes relations ont été négatives, qu'il s'agisse d'amitiés ou de relations intimes. Je n'ai jamais vraiment eu confiance. Vous savez, j'avais 8 ans lorsque j'ai été agressée et personne ne m'a crue, alors je n'ai pas l'impression que les gens sont dignes de confiance... » (Anna citée dans Newsom et Myers-Bowman, 2017, p. 936, traduction libre). Des auteur·e·s suggèrent également que davantage d'évitement de l'intimité pourrait être lié à la VPI, car les personnes évitantes pourraient avoir si peu d'attente de soutien dans leur relation qu'elles toléreraient davantage les éléments dysfonctionnels au sein de la relation (Stefania et al., 2023). De plus, les stratégies d'évitement ou de retrait en contexte de conflits pourraient mener à une escalade du conflit allant jusqu'à la violence (Stefania et al., 2023). Ces séquelles sexorelationnelles, soit l'anxiété abandonnique et la méfiance envers autrui, concordent avec la dynamique de trahison du modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). Cette dynamique réfère au fait que l'enfant réalise qu'une personne qui devait normalement en prendre soin lui a causé du tort, menant à un sentiment d'avoir été trahi. De ce fait, le·la survivante d'ASE peut développer un fort besoin de retrouver un sentiment de confiance et de sécurité, manifesté par une dépendance affective, ou une évaluation biaisée de la fiabilité d'autrui, manifestée par une confiance aveugle ou de la méfiance ou colère avec les autres (Finkelhor et Browne, 1985). L'attachement insécurisant, dans ces deux dimensions (anxiété abandonnique et évitement de l'intimité), pourrait donc agir comme mécanisme de la revictimisation chez les survivantes d'ASE.

Un autre élément soulevé par la thèse concernant les séquelles sexorelationnelles chez les femmes survivantes d'ASE est la présence de difficultés en lien avec la sexualité. Bien que peu explorées, les difficultés en lien avec la sexualité ont été soulignées par les femmes elles-mêmes. Par exemple, une survivante rapporte : « [L'ASE] a eu un impact certain sur la façon dont je vois la sexualité... Je dois juste ne pas penser à cela, parce que je sais que cela a déformé ma façon d'y penser. » (participante citée dans Basile, 2008, p. 38, traduction libre). Ce passage rappelle la dynamique de

sexualisation traumatique du modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). Cette dynamique réfère au processus par lequel le développement typique de la sexualité est altéré par l'ASE. Ainsi, les attitudes et croyances face à la sexualité et les relations intimes sont forgées dans un contexte abusif. La sexualité peut alors être perçue comme « sale », négative ou effrayante, ou bien comme une monnaie d'échange à l'affection et l'attention d'autrui (Finkelhor et Browne, 1985). En ce sens, une survivante d'ASE et de VPI (article 3) affirme : « Je pensais que les gens ne m'aimaient juste parce qu'ils voulaient coucher avec moi. » (Consuelo citée dans Ligiéro et al., 2009, p. 76, traduction libre). Cette idée que sa valeur personnelle réside dans son attrait sexuel et que ce dernier est le seul atout pour obtenir de l'affection pourrait mener la survivante être plus ciblée par des potentiel·le·s agresseur·e·s ou à rester dans une relation abusive. À cela s'ajoute la possibilité d'avoir comme seuls modèles ou repères sexuels et relationnels les perpéteur·trice·s des violences subies, qui peuvent influencer les perspectives des survivantes. Par conséquent, les difficultés en lien avec la sexualité pourraient agir comme mécanismes de la revictimisation chez les survivantes d'ASE.

Ces catégories de séquelles de l'ASE identifiées dans cette thèse ne sont pas sans rappeler les critères de trouble de stress posttraumatique complexe (TSPT complexe; World Health Organization, 2022). En effet, le TSPT complexe se caractérise par des altérations sévères et persistantes de l'organisation du soi selon trois catégories : 1) les problèmes de régulation émotionnelle, 2) les croyances négatives par rapport à soi (p. ex., honte, culpabilité, impression de n'avoir aucune valeur), et 3) les difficultés dans les relations interpersonnelles (World Health Organization, 2022). Le TSPT complexe est décrit comme une réponse à une exposition répétée à des événements menaçants ou terrifiants, comme les traumatismes interpersonnels, particulièrement pendant une période développementale (Cloitre et al., 2019; World Health Organization, 2022). Ainsi, l'expérience d'ASE en co-occurrence avec d'autres traumatismes interpersonnels en enfance serait un facteur de risque majeur pour le développement du TSPT complexe. Au-delà des symptômes de stress posttraumatique, le TSPT complexe évoque les répercussions variées et envahissantes que ces expériences peuvent provoquer chez l'individu. L'organisation du soi, similaires aux capacités du soi, agissent comme tronc psychologique du fonctionnement à l'âge adulte, et les difficultés avec celles-ci peuvent nuire significativement les sphères personnelle,

familiale, sociale, scolaire et professionnelle des survivant·e·s (World Health Organization, 2022) et ainsi les placer dans une position de vulnérabilité à la revictimisation.

6.1.2 Comprendre la revictimisation : ses trajectoires

Pour bien comprendre la revictimisation, il importe de s'intéresser aux trajectoires des survivant·e·s d'ASE. Le modèle intégratif de la revictimisation d'Hébert et ses collègues (2012) détaille deux principales trajectoires dans lesquelles les séquelles de l'ASE mettent la personne survivante dans une position plus vulnérable à la revictimisation : 1) l'exposition des survivant·e·s à davantage de situations à risque par leurs comportements ou par le fait que les agresseur·e·s les cibleront davantage en raison de leurs vulnérabilités, et 2) une diminution des habiletés préventives des survivant·e·s les rendant moins aptes à se protéger lorsqu'ils sont exposé·e·s à des situations de violence potentielle (Hébert et al., 2012). La présente thèse identifie une troisième voie ou trajectoire de revictimisation qui met de l'avant que chaque expérience de victimisation pourrait « normaliser » la violence interpersonnelle subie, pouvant cristalliser des patrons d'impuissance et de faible estime de soi. Ainsi, les femmes survivantes d'ASE et autres traumatismes interpersonnels pourraient être davantage ciblées par des agresseur·e·s en raison de leurs vulnérabilités (p. ex., attachement anxieux manifesté par de la dépendance affective). Elles pourraient aussi se mettre involontairement dans des situations à risque (p. ex., faire une activité réductrice de tension néfaste comme de la consommation excessive d'alcool) et pourraient voir leurs habiletés préventives (p. ex., détection du risque) et défensives (p. ex., assertivité et autodéfense) réduites (p. ex., symptômes dissociatifs en contexte sexuel), ce qui augmente le risque de revictimisation. De plus, il pourrait y avoir un effet cumulatif et « confirmatoire » des expériences de violence interpersonnelle subie sur l'individu. L'expérience d'ASE en co-occurrence à de multiples types de traumatismes interpersonnels en enfance (trauma cumulatif en enfance) pourrait augmenter l'intensité des séquelles sur la personne survivante, qui en retour, augmente le risque de revictimisation. Ce cercle vicieux de la revictimisation se perpétue alors par l'impact de chaque revictimisation, qui maintient la personne victimisée dans une position vulnérable.

Bien que ces trajectoires semblent s'appliquer à l'ensemble des expériences de revictimisation, la présente thèse examine spécifiquement la revictimisation en contexte de relation intime. Celle-ci diffère d'abord par le lien de confiance brisé (trahison) avec une personne avec qui on entretient

une relation intime (Testa et al., 2007). De plus, un·e partenaire intime peut partager un espace physique étroit avec la personne victimisée (p. ex., cohabitation), ce qui laisse place à des expériences de victimisation continues et chroniques (Testa et al., 2007). Ainsi, le cercle vicieux de la revictimisation peut être d'autant plus répété lorsque l'agresseur·e peut facilement et continuellement avoir accès à sa victime. Chaque événement de VPI devient alors un facteur risquant de favoriser le développement ou le maintien de séquelles chez la survivante, réaffirmant ainsi les trajectoires pouvant mener à une prochaine revictimisation.

6.1.3 Le contexte socioculturel revictimisant

Le contexte socioculturel dans lequel évoluent les survivantes est à considérer afin de mieux comprendre leur revictimisation. La prise en compte de ce contexte contribue aussi à diminuer le blâme placé sur les victimes en prenant en compte un ensemble de facteurs plus large influençant le risque de revictimisation, au-delà des caractéristiques des victimes (Hébert et al., 2012). Le modèle écosystémique de la revictimisation sexuelle proposé par Grauerholz (2000) expose le macrosystème comme sphère d'influence pouvant augmenter le risque de revictimisation. Le macrosystème inclut valeurs sociales favorisant le blâme des victimes d'agression sexuelle, les stéréotypes genrés et les valeurs misogynes enracinés dans la société que peuvent intérioriser les survivant·e·s (Grauerholz, 2000). Par exemple, des propos comme « elle a incité l'agresseur·e à agir ainsi en le·la séduisant ou en raison des vêtements qu'elle portait » ou bien « elle mérite ce qui lui ait arrivé » peuvent renforcer le sentiment de honte et de culpabilité que vit la survivante et réduire la probabilité qu'elle dévoile l'agression sexuelle subie ou recherche de l'aide quant à celle-ci (Grauerholz, 2000).

Le contexte socioculturel inclut également les mythes entourant le viol, qui nuisent à l'identifier correctement des événements comme étant des agressions sexuelles, comme lors d'une agression sexuelle sans contact ou force physique (Ryan, 2019). Les survivantes d'un tel événement pourraient alors minimiser les événements vécus en pensant qu'elles n'ont pas subi une agression sexuelle, ce qui entrave le dévoilement et la recherche d'aide. Ce genre de mythes affectent particulièrement les femmes, puisqu'ils sont entrelacés de stéréotypes genrés et misogynes (Ryan, 2019), comme quoi il y a des femmes « bonnes » (p. ex., modestes, non séductrices) qui ne seront pas agressées et des femmes « mauvaises » (p. ex., provocantes, fréquentant les mauvais endroits)

qui seront agressées (Grauerholz, 2000). Or, croire à ces propos et mythes peut nuire à la guérison du trauma vécu, au dévoilement de l'agression sexuelle, ainsi qu'à la recherche d'aide (Pijlman et al., 2023), plaçant donc les survivantes dans une position plus vulnérable à la revictimisation. En ce sens, une étude récente montre que l'ASE subie dans un contexte socioculturel promouvant de tels mythes sur le viol contribue, entre autres, à l'exclusion sociale des femmes survivantes (Côté et al., 2022). Au-delà des croyances, le contexte socioculturel comprend également le système judiciaire potentiellement revictimisant pour les survivantes. Une société qui endosse les propos et mythes ci-dessus (*culture du viol*) peut mener à une réponse juridique et légale tout autant non réceptive ou discréditante envers l'agression sexuelle subie ou les victimes (Ryan, 2019). En effet, une étude montre que nombreuses femmes survivantes d'agression sexuelle rapportent une victimisation secondaire (ou revictimisation) lors de leur dévoilement à la police ou pendant le processus juridique (Lorenz et al., 2019). Les survivantes mentionnent avoir reçu un traitement négatif par la police (p. ex., blâme sur la victime) et que le tribunal a prononcé des peines légères invalidant une fois de plus la gravité de la victimisation subie (Lorenz et al., 2019). Bien que ces éléments n'aient pas été mesurés directement dans la présente thèse, le contexte socioculturel demeure sous-jacent à l'ensemble des facteurs entourant l'expérience des survivantes.

En bref, la présente thèse met de l'avant la prévalence élevée de l'ASE chez les femmes consultant en thérapie sexuelle, ainsi que la co-occurrence élevée entre l'ASE et les autres traumas interpersonnels en enfance (trauma interpersonnel cumulatif en enfance). De plus, les résultats font ressortir les séquelles émotionnelles ou affectives, identitaires et sexorelationnelles de l'ASE qui peuvent augmenter la vulnérabilité des survivantes à la revictimisation, notamment en contexte de relation intime. Ces séquelles augmentent le risque de revictimisation chez les survivantes à travers trois voies : 1) augmentation de l'exposition au risque par des comportements ou par une vulnérabilité accrue ciblée par les agresseur·e·s, 2) diminution des habiletés préventives, et 3) normalisation de la violence interpersonnelle. Au-delà des facteurs individuels présents chez la survivante, le contexte socioculturel contribue également au phénomène de la revictimisation par la présence de mythes sur les agressions sexuelles et de stéréotypes genrés. La présente thèse unit les résultats obtenus aux études antérieures et aux modèles théoriques existants dans un modèle intégrateur actuel. À la lumière de celui-ci, des implications pour la prévention de la revictimisation et l'intervention destinées aux femmes survivantes peuvent être identifiées.

6.2 Implications pour la pratique

Des implications pratiques spécifiques se dégagent des résultats de la thèse permettant de guider les interventions auprès des femmes survivantes d'ASE.

6.2.1 Adopter une pratique sensible au trauma

La prévalence élevée des violences interpersonnelles subies chez les femmes consultant des services d'aide, en plus des possibles répercussions à moyen et long terme sur la vie de celles-ci, met en lumière la nécessité d'intégrer des pratiques sensibles au trauma dans les services. L'approche sensible au trauma s'applique à toutes les formes de services, dont la thérapie sexuelle, et vise à ce que les services offerts reconnaissent l'importance et l'impact des traumas interpersonnels et évitent la retraumatisation des différents acteurs impliqués (intervenant·e·s et usager·ère·s; SAMHSA, 2014). Cette approche est basée sur les prémisses suivantes : plusieurs personnes qui reçoivent des services, peu importe leur nature, ont vécu des expériences traumatiques, et nombreuses de ces personnes ont des besoins particuliers et ont des modes d'adaptation et de fonctionnement interpersonnel pouvant constituer des défis importants pour l'intervention et des freins potentiels à l'efficacité des services, et certaines pratiques ou caractéristiques des services peuvent causer du tort à ces personnes (SAMHSA, 2014). Ces besoins ne sont pas systématiques pour toutes, d'où l'importance d'une posture de prudence universelle qui invite à anticiper la possibilité d'un trauma sans présumer que toutes les personnes ont nécessairement des besoins particuliers liés au trauma. Quatre critères (« 4 R ») permettent de guider les approches sensibles au trauma : 1) **R**éaliser l'impact du trauma et les voies de guérison possibles, 2) **R**econnaître les symptômes du trauma chez les client·e·s, leur famille, le personnel soignant et les autres personnes impliquées dans le système, 3) **R**épondre aux besoins des usager·ère·s en intégrant les connaissances actuelles sur le trauma dans les politiques, les procédures et les pratiques, et 4) **R**ésister à la retraumatisation des usager·ère·s en mettant en place les conditions nécessaires à la guérison (SAMHSA, 2014). Ces critères s'accomplissent par des pratiques d'intervention sécuritaires, transparentes, collaboratives et empowering qui considèrent le contexte socioculturel et genré de l'usager·ère (SAMHSA, 2014). Les pratiques d'intervention et thérapeutiques sexologiques bénéficieraient d'intégrer cette approche, surtout auprès des

femmes survivantes d'ASE ou de violence par un·e partenaire intime, afin de mieux comprendre leur réalité et d'éviter leur retraumatisation. et que l'approche sensible au trauma implique.

6.2.2 Promouvoir un traitement axé sur le trauma

Étant donné les parallèles entre les capacités du soi altérées (articles 1 et 2) et le TSPT complexe, les pratiques d'intervention ciblant le TSPT complexe pourraient être utiles pour aider les survivantes et potentiellement diminuer le risque de revictimisation. Par exemple, l'approche en trois phases de Ford et Courtois (2013) pourrait être recommandée pour guider les interventions auprès des survivantes d'ASE présentant des altérations des capacités du soi. Cette approche est composée de trois phases : 1) Développement de stratégies d'autorégulation, 2) Assimilation de l'expérience traumatique, et 3) Consolidation, généralisation et fin du processus thérapeutique (Ford et Courtois, 2013; Hébert et al., 2018a). La première phase consiste à faire de la psychoéducation, à bonifier le sentiment de sécurité du·de la survivant·e (p. ex., plans sécuritaires en cas de danger, identification des éléments à risque), à mettre en place des stratégies de relaxation (p. ex., méditation, présence attentive), à développer la capacité de modulation de ses émotions et à établir des stratégies d'autorégulation efficaces et adaptées (p. ex., activités sportives ou artistiques; Ford et Courtois, 2013; Hébert et al., 2018a). La seconde phase vise une exposition graduelle aux expériences traumatiques afin de mieux maîtriser les souvenirs et leurs déclencheurs et assimiler ses expériences (Ford et Courtois, 2013; Hébert et al., 2018a). Cela permet l'établissement d'un récit plus cohérent de l'historique des survivant·e·s et favorise ainsi une meilleure compréhension de soi et une plus grande compassion envers soi (Ford et Courtois, 2013). C'est aussi pendant cette phase que les fausses croyances et distorsions cognitives en lien avec le trauma sont déconstruites (Ford et Courtois, 2013). La troisième et dernière phase cible l'intégration et l'application des acquis thérapeutiques à la vie quotidienne (Ford et Courtois, 2013; Hébert et al., 2018a). Pour être efficace, le traitement doit être flexible et adapté à la réalité de chaque survivant·e (Ford et Courtois, 2013). En lien avec la thèse, le présent traitement intègre des composantes identifiées dans la thèse, entre autres, l'amélioration des capacités émotionnelles ou affectives et la déconstruction de fausses croyances par rapport à soi.

6.2.3 Encourager la pratique de la présence attentive

Les résultats de cette thèse indiquent que les difficultés émotionnelles pourraient jouer un rôle clé dans le risque de revictimisation en contexte de relation intime chez les survivantes d'ASE. Les interventions devraient donc cibler la régulation des émotions, notamment à travers des approches basées sur la pleine conscience (ou présence attentive), qui favorisent une meilleure gestion émotionnelle et des stratégies adaptées pour réduire la tension (Gallegos et al., 2015). La présence attentive, ou pleine conscience (*mindfulness*), consiste à porter attention au moment présent avec acceptation et sans jugement (Kabat-Zinn, 2003). Cette pratique favorise la régulation émotionnelle en encourageant l'acceptation des états internes plutôt que leur évitement (Godbout et al., 2016). Les pensées et émotions sont observées sans jugement, ce qui améliore la capacité à gérer les expériences émotionnelles intenses de manière constructive sans avoir recours à des activités réductrices de tension néfastes (Godbout et al., 2016). De cette manière, les comportements à risque que peuvent adopter les survivantes d'ASE sont diminués, réduisant ainsi leur risque de revictimisation. De plus, la présence attentive augmente la capacité à prendre contact avec l'expérience dans le moment présent (Godbout et al., 2016), ce qui pourrait favoriser la détection de signaux de danger et la mise en place de stratégies défensives. La présence attentive pourrait ainsi permettre une meilleure alerte aux signaux de danger dans le moment présent et la réduction des comportements pouvant placer la survivante à risque de revictimisation. De plus, la pratique de la présence attentive est associée à un impact positif sur l'image de soi et des relations interpersonnelles de meilleure qualité (Dumarkaite et al., 2021). L'intégration de la présence attentive dans les pratiques auprès des femmes survivantes pourrait ainsi potentiellement contribuer à réduire les séquelles de l'ASE et ainsi la vulnérabilité à la revictimisation.

6.3 Limites et pistes de recherches futures

Plusieurs limites doivent être prises en considération dans le cadre de cette thèse, en plus de celles mentionnées dans chacun des articles la composant. Premièrement, les choix méthodologiques quant aux instruments de mesure utilisés pour la réalisation de cette thèse projet comportent des limites considérables. Notamment, la mesure quantitative des traumatismes interpersonnels en enfance (CCTQ; Godbout et al., 2017), qui comprend huit types de traumatismes interpersonnels en enfance (dont l'ASE), ne permet pas d'examiner d'autres expériences interpersonnelles potentiellement

traumatiques ou ayant des répercussions sur le fonctionnement psycho-sexo-relationnel à l'âge adulte (p. ex., milieu de vie dysfonctionnel, exposition à un membre de la famille ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation; Cooper et al., 2024; Mair et al., 2012). Des études demeurent nécessaires afin de mesurer d'autres expériences ayant pu affecter le fonctionnement psycho-sexo-relationnel des survivantes. Des études qualitatives offriraient de nouvelles connaissances sur les expériences des survivantes pouvant améliorer la sensibilité des mesures quantitatives. De plus, la plupart des instruments de mesure utilisée dans la présente thèse étaient dichotomisés, ce qui rendait difficile l'obtention d'une image détaillée de la sévérité des expériences ou de la symptomatologie complexe des survivantes. En effet, les traumas interpersonnels en enfance et les expériences de victimisation (agression sexuelle à l'âge adulte et violence par un·e partenaire intime) étaient examinés en termes de « présence » ou « absence » de ce vécu, ce qui ne permet pas de bien contextualiser l'historique de victimisation de la survivante. Comme les données analysées dans le cadre de la thèse avaient été recueillies avant que celle-ci soit amorcée, certaines possibilités quant aux choix méthodologiques pour appréhender l'objet de recherche de la thèse n'ont pas pu être réalisées. Des études futures pourraient prendre en considération les éléments descriptifs des expériences vécues (p. ex., âge, relation avec perpéteur·trice, fréquence, durée, dévoilement) permettant de mieux refléter les variations interindividuelles. Néanmoins, les scores dichotomiques offrent des résultats plus faciles à interpréter pour guider les praticien·ne·s et produisent généralement des résultats similaires aux scores continus (DeCoster et al., 2009).

Deuxièmement, cette thèse a examiné de façon limitée les facteurs socio-environnementaux, tels que le niveau socioéconomique, l'orientation sexuelle, la race ou l'ethnie, et leur rôle dans l'expérience de revictimisation. Des études futures gagneraient à s'inspirer davantage de la posture intersectionnelle (Crenshaw, 1991) en mettant de l'avant ces éléments dans la collecte et l'analyse des données. Notamment, les recherches futures devraient pourrions étudier la réalité des femmes 2SLGBTQIA+, qui sont disproportionnellement touchées par les enjeux d'ASE et de violence subie en contexte de relation intime (Chen et al., 2020; López et Yeater, 2021). Cette population distincte mérite d'être étudiée afin d'en comprendre les spécificités et d'établir des pratiques d'intervention plus adaptées. Comme le modèle de la revictimisation proposée par la présente thèse inclut le contexte socioculturel comme composante pouvant influencer le risque de

revictimisation chez les femmes, les études futures gagneraient à examiner notamment le rôle de mythes du viol dans l'étude la revictimisation chez les survivantes d'ASE. Toutefois, les données analysées dans le cadre de la présente thèse, et particulièrement dans l'article 3, montrent que certains éléments, comme les fausses croyances intégrées par les survivantes, semblent transversaux, même au sein d'échantillons diversifiés.

Troisièmement, la présente thèse s'intéresse exclusivement aux répercussions et facteurs de vulnérabilités des femmes survivantes, comme les capacités du soi altérées. Or, toutes les femmes survivantes d'ASE ne sont pas systématiquement revictimisées. Les études futures gagneraient à se pencher sur d'autres variables pertinentes telles que les facteurs de résilience protégeant les femmes survivantes contre la revictimisation. Par exemple, des auteur·e·s proposent le modèle du porte-folio de la résilience, qui inclut différents éléments augmentant la résilience chez les survivant·e·s de traumatismes interpersonnels (Grych et al., 2015). Ces éléments peuvent être des atouts personnels (p. ex., capacité à trouver un sens à ses expériences, capacité d'empathie), les ressources de l'individu (p. ex., réseau de soutien social) et les éléments pouvant promouvoir une bonne santé psychologique (p. ex., développement de compétences) (Grych et al., 2015). Ces éléments

Finalement, cette thèse ne peut pas être écartée du point de vue de la candidate et des chercheur·e·s qui ont mené les études. La conceptualisation de l'étude et l'analyse des données ont été influencées par les caractéristiques personnelles de la candidate et des chercheur·e·s (p. ex., âge, antécédents professionnels et personnels, identité de genre), pouvant impliquer des biais. Cette thèse s'inscrit dans une posture féministe visant à mettre de l'avant les enjeux de pouvoir et oppressions vécus par les femmes dans le domaine privé et donner la parole aux survivantes.

Malgré les limites identifiées, cette thèse comporte plusieurs forces. Les résultats montrent que les séquelles émotionnelles ou affectives, identitaires et relationnelles jouent un rôle clé dans la revictimisation chez les femmes survivantes d'ASE, ce qui constitue un puissant levier pour l'intervention. Les différentes cibles et pistes d'interventions dégagées peuvent notamment guider les interventions et soins offerts aux survivantes d'ASE pour favoriser leur rétablissement ainsi prévenir le risque de subir de la VPI. De plus, la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives permet d'optimiser la qualité et la pertinence des résultats obtenus, tout en donnant une voix aux survivantes pour parler de leur propre réalité. La présente thèse voulait

mettre de l'avant les éléments communs retrouvés au sein des expériences des survivantes, sans oublier la pluralité des parcours individuels et la complexité des expériences vécues.

CONCLUSION

En guise de conclusion, rappelons que la présente thèse visait à mieux comprendre l'expérience de revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes adultes survivantes d'ASE. À l'aide d'un devis mixte (quantitatif et qualitatif), trois études composent la thèse, chacune ayant donné lieu à un article publié ou soumis dans une revue scientifique avec comité de pairs. Les trois études répondaient à trois sous-objectifs : 1) identifier des groupes en fonction des expériences de victimisation chez des femmes adultes consultant en thérapie sexuelle, 2) examiner les associations entre le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime par l'entremise des capacités du soi, et 3) documenter les points communs dans la façon dont les femmes survivantes perçoivent, comprennent, trouvent un sens ou expliquent leurs expériences d'ASE et de revictimisation en contexte de relation intime. Les travaux formant cette thèse ont permis d'élargir les connaissances actuelles sur l'ASE, la revictimisation et les capacités du soi.

D'abord, des analyses de classes latentes ont permis d'identifier trois classes ou groupes selon les expériences de victimisation interpersonnelle chez les femmes adultes consultant en thérapie sexuelle : 1) *Revictimisation par un-e partenaire intime*, 2) *Agression sexuelle à l'âge adulte*, et 3) *Moins d'expériences de victimisation*. La première classe regroupait les femmes rapportant davantage d'expériences de victimisation interpersonnelle et des altérations plus importantes au niveau des capacités du soi. La seconde classe rapportait à l'unanimité une agression d'agression sexuelle à l'âge adulte (revictimisation sexuelle spécifiquement), mais peu de revictimisations en contexte de relation intime. La troisième classe rapportait le moins d'expérience de victimisation interpersonnelle et d'altérations au niveau des capacités du soi. Ces résultats témoignent d'une prévalence élevée de traumatismes interpersonnels chez les femmes consultant en thérapie sexuelle et des potentielles séquelles que l'expérience de victimisation peut avoir sur les survivantes, notamment sur les capacités du soi.

Puis, des analyses acheminatoires ont établi les capacités du soi comme mécanismes explicatifs liant partiellement le trauma interpersonnel cumulatif en enfance et la revictimisation en contexte de relation intime chez les femmes adultes survivantes d'ASE consultant en thérapie sexuelle. Les

résultats identifient les altérations des capacités du soi, notamment les séquelles émotionnelles ou affectives (symptômes dépressifs, dysrégulation émotionnelle, activités réductrices de tension néfastes) et les séquelles relationnelles (conflits interpersonnels, évitement de l'intimité, anxiété abandonnique), comme facteurs de vulnérabilités pouvant augmenter leur risque de revictimisation en contexte de relation intime. Les résultats indiquent que les survivantes d'ASE ayant vécu plus de types différents de traumatismes interpersonnels en enfance sont plus à risque de revictimisation par un partenaire intime par l'entremise des capacités du soi altérées. Plus précisément, les altérations des capacités du soi au niveau émotionnel sont liées au risque de revictimisation physique et les altérations des capacités du soi au niveau relationnel sont liés au risque de revictimisation sexuelle par un·e partenaire intime. Cette étude offre une meilleure compréhension des processus impliqués dans le phénomène de la revictimisation.

Finalement, une méta-synthèse réalisée auprès de 15 études qualitatives portant sur l'ASE et la VPI chez les femmes révèle que les survivantes adhèrent à de fausses croyances et des distorsions cognitives. Deux grandes catégories conceptuelles ont été identifiées : 1) les obstacles à l'action : un système de croyances reflétant un sentiment d'impuissance apprise qui entrave la capacité des femmes à se protéger et à prévenir d'autres victimisations, et 2) une boussole interne brisée : des distorsions cognitives brouillant les capacités d'évaluation du risque et les repères, limitant leur habileté à rompre le cycle de la revictimisation. Ces éléments peuvent agir comme entraves à la recherche d'aide et à la prise d'action pour briser le cycle de la revictimisation.

Les trois études formant cette thèse ajoutent à l'état des connaissances sur l'ASE, les capacités du soi et la revictimisation, notamment en contexte de relation intime. Cependant, certaines limites sont à souligner compte tenu des choix théoriques et méthodologiques effectués. Dans le futur, des études mobilisant des facteurs de résilience et tenant compte du contexte socioculturel pourraient compenser les limites de la thèse. Les études portant sur la revictimisation en contexte de relation intime sont encore largement à développer afin de parfaire les connaissances des contextes favorisant la guérison des femmes survivantes d'ASE et briser le cycle de la revictimisation.

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

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 2024-2025 :	Martine Hébert, Ph.D., Université du Québec à Montréal Stella Gurreri, Ph.D., Université du Québec à Montréal Assistant.e.s de recherche de l'Unité de recherche et d'intervention sur le trauma et le couple (TRACE) dirigée par Natacha Godbout
Coordonnatrices :	Marianne Girard , M.A. girard.marianne.7@courrier.uqam.ca Stéphanie Pelletier , M.A. pelletier.stephanie@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 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 traitement, 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 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) que vous consultez. 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.

- 1) Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant cinq ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.
 - a) J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche.
 - b) Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche.
- 2) Acceptez-vous que la responsable du projet ou son/sa délégué(e) vous sollicite ultérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche?
 - a) Oui
 - b) Non

Personnes-ressources :

Vous pouvez contacter la responsable du projet au numéro (514) 987-3000 poste 6590 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec elle, ou contacter par courriel l'une de nos coordonnatrices pour des questions additionnelles sur le projet.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité au numéro 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : ciereh@uqam.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151.

Remerciements : Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous le souhaitez, un bilan pourra être remis à votre stagiaire-thérapeute (en cochant le choix applicable dans la section sur le consentement).

Consentement du/de la participant(e) :

Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter la responsable du projet (ou son/sa délégué(e)) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

En sélectionnant une seule des deux cases, j'accepte :

- a) de remplir les questionnaires et que mes résultats soient transmis à la stagiaire ou au stagiaire que je consulte seul(e) ou en couple.
- b) de remplir les questionnaires uniquement. En conséquence, mes résultats ne seront pas transmis à la stagiaire ou au stagiaire que je consulte seul(e) ou en couple.

ANNEXE B

INSTRUMENTS DE MESURE

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

SECTION 14. INVENTAIRE DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS

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	1 fois par année	2-5 fois par année	6-10 fois par année	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou 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), rabaissé(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) :

1. Se disaient des bêtises, se criaient par la tête, ou se rabaissaient.	0 1 2 3 4 5 6
2. Se bouscullaient, 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) :

3. m'a insulté(e) ou dit des choses blessantes.	0 1 2 3 4 5 6
4. m'a battu(e) ou frappé(e) ou donné des coups de poings ou coups de pieds.	0 1 2 3 4 5 6

Autres expériences au cours de l'enfance

- | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. | J'ai été intimidé(e) ou harcelé(e) par un ou plusieurs jeunes (« bullying »). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. | J'appréhendais la colère, je <i>marchais sur des œufs</i> 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 |
| 7. | 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 16 ans, avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes? (encerclez tout ce qui s'applique) :
 - a. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - b. Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - c. Autre(s) personne(s) connue(s) (ami(e), ami(e) de la famille, voisin(e), etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - d. Personne(s) inconnue(s), étranger(s) ayant au moins 5 ans de plus que vous
 - e. Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes
2. B) Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes? (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. Personne(s) en position d'autorité (enseignant(e), gardien(ne), entraîneur(e), etc.)
 - d. Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes.
3. C) 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? (encerclez tout ce qui s'applique) :
 - a. Partenaire(s) amoureux/se(s)
 - b. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
 - c. Cousin(e) ou autre(s) membre(s) de la famille élargie
 - d. Ami(e), voisin(e) ou autre(s) personne(s) connue(s)
 - e. Personne(s) inconnue(s), étranger(s)
 - f. 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 trois sous-questions (A, B et C) veuillez passer directement à la Partie 3 : APRÈS l'âge de 18 ans, page 30.**

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

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

5. Pendant combien de temps cela a-t-il duré ?
- a. 0 à 1 mois
 - b. 1 à 3 mois
 - c. 3 à 6 mois
 - d. 6 mois à 1 an
 - e. 1 à 3 ans
 - f. 3 à 5 ans
 - g. 5 ans et plus
6. Quel est le sexe de l'autre personne impliquée?
- ☐ Homme(s)
 - ☐ Femme(s)
 - ☐ Homme(s) et femme(s) (si plus d'une personne impliquée)
7. La première fois, quel était l'âge approximatif de l'autre personne impliquée? _____
8. Quel(s) geste(s) ont été posé(s)? (encerclez tout ce qui s'applique)
- a. Propositions verbales pour des actes sexuels
 - b. Exposition à des scènes sexuelles
 - c. Voyeurisme (on voulait vous voir nu(e))
 - d. Exhibitionnisme (on vous a montré ses organes génitaux)
 - e. Attouchement(s) sexuel(s) avec les mains ou autres (subi(s) ou pratiqué(s) sur l'autre)
 - f. Sexe oral (fellation(s), cunnilingus)
 - g. Relation(s) sexuelle(s) vaginale(s)
 - h. Relation(s) sexuelle(s) anale(s)
 - i. Viol collectif
 - j. Autres : _____
9. Est-ce qu'une personne a pu être au courant de cet acte à caractère sexuel, au moment où il s'est produit?
- a. 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)
 - b. Non, et je ne l'ai jamais dévoilé
 - c. Autre, précisez : _____
10. 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 20. ASPECTS DÉPRESSIFS

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases.

Pour chacun des groupes:

- 1) Lisez attentivement toutes les phrases;
- 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 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		
Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).				1	2	3	4	5 6 7
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
Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma/mes partenaire(s).				1	2	3	4	5 6 7
Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma/mes partenaire(s).				1	2	3	4	5 6 7
Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).				1	2	3	4	5 6 7
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
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
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
Je dis à peu près tout à mon/ma/mes partenaire(s).				1	2	3	4	5 6 7
Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma/mes partenaire(s).				1	2	3	4	5 6 7
Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(ses).				1	2	3	4	5 6 7
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

ANNEXE C

APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET SEXO



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2017-1254
Date : 11 novembre 2023

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 : Département de sexologie
Titre du protocole de recherche : Facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des patients en thérapie sexuelle
Source de financement (le cas échéant) : FRQSC
Date d'approbation initiale du projet : 2016-09-23

Équipe de recherche

Cochercheurs UQAM : Martine Hébert; Denise Medico
Étudiants réalisant un projet de thèse dans le cadre de cette recherche : Marianne Girard; Nadia Martel; Roxanne Bolduc

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé 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'éthique de la recherche doit être communiqué 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 2024**. 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.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2023-11-11 à 18:20

ANNEXE D
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE (EPTC2)

**Groupe en éthique
de la recherche**

Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER



Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Marianne Girard

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

24 août, 2016

ANNEXE E

AVIS DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2017-1254

Date : 15 janvier 2025

Nom de l'étudiant.e : Marianne Girard (GIRM03629208)

Titre du projet : Facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des patients en thérapie sexuelle

Programme d'étude : Doctorat en sexologie

Unité de rattachement : Département de sexologie

Direction de recherche : Natacha Godbout

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

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 **Marianne Girard** a réalisé son doctorat 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 2025-01-15 à 17:09

RÉFÉRENCES

- Allen, B. (2011). Childhood psychological abuse and adult aggression: The mediating role of self-capacities. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(10), 2093-2110. <https://doi.org/10.1177/0886260510383035>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, R., Vanderloo, M., et Wood, D. S. (2017). Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(2), 155-171. <https://doi.org/10.1177/1524838015602736>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Basile, K. C. (2008). Histories of violent victimization among women who reported unwanted sex in marriages and intimate relationships: Findings from a qualitative study. *Violence Against Women*, 14(1), 29-52. <https://doi.org/10.1177/1077801207311857>
- Batchelder, A. W., Safren, S. A., Coleman, J. N., Boroughs, M. S., Thiim, A., Ironson, G. H., ... et O'Cleirigh, C. (2021). Indirect effects from childhood sexual abuse severity to PTSD: The role of avoidance coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5476-NP5495. <https://doi.org/10.1177/0886260518801030>
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., et Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Ben-Amitay, G., Buchbinder, E., et Toren, P. (2015). Understanding sexual revictimization of women through metaphors: A qualitative research. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(8), 914-931. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1069773>
- Bender, A. K. (2017). Ethics, methods, and measures in intimate partner violence research: The current state of the field. *Violence Against Women*, 23(11), 1382-1413. <https://doi.org/10.1177/1077801216658977>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 38-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., et Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Marital and Sex Therapy*, 40(5), 434-443. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772548>

- Bigras, N., Bosisio, M., Daspe, M. È., et Godbout, N. (2020). Who am I and what do I need? Identity difficulties as a mechanism of the link between childhood neglect and adult sexual disturbances. *International Journal of Sexual Health*, 32(3), 267-281. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1796881>
- Bigras, N., et Godbout, N. (2020). Validation francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées au sein d'adultes de la communauté et d'un échantillon clinique. *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue Canadienne des sciences du comportement*, 52(4), 285-298. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., et Daspe, M. È. (2015). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse & Neglect*, 50, 85-93. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., et Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *The Journal of Sexual Medicine*, 14, 444-454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Bjørnholt, M. (2019). The social dynamics of revictimization and intimate partner violence: An embodied, gendered, institutional and life course perspective. *Nordic Journal of Criminology*, 20(1), 90-110. <https://doi.org/10.1080/14043858.2019.1568103>
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Chen, J., et Stevens, M. R. (2011). *National intimate partner and sexual violence survey: 2010 summary report*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Bogar, C. B., et Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Bouchard, S., Godbout, N., et Sabourin, S. (2009). Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(2), 106-121. <https://doi.org/10.1080/00926230802712301>
- Bourque, P., et Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218. <https://doi.org/10.1037/h0081254>
- Boyda, D., McFeeters, D., et Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis*, 7(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.917433>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

- Brassard, A., Tourigny, M., Dugal, C., Lussier, Y., Sabourin, S., et Godbout, N. (2020). Child maltreatment and polyvictimization as predictors of intimate partner violence in women from the general population of Quebec. *Violence Against Women*, 26(11), 1305-1323. <https://doi.org/10.1177/1077801219857824>
- Breiding, M., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., et Mahendra, R. R. (2015). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements (version 2.0)*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., et Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment. Dans J.A. Simpson et W.S. Rholes (dir.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Guilford Press.
- Brenner, I., Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Levi-Ogolic, M., Tolmacz, R., et Ben-Amitay, G. (2021). Attachment, sense of entitlement in romantic relationships, and sexual revictimization among adult CSA survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19-20), NP10720–NP10743. <https://doi.org/10.1177/0886260519875558>
- Breno, A. L., et Galupo, M. P. (2007). Sexual abuse histories of young women in the US child welfare system: A focus on trauma-related beliefs and resilience. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(2), 97-113. https://doi.org/10.1300/J070v16n02_06
- Briere, J. (1996). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. Dans J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, et T. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 140–157). Sage Publications.
- Briere, J. (2000). *IASC, Inventory of Altered Self-Capacities: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Dans J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid et C. Jenny (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment, 2nd edition*. Sage Publications.
- Briere, J., et Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 497-503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31803044e2>
- Briere, J., et Runtz, M. (2002). The inventory of altered self-capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment*, 9(3), 230-239. <https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>
- Briere, J., et Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*, 38(3), 515-527. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., et Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *The*

Journal of Nervous and Mental Disease, 185(2), 95-101.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199702000-00005>

Brillon, P. (2017). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Les Éditions Québec-Livres.

Brownmiller, S. (1975). *Against Our Will: Men, Women and Rape*. Simon & Schuster.

Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., et Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280.
<https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>

Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Northoff, G., Mucci, C., Ogliari, A., et Maffei, C. (2021). Dissociation and emotion regulation strategies: A meta-analytic review. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 370-387. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.011>

Cervantes, M. V., et Sherman, J. (2021). Falling for the ones that were abusive: Cycles of violence in low-income women's intimate relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13-14), 7595. <https://doi.org/10.1177/0886260519829771>

Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., et Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272-285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>

Charak, R., Vang, M. L., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., et Hyland, P. (2020). Lifetime interpersonal victimization profiles and mental health problems in a nationally representative panel of trauma-exposed adults from the United Kingdom. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 654-664. <https://doi.org/10.1002/jts.22527>

Chen, J., Walters, M. L., Gilbert, L. K., et Patel, N. (2020). Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States. *Psychology of Violence*, 10(1), 110-119. <https://doi.org/10.1037/vio0000252>

Chiu, C.-D., Chang, J.-H., et Hui, C. M. (2017). Self-concept integration and differentiation in subclinical individuals with dissociation proneness. *Self and Identity*, 16(6), 664-683. <https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1296491>

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Gunnar, M. R., et Toth, S. L. (2010). The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school-aged children. *Child Development*, 81(1), 252-269.

Classen, C. C., Palesh, O. G., et Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129.
<https://doi.org/10.1177/1524838005275087>

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., et Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in

- the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., et Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cooper, E., Adler-Baeder, F., et McGill, J. (2024). Dyadic links between adverse childhood experiences, mindfulness, and relationship quality in a diverse sample of couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. <https://doi.org/10.1177/02654075231226378>
- Côté, P. B., Flynn, C., Dubé, K., Fernet, M., Maheu, J., Gosselin-Pelerin, A., ... et Cousineau, M. M. (2022). “It made me so vulnerable”: Victim-blaming and disbelief of child sexual abuse as triggers of social exclusion leading women to homelessness. *Journal of Child Sexual Abuse*, 31(2), 177-195. <https://doi.org/10.1080/10538712.2022.2037804>
- Courtois, C. A., et Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Creswell, J. W., Shope, R., Plano Clark, V. L., et Green, D. O. (2006). How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools*, 13(1), 1-11.
- Criminal Code, R.S.C. (1985). c.34, s.150(1).
- Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., et Bélanger, C. (2021). Distinguishing among symptoms of post-traumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder in a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 186–196. <https://doi.org/10.1002/jts.22719>
- Daigneault, I., Hébert, M., et McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638-647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003>
- DeCoster, J., Iselin, A.-M. R., et Gallucci, M. (2009). A conceptual and empirical examination of justifications for dichotomization. *Psychological Methods*, 14(4), 349–366. <https://doi.org/10.1037/a0016956>
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., et Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, 17(6), 639-653. <https://doi.org/10.1891/vivi.17.6.639.33725>

- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: The role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(4), 25-51. https://doi.org/10.1300/J229v08n04_03
- DiLillo, D., Jaffe, A. E., Watkins, L. E., Peugh, J., Kras, A., et Campbell, C. (2016). The occurrence and traumatic impact of sexual revictimization in newlywed couples. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 5(4), 212–225. <https://doi.org/10.1037/cfp0000067>
- Dobash, R. E., et Dobash, R. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. Free Press.
- Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N., et Bélanger, C. (2016). *Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: An analysis of psychological and interpersonal sequelae*. IntechOpen.
- Dugal, C., Girard, M., Sabourin, S., Bélanger, C., Godbout, N., et Bates, E. A. (2021). Psychological intimate partner violence and childhood cumulative trauma: The mediating role of affect dysregulation, maladaptive personality traits, and negative urgency. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), 5101-5121. <https://doi.org/10.1177/0886260518801022>
- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M., et Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner Abuse*, 9(1), 18-40. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Dumarkaite, A., Truskauskaitė-Kuneviciene, I., Andersson, G., Mingaudaitė, J., et Kazlauskas, E. (2021). Effects of mindfulness-based internet intervention on ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder symptoms: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, 12(11), 2754–2766. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01739-w>
- Dworkin, E. R., Krahé, B., et Zinzow, H. (2021). The global prevalence of sexual assault: A systematic review of international research since 2010. *Psychology of Violence*, 11(5), 497–508. <https://doi.org/10.1037/vio0000374>
- Ellsberg, M., Heise, L., Pena, R., Agurto, S., et Winkvist, A. (2001). Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 32(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x>
- Else-Quest, N. M., et Hyde, J. S. (2016). Intersectionality in quantitative psychological research: I. Theoretical and epistemological issues. *Psychology of Women Quarterly*, 40(2), 155-170. <https://doi.org/10.1177/03616843166297>
- Erwin, E. J., Brotherson, M.J., et Summers, J.A. (2011). Understanding qualitative metasynthesis issues and opportunities in early childhood intervention research. *Journal of Early Intervention*, 33(3), 186–200. <https://doi.org/10.1177/1053815111425493>

- Farrington, D. P., et Loeber, R. (2000). Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10(2), 100–122. <https://doi.org/10.1002/cbm.349>
- Fassler, I. R., Amodeo, M., Griffin, M. L., Clay, C. M., et Ellis, M. A. (2005). Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect*, 29(3), 269–284. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.006>
- Filipas, H. H., et Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652–672. <https://doi.org/10.1177/0886260506286879>
- Finkelhor, D., et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., et Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411–1423. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Hamby, S. L., & Ormrod, R. K. (2011). *Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse* (NCJ 235504). Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojjdp/235504.pdf>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Ford, J. D. (2013). How can self-regulation enhance our understanding of trauma and dissociation? *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(3), 237–250. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.769398>
- Fortin, M-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives (3^e édition)*. Chenelière éducation.
- France, E. F., Ring, N., Thomas, R., Noyes, J., Maxwell, M., et Jepson, R. (2014). A methodological systematic review of what's wrong with meta-ethnography reporting. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-119>
- Gallegos, A. M., Lytle, M. C., Moynihan, J. A., et Talbot, N. L. (2015). Mindfulness-based stress reduction to enhance psychological functioning and improve inflammatory biomarkers in trauma-exposed women: A pilot study. *Psychological Trauma*, 7(6), 525–532. <https://doi.org/10.1037/tra0000053>
- Garson, G. D. (2008). *Path analysis*. Statistical Associates Publishing.

- Gewirtz-Meydan, A. (2020). The relationship between child sexual abuse, self-concept and psychopathology: The moderating role of social support and perceived parental quality. *Children and Youth Services Review*, 113, 104938. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104938>
- Girard, M., Dugal, C., Hébert, M., et Godbout, N. (2020). Is my sex life ok? The mediating role of sexual anxiety in the association between childhood sexual abuse and sexual coercion against women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(6), 717-733. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1774697>
- Girard, M., Fernet, M., et Godbout, N. (2023). “Like a mouse pursued by the snake”: A qualitative metasynthesis on the experiences of revictimization among women survivors of childhood sexual abuse and partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 2407–2420. <https://doi.org/10.1177/15248380231214783>
- Girard, M., Hébert, M., Godbout, N., Cyr, M., et Frappier, J. Y. (2021). A longitudinal study of suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: Depressive symptoms and affective dysregulation as predictors. *Journal of Traumatic Stress*, 34(6), 1132–1138. <https://doi.org/10.1002/jts.22608>
- Girme, Y. U., et Overall, N. C. (2023). Greater average levels of relatedness need fulfilment across daily and monthly life predict lower attachment insecurities across time. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2023, 026540752311623. <https://doi.org/10.1177/02654075231162390>
- Glaser, B.G., et Strauss, A.L. (2009). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Transaction Publishers.
- Godbout, N., Bigras, N., et Dion, J. (2016). Présence attentive et traumatismes interpersonnels subis durant l’enfance. Dans S. Grégoire, L. Lachance et L. Richer (dir.), *La présence attentive (Mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (p. 229-246). Presses de l’Université du Québec (PUQ).
- Godbout, N., Bolduc, R., Bigras, N., et Bélanger, A. (2012). *Traduction française de l’échelle de dissociation du TSI-2* [Document inédit]. Université du Québec à Montréal.
- Godbout, N., Daspe, M.-È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., et Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological Trauma*, 9(2), 127–137. <https://doi.org/10.1037/tra0000136>
- Godbout, N., Hodges, M., Briere, J., et Runtz, M. (2016). Structural analysis of the Trauma Symptom Inventory–2. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(3), 333-346. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1079285>
- Godbout, N., Morissette Harvey, F., Cyr, G., et Bélanger, C. (2020). Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: Examining the mediating role of mindfulness. *Mindfulness*, 11(7), 1723-1733. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01390-x>

- Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreatment*, 5(1), 5-17. <https://doi.org/10.1177/1077559500005001002>
- Grignoli, D., Boriati, D., et D'Ambrosio, M. (2024). From the patriarchal vision to the empowerment of women through secondary victimization and victim blaming. *Sociology and Social Work Review*, 8(1), 103-113. <https://doi.org/10.58179/SSWR8106>
- Grych, J., Hamby, S., et Banyard, V. (2015). The resilience portfolio model: Understanding healthy adaptation in victims of violence. *Psychology of Violence*, 5(4), 343–354. <https://doi.org/10.1037/a0039671>
- 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, Article 104481. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
- Guyon, R., Fernet, M., et Godbout, N. (2020). “A journey back to my wholeness”: A qualitative metasynthesis on the relational and sexual recovery process of child sexual abuse survivors. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 72-86. <https://doi.org/10.7202/1072589ar>
- Guyon, R., Fernet, M., et Hébert, M. (2019). Relational and sexual experiences of betrayal from the point of view of sexually victimized young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25. <https://doi.org/10.1177/0886260519888197>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., et Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hamberger, L. K., et Larsen, S. E. (2015). Men’s and women’s experience of intimate partner violence: A review of ten years of comparative studies in clinical samples; Part I. *Journal of Family Violence*, 30(6), 699-717. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9732-8>
- Hankivsky, O., et Draker, D.A. (2003). The economic costs of child sexual abuse in Canada. A preliminary analysis. *Journal of Health and Social Policy*, 17(2), 1-33. https://doi.org/10.1300/J045v17n02_01
- Hazan, C., et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hébert, M., Daigneault, I., et Van Camp, T. (2012). Aggression sexuelle et risque de revictimisation à l’adolescence: Modèles conceptuels et défis liés à la prévention. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L’agression sexuelle envers les enfants, Tome II* (chapitre 5, pp. 171-223). Presses de l’Université du Québec.

- Hébert, M., Daignault, I. V., Fournier, A., et Tremblay-Perreault, A. (2018a). Le traitement d'approche cognitive comportementale axé sur le trauma (TF-CBT) : Adaptation pour les cas de trauma complexe. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 165-190). Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Lapierre, A., MacIntosh, H. B., et Ménard, A. D. (2021). A review of mediators in the association between child sexual abuse and revictimization in romantic relationships. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(4), 385-406. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1801936>
- Hébert, M., Moreau, C., Blais, M., Lavoie, F., et Guerrier, M. (2017). Child sexual abuse as a risk factor for teen dating violence: Findings from a representative sample of Quebec youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(1), 51-61. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0119-7>
- Hébert, M., Langevin, R., et Oussaïd, E. (2018b). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- Hébert, M., et Parent, N. (2000). *Version française abrégée du Revised Conflict Tactics Scales (CTS–2)* [French version of the short form of Revised Conflict Tactics Scales] (M. A. Straus, S. L. Hamby, S. Boney-McCoy, et D. B. Sugarman, 1996). Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Herrenkohl, T. I., Fedina, L., Roberto, K. A., Raquet, K. L., Hu, R. X., Rousson, A. N., et Mason, W. A. (2022). Child maltreatment, youth violence, intimate partner violence, and elder mistreatment: A review and theoretical analysis of research on violence across the life course. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 314–328. <https://doi.org/10.1177/1524838020939119>
- Hlavka, H. R., Kruttschnitt, C., et Carbone-López, K. C. (2007). Revictimizing the victims? Interviewing women about interpersonal violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(7), 894-920. <https://doi.org/10.1177/0886260507301332>
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>

- Hunnicut, G. (2009). Varieties of patriarchy and violence against women: Resurrecting “patriarchy” as a theoretical tool. *Violence Against Women*, 15(5), 553–573. <https://doi.org/10.1177/1077801208331246>
- Iselin, A. M. R., Gallucci, M., et DeCoster, J. (2013). Reconciling questions about dichotomizing variables in criminal justice research. *Journal of Criminal Justice*, 41(6), 386–394. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.07.002>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikal, M., et Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Johnson, M. P., Leone, J. M., et Xu, Y. (2014). Intimate terrorism and situational couple violence in general surveys: Ex-spouses required. *Violence Against Women*, 20(2), 186–207. <https://doi.org/10.1177/1077801214521324>
- Joormann, J., et Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281–298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kennedy, A. C., Bybee, D., Adams, A. E., Moylan, C. A., et Prock, K. A. (2021). The effects of social location and situational factors on young women’s disclosure of intimate partner violence across relationships. *Violence and Victims*, 36(5), 1–19. <https://doi.org/10.1891/VV-D-21-00038>
- Kennedy, A. C., Palma-Ramirez, E., Bybee, D., et Jacobs, D. (2017). Cumulative victimization as a predictor of intimate partner violence among young mothers. *Psychology of Violence*, 7(4), 533–542. <https://doi.org/10.1037/vio0000071>
- Kerlin, A. M., et Sosin, L. S. (2017). Recovery from childhood sexual abuse: A spiritually integrated qualitative exploration of 10 women’s journeys. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 19(3), 189–209. <https://doi.org/10.1080/19349637.2016.1247411>
- Kim, J., et Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Kaminski, A., et Baumrind, N. (2007). Epidemiology and consequences of women’s revictimization. *Women's Health Issues*, 17(2), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.12.002>
- Kouvelis, G., et Kangas, M. (2021). Evaluating the association between interpersonal trauma and self-identity: A systematic review. *Traumatology*, 27(2), 118–148. <https://doi.org/10.1037/trm0000325>

- Krause-Utz, A., Dierick, T., Josef, T., Chatzaki, E., Willem, A., Hoogenboom, J., et Elzinga, B. (2021). Linking experiences of child sexual abuse to adult sexual intimate partner violence: The role of borderline personality features, maladaptive cognitive emotion regulation, and dissociation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00150-0>
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., et Johnson, S. M. (2015). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140–154. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>
- Laskey, P., Bates, E. A., et Taylor, J. C. (2019). A systematic literature review of intimate partner violence victimisation: An inclusive review across gender and sexuality. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.02.014>
- Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., et Shahar, G. (2018). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 121–129. <https://doi.org/10.1037/tra0000271>
- Leiva-Bianchi, M., Nvo-Fernandez, M., Villacura-Herrera, C., Mino-Reyes, V., et Varela, N. P. (2023). What are the predictive variables that increase the risk of developing a complex trauma? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 343, 153-165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.002>
- Li, D., Chu, C. M., et Lai, V. (2020). A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: A systematic and meta-analytic review. *Child Abuse Review*, 29(1), 27–47. <https://doi.org/10.1002/car.2592>
- Liendo, N. M., Wardell, D. W., Engebretson, J., et Reininger, B. M. (2011). Victimization and revictimization among women of Mexican descent. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(2), 206-214. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01230.x>
- Ligiéro, D. P., Fassinger, R., McCauley, M., Moore, J., et Lyytinen, N. (2009). Childhood sexual abuse, culture, and coping: A qualitative study of Latinas. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 67-80. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01475.x>
- Lindhorst, T. et Tajima, E. (2008). Reconceptualizing and operationalizing context in survey research on intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 362-388. <https://doi.org/10.1177/0886260507312293>
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., et Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
- López, G., et Yeater, E. A. (2021). Comparisons of sexual victimization experiences among sexual minority and heterosexual women. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP4250–NP4270. <https://doi.org/10.1177/0886260518787202>

- Lorenz, K., Kirkner, A., et Ullman, S. E. (2019). A qualitative study of sexual assault survivors' post-assault legal system experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(3), 263-287. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1592643>
- Lussier, Y. (1997). *Échelle révisée des stratégies de conflits conjugaux (CTS2)* [Document inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- MacIntosh, H. B., et Ménard, A. D. (2021). Where are we now? A consolidation of the research on long-term impact of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 253–257. <https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1914261>
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., et Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 593–614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- MacKinnon, D. P., et Fairchild, A. J. (2009). Current directions in mediation analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 16-20. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01598.x>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., et Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4
- Macy, R. J., Nurius, P. S., et Norris, J. (2006). Responding in their best interests: Contextualizing women's coping with acquaintance sexual aggression. *Violence Against Women*, 12(5), 478–500. <https://doi.org/10.1177/1077801206288104>
- Maguire, S. A., Williams, B., Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Mann, M. K., Teague, M., et Kemp, A. M. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development*, 41(5), 641–653. <https://doi.org/10.1111/cch.12227>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Manukrishnan, K. B. (2023). Surviving childhood sexual abuse: A qualitative study of the long-term consequences of childhood sexual abuse on adult women's mental health. *Journal of Psychosexual Health*, 5(4), 253-262. <https://doi.org/10.1177/2631831823122194>
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>
- Mathews, B., et Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>

- Matos, M., Conde, R., Goncalves, R., et Santos, A. (2015). Multiple victimization and social exclusion: A grounded analysis of the life stories of women. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 223–246. <https://doi.org/10.1177/0022167814546693>
- Menon, P., Chaudhari, B., Saldanha, D., Devabhaktuni, S., et Bhattacharya, L. (2016). Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 101–106. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196046>
- Messman-Moore, T. L., Brown, A. L., et Koelsch, L. E. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 253–261. <https://doi.org/10.1002/jts.20023>
- Messman-Moore, T. L., et Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537–571. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00203-9](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00203-9)
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., et DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967–976. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.004>
- Mikulincer, M., et Shaver, P. R. (2018). Attachment theory as a framework for studying relationship dynamics and functioning. Dans A. L. Vangelisti et D. Perlman (dir.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 175–185). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.015>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T. et Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Agression sexuelle*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/violence/agression-sexuelle/>
- Muthén, L. K., et Muthén, B. O. (1998-2017). *Mplus user's guide (8th ed.)*. Muthén & Muthén.
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., et Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
- Newsom, K., et Myers-Bowman, K. (2017). “I am not a victim. I am a survivor”: Resilience as a journey for female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(8), 927–947. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1360425>
- Noblit, G. W., et Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Sage Publications.

- Noll, J. G., et Grych, J. H. (2011). Read-React-Respond: An integrative model for understanding sexual revictimization. *Psychology of Violence*, 1(30), 202-215.
<https://doi.org/10.1037/a0023962>
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., et Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535-569.
<https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Paavilainen, E., Lepistö, S., et Flinck, A. (2014). Ethical issues in family violence research in healthcare settings. *Nursing Ethics*, 21(1), 43-52.
<https://doi.org/10.1177/0969733013486794>
- Palaganas, E. C., Sanchez, M. C., Molintas, V. P., et Caricativo, R. D. (2017). Reflexivity in qualitative research: A journey of learning. *Qualitative Report*, 22(2), 426-438.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2552>
- Palmer, R. L., Coleman, L., Chaloner, D., Oppenheimer, R., et Smith, J. (1993). Childhood sexual experiences with adults: A comparison of reports by women psychiatric patients and general-practice attenders. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 499-504.
<https://doi.org/10.1192/bjp.163.4.499>
- Papalia, N. L., Luebbers, S., Ogloff, J. R. P., Cutajar, M., Mullen, P. E., et Mann, E. (2017). Further victimization of child sexual abuse victims: a latent class typology of re-victimization trajectories. *Child Abuse & Neglect*, 66, 112-129.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.040>
- Papalia, N., Mann, E., et Ogloff, J. R. (2021). Child sexual abuse and risk of revictimization: Impact of child demographics, sexual abuse characteristics, and psychiatric disorders. *Child Maltreatment*, 26(1), 74-86. <https://doi.org/10.1177/1077559520932665>
- Pereda, N., et Gallardo-Pujol, D. (2014). One hit makes the difference: The role of polyvictimization in childhood in lifetime revictimization on a southern European sample. *Violence and Victims*, 29(2), 217-231. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00061r1>
- Pijlman, V., Eichelsheim, V., Pemberton, A., et de Waardt, M. (2023). “Sometimes it seems easier to push it away”: A study into the barriers to help-seeking for victims of sexual violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(11-12), 7530-7555.
<https://doi.org/10.1177/08862605221147064>
- Posada-Abadía, C. I., Marín-Martín, C., Oter-Quintana, C., et González-Gil, M. T. (2021). Women in a situation of homelessness and violence: a single-case study using the photo-elicitation technique. *BMC Women's Health*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01353-x>

- Rassart, C.-A., Paradis, A., Bergeron, S., et Godbout, N. (2022). Cumulative childhood trauma and parenting stress: The role of self-capacities among couples welcoming a newborn. *Child Abuse & Neglect*, 129, 105638. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105638>
- Repko, A. F. (2016). Defining Interdisciplinary Studies. Dans A. F. Repko, R. Szostak et M. P. Buchberger (Dirs), *Interdisciplinary Research: Process and Theory* (pp. 3-31). Sage.
- Resick, P. A., Monson, C. M., et Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.
- Rodriguez-Menés, J., Puig, D. et Sobrino, C. (2014). Poly-and distinct-victimization in histories of violence against women. *Journal of Family Violence*, 29(8), 849-858. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9638-x>
- Roller, C., Martsof, D. S., Draucker, C. B., et Ross, R. (2009). The sexuality of childhood sexual abuse survivors. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 49-60. <https://doi.org/10.1080/19317610802661870>
- Roodman, A. A. et Clum, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 183-204. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00045-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00045-8)
- Rutter, M. (1997). Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7(4), 265–285. <https://doi.org/10.1002/cbm.190>
- Ryan, K. M. (2019). Rape mythology and victim blaming as a social construct. Dans W. T. O'Donohue et P. A. Schewe (dir.), *Handbook of sexual assault and sexual assault prevention* (pp. 151–174). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23645-8_9
- Schindler-Gmelch, L., Capito, K., Steudte-Schmiedgen, S., Kirschbaum, C., et Berking, M. (2024). Hair cortisol research in posttraumatic stress disorder-10 years of insights and open questions. A systematic review. *Current Neuropsychology*, 22(10), 1697-1719. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230807112425>
- Scoglio, A. A. J., Molnar, B. E., Kraus, S. W., Saczynski, J. et Jooma, S. (2021). Systematic review of risk and protective factors for revictimization after child sexual abuse. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Senn, T. E., Carey, M. P., Venable, P. A., Coury-Doniger, P., et Urban, M. (2007). Characteristics of sexual abuse in childhood and adolescence influence sexual risk behavior in adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(5), 637-645. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9109-4>
- Seng, J. S., Low, L. K., Sparbel, K. J., et Killion, C. (2004). Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 604-613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03051.x>

- Senn, C. Y., Eliasziw, M., Hobden, K. L., Barata, P. C., Radtke, H. L., Thurston, W. E., et Newby-Clark, I. R. (2021). Testing a model of how a sexual assault resistance education program for women reduces sexual assaults. *Psychology of Women Quarterly*, 45(1), 20-36. <https://doi.org/10.1177/0361684320962561>
- Smith, L. S., et Stover, C. S. (2016). The moderating role of attachment on the relationship between history of trauma and intimate partner violence victimization. *Violence against Women*, 22(6), 745-764. <https://doi.org/10.1177/107780121561086>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_4
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., et Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C., et Livingston, J. A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 52-60. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.52>
- Træen, B., et Sørensen, D. (2008). A qualitative study of how survivors of sexual, psychological and physical abuse manage sexuality and desire. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 377-391. <https://doi.org/10.1080/14681990802385699>
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., et Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 40, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.024>
- Valdez, C. E., Lim, B. H., et Lilly, M. M. (2013). "It's going to make the whole tower crooked": Victimization trajectories in IPV. *Journal of Family Violence*, 28, 131-140. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9476-7>
- van Dijke, A., Hopman, J. A., et Ford, J. D. (2018). Affective dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1400878. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>

- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., et Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., et Wilson, L. C. (2019). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 67-80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
- Wang, Y. P., et Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35, 416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., et Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision)p;pé. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2022). *Violence against children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- World Health Organization. (2024). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Xiao, Y., et Watson, M. (2019). Guidance on conducting a systematic literature review. *Journal of Planning Education and Research*, 39(1), 93–112. <https://doi.org/10.1177/0739456X17723971>
- Ylitervo, L., Veijola, J., et Halt, A. H. (2023). Emotional neglect and parents' adverse childhood events. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 66(1), e47. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2420>
- Zamir, O., Szepsenwol, O., Englund, M. M., et Simpson, J. A. (2018). The role of dissociation in revictimization across the lifespan: A 32-year prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 79, 144-153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.001>
- Zerubavel, N., Messman-Moore, T. L., DiLillo, D., et Gratz, K. L. (2018). Childhood sexual abuse and fear of abandonment moderate the relation of intimate partner violence to

severity of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(1), 9-24.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1289491>

Zhang, T., Hoddenbagh, J., McDonald, S., et Scrim, K. (2013). *Une estimation de l'incidence économique de la violence conjugale au Canada en 2009*. http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/rr12_7/rr12_7.pdf

Zwickl, S., et Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(1), 16-32.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2010.530251>

Zhang, B., Wong, A., Constantino, R. E., et Hui, V. (2024). The association between psychological distress, abusive experiences, and help-seeking among people with intimate partner violence. *BMC Public Health*, 24(1), 1060. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18350-y>

Zukerman, G., Pinhas, M., et Icht, M. (2023). Hypervigilance or shutdown? Electrophysiological processing of trauma-unrelated aversive stimuli after traumatic life events. *Experimental Brain Research*, 241(4), 1185-1197. <https://doi.org/10.1007/s00221-023-06578-w>