

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ÉTAT DE SANTÉ SEXUELLE DE JEUNES FEMMES ADULTES AYANT  
RAPPORTÉ UNE AGRESSION SEXUELLE À L'ENFANCE

---

THÈSE  
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
CÉLINE LACELLE

Avril 2012

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.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les gens qui ont su m'appuyer au cours des dernières années. Tout d'abord un gros merci à ma directrice Martine Hébert qui a su être patiente et encourageante dans les moments difficiles. Merci Martine de m'avoir donné la chance de prendre part à ce beau projet de recherche. Je tiens également à remercier tous mes collègues du laboratoire et du département de psychologie pour leur écoute, les belles conversations et les mots d'encouragements. Un gros merci à Manon Robichaud et à Pierre McDuff pour leur soutien (et leur sens de l'humour) lors des analyses statistiques.

Un gros merci à mes quatre beaux enfants, Alexia, Jessy, Shawn et Nicholas. Votre amour, votre patience, vos sourires et vos câlins m'ont permis de trouver le courage de continuer dans les moments les plus difficiles. Merci pour votre compréhension lorsque je m'endormais devant la télévision lors de nos samedis « cinémas en famille ». Merci également pour les déjeuners au lit et les journées de ménage en famille. À mon fils Shawn, je tiens à te remercier pour nos belles conversations au sujet des difficultés associées à ta condition. Tu me permets d'être une meilleure personne, une meilleure mère et une meilleure psychologue. Je vous aime mes amours.

À toi, Denis, mon grand amour. Sans ta patience, ta compréhension et ton amour inconditionnel, je n'aurais jamais été en mesure de compléter le chemin menant à ce doctorat. Tu as su m'écouter et me reconforter dans les moments les plus difficiles. Merci pour toutes les fois où tu as fait l'épicerie, lavé le plancher, préparé les repas et les lunchs des enfants. Merci d'avoir accepté d'être à la fois le père et la mère lorsque je devais m'absenter pendant plusieurs jours afin d'avancer la rédaction de cette thèse. Merci d'avoir compris mes besoins et d'avoir accepté ces longs moments de séparation. Je sais à quel point ces moments étaient difficiles pour toi. Enfin, je tiens

à te remercier pour notre beau mariage. Cette magnifique journée restera à jamais graver dans ma mémoire. Je t'aime mon amour.

À mes anges gardiens, Pierre et Margot, qui m'ont toujours appuyé, écouté et soutenu, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour toutes les fois où vous avez été présents auprès de mes enfants alors que je devais m'absenter. Merci de leur avoir donné votre temps et votre amour. Je vous serai toujours reconnaissante. À ma copine Julie, merci pour ton écoute, ton soutien et ton sens de l'humour. Nos soupers entre filles m'ont permis de me ressourcer dans les moments plus difficiles. Un gros merci également à mes parents pour leur compréhension surtout lors de la saison de la chasse. Merci à ma mère pour m'avoir transmis son sens de l'humour et à mon père pour m'avoir transmis son courage et sa détermination.

Je tiens également à remercier Marguerite et Pauline de l'auberge Nuits de Saint-Georges qui m'ont accueilli à plusieurs reprises dans leur belle auberge lorsque je n'arrivais pas à travailler à partir de la maison. Un merci tout spécial à Pauline pour son beau sourire le matin, ses bons déjeuners et les belles discussions.

Enfin, je veux également remercier ma grand-mère Régina, ma belle-mère « Minou », Catie, et mon ami Pierre pour leur amour inconditionnel ainsi que pour leurs mots d'encouragement. J'aurais tant voulu que vous soyez présent en ce moment. Vous aurez toujours une place dans mon cœur et dans ma mémoire.

*Céline*



## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCTION .....	1
Agression sexuelle et santé sexuelle: modèle conceptuel .....	4
Le lien entre l'ASE et la santé sexuelle .....	6
<i>Les comportements sexuels à risque</i> .....	6
<i>Les problèmes sexuels et l'appréciation subjective de la vie sexuelle</i> .....	10
Les caractéristiques spécifiques de l'ASE : la sévérité de l'ASE .....	13
Les stratégies d'adaptation.....	15
L'optimisme .....	17
L'effet de la cooccurrence des autres formes de victimisation à l'enfance .....	18
Limites méthodologiques des études menées à ce jour.....	20
OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE THÈSE .....	22
Chapitre I.....	24
Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse.....	25
Abstract .....	27
Method .....	34
<i>Participants</i> .....	34
<i>Measures</i> .....	34
<i>Procedure</i> .....	39
<i>Data analyses</i> .....	39
Results.....	40
<i>Description of CSA characteristics</i> .....	41
<i>Comparison between CSA survivors and non CSA participants</i> .....	41
<i>Mediation Analyses</i> .....	43

<i>Moderation Analyses</i> .....	45
Discussion .....	46
<i>Clinical implications</i> .....	52
<i>Limitations of the present study</i> .....	53
References .....	54
Chapitre II .....	69
Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. ....	70
Abstract .....	72
Current Study .....	72
Method .....	78
<i>Participants</i> .....	78
<i>Measures</i> .....	79
<i>Procedure</i> .....	84
Results.....	84
<i>Childhood victimization experiences of women with and without a CSA history</i> .....	85
<i>Experiences of childhood violence and women's sexual health outcomes</i> .....	85
<i>Contribution of CSA severity and other forms of victimization in predicting women's sexual health outcome</i> .....	86
<i>Contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of CV in predicting women's sexual health outcomes</i> .....	87
Discussion .....	88
<i>Implications for interventions</i> .....	91
<i>Limitations of the present study</i> .....	92
References .....	93
DISCUSSION GÉNÉRALE .....	105
Le lien entre la sévérité de l'ASE et la santé sexuelle des femmes .....	106
L'impact des variables personnelles : les stratégies d'adaptation et de l'optimisme..	109

L'impact de la cooccurrence des autres formes de victimisation et de l'exposition à de multiples formes de victimisation à l'enfance.....	114
Limites de la présente thèse .....	117
Forces de la présente thèse .....	119
Implications cliniques .....	120
Pistes de recherches futures .....	124
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	127
RÉFÉRENCES.....	129
ANNEXE A: LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION ET L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE I.....	144
ANNEXE B: LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION ET L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE II .....	149

## LISTE DES TABLEAUX

	Page
Chapitre I	
Table 1. <i>Sexual health outcomes by women's victimization status.</i> .....	64
Table 2. <i>Pearson correlation coefficients among study variables.</i> .....	65
Table 3. <i>Summary of hierarchical regression analysis for maladaptive coping, and optimism predicting sexual health outcomes.</i> .....	66
Table 4. <i>Summary of hierarchical regression analysis for maladaptive coping, and optimism predicting sexual health outcomes.</i> .....	67
Chapitre II	
Table 1. <i>Prevalence of childhood victimization experiences by women with and without a CSA history.</i> .....	100
Table 2. <i>Sexual health outcomes by women's victimization status.</i> .....	101
Table 3. <i>Correlations among study variables.</i> .....	102
Table 4. <i>Regression analysis for single abuse variables predicting three indicators of women's sexual health.</i> .....	103
Table 5. <i>Regression analysis for CSA and cumulative variables predicting three indicators of women's sexual health.</i> .....	104

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASE	Agression sexuelle à l'enfance
CSA	Child sexual abuse
ITS	Infection transmise sexuellement
STI	Sexually transmitted infection



## RÉSUMÉ

L'agression sexuelle à l'enfance (ASE) est considérée comme étant un important problème de santé publique pouvant être associée à des conséquences néfastes notamment sur la santé sexuelle. L'objectif principal de la présente thèse était d'examiner le lien entre l'ASE et les conséquences reliées à la santé sexuelle. Plus spécifiquement, la présente étude visait à explorer l'impact de l'ASE sur plusieurs dimensions reliées à la santé sexuelle des femmes telles que les comportements sexuels à risque, la présence de problèmes sexuels et de concept de soi sexuel négatif. Les données concernant l'ASE, les stratégies d'adaptation, l'optimisme, les autres formes de violence à l'enfance et les indicateurs de santé sexuelle ont été recueillies par l'intermédiaire de questionnaires auto-rapportés et des questionnaires informatisés auprès d'un échantillon de 889 jeunes femmes adultes âgées de 20 à 23 ans provenant de la province du Québec.

Le premier chapitre de la présente thèse présente les résultats provenant d'une étude qui examine l'association entre la sévérité de l'ASE et les conséquences reliées à la santé sexuelle des femmes. De plus, cette étude vérifie également si les stratégies d'adaptation et l'optimisme exercent un effet médiateur ou modérateur dans l'association entre l'ASE et la santé sexuelle. Les résultats révèlent que les femmes avec une histoire d'ASE (c.-à-d. impliquant une pénétration ou tentative de pénétration) déclarent davantage de conséquences néfastes reliées à leur santé sexuelle incluant la présence de problèmes sexuels et de comportements sexuels à risque alors que les survivantes d'ASE impliquant des attouchements seulement sont davantage susceptibles d'avoir un concept de soi sexuel négatif notamment de rapporter plus de sentiments négatifs lors des activités sexuelles. Les résultats suggèrent également que l'utilisation de stratégies axées sur les émotions agit en tant que variable médiatrice dans le lien entre l'ASE et le concept de soi sexuel négatif alors que l'optimisme exerce un rôle médiateur dans la relation entre l'ASE et les conséquences reliées au concept de soi sexuel négatif et aux comportements sexuels à risque. Les résultats n'offrent pas de soutien pour aucun des modèles modérateurs proposés.

Le second chapitre de la présente thèse porte sur les résultats provenant d'une étude qui examine le lien entre l'ASE et les conséquences reliées à la santé sexuelle des femmes incluant les comportements sexuels à risque, les problèmes sexuels et le concept de soi sexuel négatif tout en contrôlant pour les effets de plusieurs autres formes de violence telles que l'abus psychologique, l'abus physique, être témoin de violence conjugale et de l'exposition à de multiples formes de victimisation. Les résultats suggèrent que les survivantes d'ASE rapportent plus souvent une histoire de victimisations multiples à l'enfance comparativement aux femmes sans histoire d'ASE. Les femmes ayant vécu à la fois une ASE ainsi que l'exposition à de multiples formes de victimisation sont plus à risque d'être aux prises avec des

conséquences néfastes incluant la participation dans des comportements sexuels à risque, la présence de problèmes sexuels et un concept de soi sexuel négatif. Les résultats des analyses de régression indiquent également que la sévérité de l'ASE est associée de façon significative avec des conséquences reliées à la santé sexuelle même lorsque les effets des autres formes de victimisation sont contrôlés. De plus, les résultats provenant des analyses de régression révèlent que la sévérité de l'ASE de même que l'exposition à de multiples formes de victimisation contribuent à la prédiction des conséquences reliées à la santé sexuelle incluant les comportements sexuels à risque, les problèmes sexuels et le concept de soi sexuel négatif.

Les données issues de la présente thèse soulignent le fait que les survivantes d'ASE plus sévère sont plus susceptibles de s'engager dans des comportements sexuels à risque pouvant être potentiellement néfastes pour leur santé ainsi que d'afficher davantage de problèmes liés à la santé sexuelle que les femmes sans histoire de violence sexuelle. De plus, des facteurs personnels notamment, les stratégies d'adaptation axées sur les émotions et l'optimisme à l'égard du futur, peuvent être d'importantes cibles d'interventions dans la promotion de la santé sexuelle et le bien-être sexuel auprès des survivantes d'ASE. Par ailleurs, les femmes ayant vécu à la fois une ASE et de multiples autres formes de violence sont particulièrement vulnérables à s'impliquer dans des comportements sexuels à risque pouvant affecter négativement leur état de santé. Ainsi, les interventions cliniques optimisant la santé sexuelle peuvent être particulièrement pertinentes auprès d'un sous-groupe de survivantes d'ASE.

Mots-clés : agression sexuelle, santé sexuelle, comportements sexuels à risque, stratégies d'adaptation, optimisme.



## ABSTRACT

Child sexual abuse (CSA) is considered as an important public health problem that can have adverse consequences namely on sexual health. The main purpose of the present thesis was to examine the relationship between CSA and women's sexual health outcomes. More specifically, the objective was to explore the impact of CSA on various dimensions related to women's sexual health such as engaging in risky sexual behaviors, the presence of sexual problems, and of negative sexual self-concept. Data regarding sexual abuse, coping strategies, optimism, other forms of childhood victimization and various sexual health outcomes were collected through self-reported questionnaires and computerized questionnaires with a sample of 889 young adult women from the province of Quebec aged 20 to 23 years old.

The first chapter of the present thesis presents findings from a study that examined the association between CSA severity and women's sexual health outcomes. Furthermore, this study also investigated maladaptive coping strategies and optimism as possible mediators and moderators of this relationship. The results indicated that women with a severe CSA history (i.e. involving penetration or attempted penetration) were more likely to report more adverse sexual health outcomes including suffering from sexual problems and engaging in more high-risk sexual behaviors while survivors of CSA involving touching only were at greater risk of reporting more negative sexual self-concept such as experiencing negative feelings during sex than were non abused participants. The results also suggest that emotion-oriented coping mediates the link between CSA and negative sexual self-concept while optimism mediates the link between CSA and outcomes related to both, negative sexual self-concept and high-risk sexual behaviors. No support was found for any of the proposed moderation models.

The second chapter highlighted findings from a study that examined the association between CSA and outcomes related to women's sexual health including risky sexual behaviors, sexual problems, and sexual self-concept while controlling for various forms of childhood victimization such as physical abuse, psychological abuse, and witnessing parental violence as well as multiple forms of victimization. The results suggest that CSA survivors are more likely to report having also experienced other forms of childhood victimization than are women without CSA. Women with a history of both CSA and multiple forms of childhood victimization appear at greater risk of experiencing more adverse outcomes including risky sexual behaviors, sexual problems and negative sexual self-concept. The results of regression analyses also reveal that CSA severity is significantly related to women's sexual health outcomes even when controlling for the effect of single forms of childhood victimization. Furthermore, the results from regression analyses also indicate that CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization



are both significantly related to indicators of women's sexual health outcomes including risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept.

Findings from the present thesis highlight the fact that survivors of more severe CSA are more likely to engage in high-risk sexual behaviors that are potentially harmful to their health as well as to experience more sexual problems than women without a history of sexual victimization. Furthermore, personal factors, namely emotion-oriented coping strategies and optimism regarding the future may be important targets for interventions optimizing sexual health and sexual well-being in CSA survivors. Moreover, women who experienced CSA as well as multiple forms of childhood victimization appear to be more likely to engage in risky sexual behaviors that are potentially harmful to their health. Hence, clinical interventions optimizing sexual health may be particularly helpful for a specific subgroup of CSA survivors.

**Keywords:** child sexual abuse, sexual health, risky sexual behaviors, coping strategies, optimism.

## INTRODUCTION

L'agression sexuelle à l'enfance (ASE) représente un problème de santé publique très important tant au Québec, au Canada, qu'ailleurs dans le monde puisque des données récentes indiquent qu'entre 15% et 30% des femmes rapportent avoir vécu une ASE (Briere & Elliott, 2003; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009; Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Les taux varient considérablement d'une étude à l'autre. En fait, la prévalence de l'ASE demeure difficile à déterminer en raison des différentes définitions utilisées à travers les études (Haugaard, 2000), des diverses méthodes d'échantillonnages, de la variété des procédures de collectes de données et de la réticence possible des participantes à dévoiler une situation abusive (Gorey & Leslie, 1997). Malgré que les hommes sont également susceptibles de révéler une histoire d'ASE, la présente étude porte uniquement sur les femmes en raison du taux de prévalence moins élevé typiquement observé auprès des participants de sexe masculin (Hébert et al., 2009; Pereda et al., 2009). Certains chercheurs ont proposé que ces plus faibles taux s'expliqueraient par différents facteurs dont le fait que les hommes sont peut-être plus réticents à dévoiler la présence d'une ASE en raison de leur plus grande honte et crainte d'être étiquetés comme homosexuels si l'agresseur est un homme ou d'être considérés faibles si l'agresseur est une femme (Pereda et al., 2009).

La définition de ce qui constitue une ASE varie grandement d'une étude à l'autre (Heiman & Heard-Davison, 2004; Senn, Carey, & Vanable, 2008). Certaines études ont utilisé des critères très larges pour définir l'ASE en incluant des éléments tels que des gestes sexuels sans contact (c.-à-d. exhibitionnisme) alors que d'autres études ont défini l'ASE de façon plus restrictive en incluant seulement les activités sexuelles avec pénétration (Senn et al., 2008). Malgré le manque de consensus au niveau de la définition de l'ASE, les éléments les plus communs de l'ASE comprennent la présence de tout contact sexuel obtenu par l'utilisation de la

coercition ou de la manipulation par un individu occupant une position relative de pouvoir sur une victime considérée légalement comme un enfant (Heiman & Heard-Davison, 2004; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Dans un document publié par le gouvernement du Québec, la définition de l'agression sexuelle proposée est la suivante :

... 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. (Gouvernement du Québec, 2001, p.22).

Dans la présente thèse, la définition proposée de ce qui constitue une ASE inclut des critères plus larges variant des actes sexuels sans contacts (p. ex., l'exhibitionnisme) aux gestes plus intrusifs tels que la pénétration ou la tentative de pénétration.

L'ampleur de la problématique de l'ASE s'est accompagnée d'une reconnaissance grandissante que certaines victimes peuvent développer plusieurs conséquences néfastes à long terme tant sur le plan de la santé mentale (dépression, anxiété, faible estime de soi, tentative de suicide, abus de substances), et la santé physique que sur le risque de vivre à nouveau de la violence sexuelle (c.-à-d. revictimisation) à l'âge adulte (Doll, Koenig, & Purcell, 2004). De plus, certains auteurs ont également suggéré que les difficultés observées chez les survivantes d'ASE peuvent persister sur de longues périodes de temps (Briere & Elliot, 1993; Senn et al., 2008). Ainsi, ces données confirment l'importance du besoin de services tant médicaux que psychologiques que nécessitent les survivantes d'ASE.

Certains auteurs proposent que les survivantes d'ASE peuvent également faire face à des difficultés importantes reliées à leur santé sexuelle incluant un risque accru

de rapporter des problèmes sexuels et d'afficher certains comportements sexuels à risque (Doll et al., 2004; Senn et al., 2008; Zwickl & Merriman, 2011). Une inquiétude majeure est issue du lien potentiel entre l'ASE et l'implication future dans une variété de comportements sexuels à l'âge adulte pouvant mener à un risque important de s'exposer à des infections transmissibles sexuellement (ITS) incluant le VIH/Sida (Greenberg, 2001). Ainsi, des chercheurs ont récemment souligné l'importance de poursuivre les recherches portant sur le lien entre l'ASE et les conséquences associées sur le plan de la santé sexuelle à l'âge adulte afin d'identifier des cibles potentielles d'interventions (Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2008).

Toutefois, la définition de ce qui constitue la santé sexuelle varie considérablement selon les différents auteurs. Selon Hendriks (1992), la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale et ne se limite pas au fait d'éviter les ITSs, le VIH et le sida. La santé sexuelle comprend des éléments tels que le comportement sexuel, le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle ainsi que les aspects reliés à la reproduction (Heiman & Heard-Davison, 2004). Kalmuss (2004), pour sa part, définit la santé sexuelle comme l'intégration positive de la sexualité à l'intérieur de la vie d'une personne. Cet état se reflète par la capacité de prendre plaisir ainsi que de prendre des décisions à l'égard des comportements sexuels et reproductifs de manière à respecter ses droits et ses choix sexuels de même que ceux des autres (Kalmuss, 2004). Dans un document publié par Santé Canada (2008), la définition de la santé sexuelle proposée est la suivante :

La santé sexuelle est aussi importante pour la qualité de la vie que d'autres aspects clés de la santé et constitue un aspect fondamental de la vie humaine. La santé sexuelle englobe la connaissance de soi, les possibilités d'épanouissement et d'expérimentation de la sexualité, la faculté d'avoir des relations intimes et des relations interpersonnelles harmonieuses de même que la capacité d'assumer diverses expressions de la sexualité comme l'amour, la joie, l'affection, la sensualité ou le célibat. Notre attitude envers la sexualité, notre capacité de comprendre et d'accepter notre propre sexualité ainsi que notre propension à faire des choix éclairés et à respecter ceux des autres, sont

autant d'aspects essentiels qui façonnent tant notre personnalité que la manière dont nous interagissons avec notre milieu. (p.6).

### **Agression sexuelle et santé sexuelle: modèle conceptuel**

Certains auteurs ont tenté d'expliquer la variabilité des conséquences observées auprès des survivantes d'ASE en proposant des modèles conceptuels. Dans leur modèle des dynamiques traumagéniques, Finkelhor et Browne (1985) ont proposé certaines hypothèses afin d'expliquer le lien entre une expérience d'ASE et les conséquences notamment sur les répercussions négatives liées à la santé sexuelle. La théorie des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) propose quatre processus par lesquels l'ASE peut altérer la perception d'une personne, soit : la trahison, l'impuissance, la stigmatisation et la sexualisation traumatique.

La dynamique de trahison concerne le processus par lequel l'enfant réalise qu'une personne dont il dépend lui a causé du mal. La dynamique de l'impuissance réfère aux sentiments ressentis par l'enfant lorsque ce dernier réalise que son espace personnel a été envahi et qu'il ne peut échapper aux expériences d'agression. La dynamique de stigmatisation concerne les sentiments (c.-à-d. honte, blâme) et les messages négatifs qui sont transmis à l'enfant par l'agresseur de façon directe ou encore par les membres de l'entourage de façon indirecte suite au dévoilement de l'ASE. Les dynamiques de trahison, d'impuissance et de stigmatisation ont souvent été associées à des symptômes spécifiques tels que la dépression et l'anxiété (Finkelhor & Browne, 1985).

La dynamique de la sexualisation traumatique réfère spécifiquement au processus par lequel la sexualité d'un enfant est façonnée de manière inappropriée suite à l'ASE et permet de mieux comprendre l'impact d'une ASE sur divers aspects de la santé sexuelle (Senn et al., 2008). La sexualisation traumatique peut apparaître



lorsqu'un enfant reçoit une récompense (attention, échanges de biens, etc.) pour des comportements sexuels inappropriés en regard de son niveau de développement. Selon Finkelhor (1987), la sexualisation traumatique a un impact sur le concept de soi sexuel, sur les perceptions des relations sexuelles et peut mener à des dysfonctions sexuelles et à une probabilité accrue de s'engager dans des comportements sexuels à risque. Certaines survivantes d'ASE peuvent ainsi être confuses à propos des normes sexuelles et peuvent avoir tendance à sexualiser leurs relations confondant ainsi l'acte sexuel avec des marques d'affection. Selon Finkelhor et Browne (1985), ces croyances et perceptions à l'égard de la sexualité, façonnées par la victimisation sexuelle pendant l'enfance, peuvent faciliter les relations sexuelles tôt dans les débuts d'une relation alors que les partenaires sont occasionnels. De plus, ces pensées peuvent promouvoir l'utilisation de la sexualité afin d'obtenir l'affection d'un partenaire ou encore, pour répondre à des besoins affectifs et non sexuels (Finkelhor, 1987). Ainsi, l'expérience d'ASE semble être un facteur de risque particulièrement important en ce qui concerne le développement ultérieur de difficultés au niveau de la santé sexuelle.

Une meilleure compréhension du lien entre l'ASE et les comportements sexuels à risque représente un enjeu majeur sur le plan de la santé publique puisque ces comportements peuvent mener à davantage de conséquences néfastes liées à la santé sexuelle telles que l'acquisition du VIH/Sida (Senn et al., 2008; Widom & Kuhns, 1996). La présente étude propose donc d'explorer le lien entre l'ASE et la santé sexuelle en incluant une variété d'indicateurs recoupant divers aspects de la sexualité humaine (Heiman & Heard-Davison, 2004; Kalmuss, 2004; Lemieux & Byers, 2008). Ainsi, les dimensions retenues comprennent les comportements sexuels pouvant poser un risque pour la santé sexuelle (incluant une histoire passée ou actuelle d'ITS), la présence de problèmes sexuels (p. ex., problèmes gynécologiques ou génito-urinaires) de même que les dimensions liées à l'appréciation subjective de la santé sexuelle et au concept de soi sexuel telles que la satisfaction sexuelle,

l'anxiété sexuelle et la présence de sentiments négatifs (p. ex., peur, dégoût, honte) lors des activités sexuelles. Cette définition plus globale de la santé sexuelle représente un atout important de la présente étude en regard des études publiées à ce jour. En effet, la plupart des recherches se sont penchées seulement sur un des aspects de la sexualité humaine tel que les comportements sexuels à risque (Senn et al., 2008) sans toutefois s'attarder aux autres éléments de la santé sexuelle tels que la satisfaction sexuelle (Lemieux & Byers, 2008). Les sections suivantes portent sur le lien entre l'ASE et diverses variables reliées à la santé sexuelle telles que les comportements sexuels à risque, les problèmes sexuels ainsi que l'appréciation subjective de la vie sexuelle.

### **Le lien entre l'ASE et la santé sexuelle**

#### *Les comportements sexuels à risque*

Selon les données provenant d'une récente recension des écrits (voir recension de Senn et al., 2008), les survivantes d'ASE seraient davantage susceptibles de s'engager dans des comportements sexuels à risque incluant: un début précoce des relations sexuelles consentantes; un nombre plus élevé de partenaires sexuels depuis le début de la vie sexuelle active; l'utilisation plus fréquente d'alcool ou de drogue lors des relations sexuelles; l'utilisation moins fréquente de protection adéquate (c.-à-d. condom) contre l'acquisition d'ITS lors des relations sexuelles (Arriola, Loudon, Doldren, & Fortenberry, 2005; Paolucci et al., 2001).

*Âge lors de la première relation sexuelle consentante.* Selon les données provenant de plusieurs recherches, les survivantes d'ASE débuteraient leur vie sexuelle active (c.-à-d. relationnelle sexuelle consentante) à un plus jeune âge que leurs pairs sans histoire d'ASE (Browning & Laumann, 1997; Champion, Piper, Shain, Perdue, & Newton, 2001; Chen, Dunne, & Han, 2004; Hillis, Anda, Felitti, & Marchbanks, 2001; Meston, Heiman, & Trapnell, 1999; Molitor, Ruiz, Klausner, &

McFarland, 2000; Noll, Trickett, & Putnam, 2003; Steel & Herlitz, 2005). D'ailleurs, selon Fergusson, Horwood et Lynskey (1997), les survivantes d'ASE plus sévère (c.-à-d. avec pénétration ou tentative de pénétration) seraient six fois plus à risque que les femmes n'ayant pas été abusées sexuellement de s'engager dans des relations sexuelles consentantes avant l'âge de 16 ans.

*Nombre de partenaires sexuels à vie.* Les données issues de plusieurs recherches révèlent également que les survivantes d'ASE, comparativement aux femmes sans histoire d'ASE, rapportent un nombre plus élevé de partenaires sexuels que ce soit au cours des derniers mois (Champion et al., 2001; Meston et al., 1999; NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001; Parillo, Freeman, Collier, & Young, 2001; Roosa, Tein, Reinholtz, & Angelini, 1997; Senn, Carey, Vanable, Coury-Doniger, & Urban, 2006; Weinreb, Goldberg, Lessard, Perloff, & Bassuk, 1999; Wingood & DiClemente, 1997) ou depuis le début de la vie sexuelle active (Champion et al., 2001; Grimstad & Schei, 1999; Hillis et al., 2001; Johnsen & Harlow, 1996; Meston et al., 1999; Senn & Carey, 2010; Walser & Kern, 1996; Wenninger & Heiman, 1998).

*Utilisation de drogue ou d'alcool lors des relations sexuelles.* De plus, selon certains chercheurs, les femmes ayant vécu une ASE rapportent davantage de pratiques sexuelles risquées telles que l'usage de drogue ou d'alcool lors d'activités sexuelles comparativement aux jeunes femmes sans histoire d'ASE (NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001; Shrier, Pierce, Emans, & DuRant, 1998). D'ailleurs, certains auteurs stipulent que le recours à l'usage de drogue ou d'alcool lors de relations sexuelles pourrait agir en tant que médiateur dans la relation entre l'ASE et un risque accru de s'engager dans des comportements sexuels à risque (NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001). Ainsi, les survivantes pourraient avoir recours à l'utilisation de ces substances dans le but de mieux gérer les effets résiduels découlant de leur expérience d'ASE (NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001).



Toutefois, l'utilisation de ces substances pourrait interférer avec leurs capacités cognitives diminuant ainsi les inhibitions sexuelles et compromettant le processus de prise de décision ce qui pourrait, en retour, mener à des pratiques sexuelles à risque telles que le fait d'avoir des relations sexuelles avec un nombre élevé de partenaires sexuels différents (NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001).

*L'absence de protection adéquate lors des relations sexuelles (c.-à-d. condom).* Les récentes recensions des écrits révèlent également que les femmes avec un passé d'ASE rapportent davantage de relations sexuelles non protégées comparativement aux femmes non abusées (Greenberg et al., 1999; Johnsen & Harlow, 1996; Mullings, Marquart, & Brewer, 2000; NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001; Senn & Carey, 2010; Senn et al., 2006; Roosa et al., 1997). Ainsi, les survivantes d'ASE semblent être plus à risque de contracter une ITS en raison de leur tendance à moins utiliser une protection adéquate lors de leurs activités sexuelles.

*Le risque accru de contracter une ITS ou de recevoir un diagnostic d'ITS par un professionnel de la santé.* Les pratiques sexuelles risquées dans lesquelles s'engagent les survivantes d'ASE pourraient expliquer la probabilité plus élevée de rapporter une histoire d'ITS auprès de cette population. En effet, les résultats provenant de plusieurs études indiquent que les femmes avec un passé d'ASE sont plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic d'ITS par un professionnel de la santé (Browning & Laumann, 1997; Champion et al., 2001; Fergusson et al., 1997; Greenberg et al., 1999; Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg, & Marchbanks, 2000; Hulme, 2000; Kenney, Reinholtz, & Angelini, 1998; Petrack, Byrne, & Baker, 2000; Senn et al., 2006; Wingood & DiClemente, 1997).

#### *Conclusions sur le lien entre l'ASE et les comportements sexuels à risque*

Les données issues de la récente recension de Senn et ses collègues (2008) concluent à une association entre l'expérience d'ASE et une participation

subséquente dans des comportements sexuels à l'âge adulte. Cependant, l'analyse des données de recherche suggère que certaines études indiquent l'absence d'un lien significatif entre l'ASE et la présence de pratiques sexuelles risquées à l'âge adulte incluant un nombre plus élevé de partenaires sexuels (Molitor et al., 2000; Noll et al., 2003; Petrak et al., 2000), une fréquence plus élevée de relations sexuelles non protégées (Medrano, Desmond, Zule, & Hatch, 1999; Parillo et al., 2001; Petrak et al., 2000; Wingood & DiClemente, 1997) et la présence d'un diagnostic récent ou passé d'ITS (Grimstad & Schei, 1999; Noll et al., 2003). De plus, les résultats rapportés dans les recensions des écrits mentionnées précédemment doivent être interprétés avec prudence étant donné la présence de diverses limites méthodologiques présentes dans la majorité des études recensées. Par exemple, une proportion importante des recherches comprenaient des échantillons de convenance impliquant des étudiantes provenant de milieux collégiaux ou universitaires (Brener, McMahon, Warren, & Douglas, 1999; Johnsen & Harlow, 1996; Meston et al., 1999), de cliniques de soins de santé (Champion et al., 2001; Grimstad & Schei, 1999; Hillis et al., 2001; NIMH Multisite Prevention Trial Group, 2001; Petrak et al., 2000), de minorités ethno-culturelles (Fiscella, Kitzman, Cole, & Sidora, 1998; Wingood & DiClemente, 1997), de groupes de femmes à risque pour le VIH (Greenberg et al., 1999; Parillo et al., 2001; Thompson, Potter, Sanderson, & Maibach, 1997) et de femmes issues de milieux défavorisés (Molitor et al., 2000; Weinreb et al., 1999) limitant ainsi la généralisation des résultats. Seulement quelques études portaient sur des échantillons de femmes issues de la communauté (Browning & Laumann, 1997; Fergusson et al., 1997; Wenninger & Heiman, 1998; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997). De plus, la définition de ce qui constituait une ASE variait considérablement d'une étude à l'autre (voir recension de Senn et al., 2008).

Malgré les diverses limites soulevées, les données provenant de ces diverses études semblent néanmoins suggérer la présence d'un lien entre l'ASE et la participation subséquente dans des comportements sexuels à l'âge adulte pouvant

potentiellement compromettre la santé sexuelle des femmes. Bien que les femmes agressées sexuellement durant l'enfance soient plus susceptibles de s'engager dans une variété de comportements sexuels à risque, le fonctionnement sexuel des survivantes d'ASE ne peut être complètement documenté sans également considérer l'évaluation subjective de leur santé sexuelle et leur bien-être sexuel (Lemieux & Byers, 2008). Par ailleurs, les résultats témoignent d'une variabilité importante des conséquences liées à l'agression sexuelle, soulignant la pertinence d'explorer la contribution possible de certains facteurs médiateurs, dont les variables personnelles.

#### *Les problèmes sexuels et l'appréciation subjective de la vie sexuelle*

Selon Maltz (2001), l'expérience d'ASE peut mener à des conséquences à long terme sur plusieurs aspects de la sexualité incluant la façon dont une femme se sent à l'égard de son corps, la façon dont elle perçoit les relations sexuelles, la façon dont elle s'exprime sexuellement et la façon dont elle vit le plaisir physique et l'intimité avec les autres personnes. De plus, certaines survivantes d'ASE rapporteraient entretenir davantage d'attitudes négatives à l'égard de la sexualité incluant une peur des relations sexuelles, une incapacité à ressentir du plaisir ou de l'excitation lors des activités sexuelles de même qu'un manque de désir sexuel (Vogeltanz et al. 1999; Zwickl & Merriman, 2011).

*Les problèmes sexuels.* Plusieurs études ont noté une corrélation positive entre l'ASE et la présence subséquente de problèmes sexuels à l'âge adulte tels que l'aversion sexuelle, le manque d'intérêt ou de plaisir à l'égard des activités sexuelles (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1994; Wenninger & Heiman, 1998). Par exemple, lors d'une étude auprès d'un échantillon aléatoire de 2 250 participantes tirées de la communauté, Mullen et ses collègues (1994) ont trouvé que les survivantes d'ASE étaient plus susceptibles de rapporter la présence d'au moins un problème sexuel comparativement aux femmes



sans histoire d'ASE. De plus, certains auteurs ont mentionné que les survivantes d'ASE sont plus susceptibles d'être aux prises avec une variété de difficultés sexuelles (Meston et al., 1999; Mullen et al., 1994; Noll et al., 2003; Westerlund, 1992) telles que de ressentir plus de culpabilité sexuelle (Walser & Kern, 1996), de souffrir davantage de dysfonctions sexuelles selon les critères définis dans le DSM-III-R (Sarwer & Durlak, 1996), de même que de rapporter la présence de problèmes gynécologiques (Lesserman, 2005) comparativement aux femmes sans histoire d'ASE. Cependant, la plupart de ces études ont utilisé une description générale ou des termes vagues tels que problèmes sexuels ou difficultés sexuelles sans toutefois préciser la nature exacte du problème ou de la difficulté vécue par les participantes de leur étude (Fleming et al., 1999; Meston et al., 1999; Mullen et al., 1994). De plus, la majorité des études recensées ne précisent pas si ces problèmes sexuels découlent de trouble sexuel ou de symptômes physiques liés à une condition médicale. Ainsi, ce manque de spécificité contribue au manque de compréhension à l'égard de l'impact de l'ASE sur la santé sexuelle (Lemieux, 2003).

*Satisfaction sexuelle.* Quelques études ont également exploré le lien entre l'ASE et le niveau de satisfaction sexuelle de femmes adultes. Ainsi, certaines études ont noté un niveau de satisfaction sexuelle inférieure auprès des femmes ayant vécu une ASE comparativement aux femmes sans histoire d'ASE (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1989; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habib, 1990; Mullen et al., 1994). Ainsi, comparativement aux femmes sans histoire d'ASE, les résultats de certaines études indiquent que les survivantes d'ASE seraient moins satisfaites à l'égard de leur vie sexuelle (Finkelhor et al., 1989; Jackson et al., 1990). Cependant, des résultats provenant d'une récente étude n'indiquent aucune différence entre les participantes avec ou sans histoire d'ASE en ce qui a trait à leur niveau de satisfaction sexuelle globale (Lemieux & Byers, 2008). Cette divergence de résultats pourrait s'expliquer en partie par la variété des mesures et des définitions de l'ASE et de la satisfaction sexuelle utilisées à travers les différentes études. Par exemple, dans

l'étude de Lemieux et Byers (2008), les auteurs ont utilisé un questionnaire plus détaillé pour évaluer la satisfaction sexuelle (Global Measure of Sexual Satisfaction, GMSEX) des participantes. De plus, Lemieux et Byers (2008) ont également considéré la sévérité de l'ASE en incluant deux groupes distincts de survivantes d'ASE (c.-à-d. attouchement vs. pénétration ou tentative de pénétration).

*Anxiété sexuelle.* Les problèmes sexuels auxquels les survivantes d'ASE doivent faire face peuvent également inclure des difficultés émotionnelles reliées à la sexualité telles que l'anxiété sexuelle. Cependant, peu d'études portant sur les répercussions de l'ASE ont évalué de façon spécifique le niveau d'anxiété sexuelle auprès des survivantes d'ASE. Malgré l'absence d'une définition précise du concept d'anxiété sexuelle, certains auteurs stipulent que les femmes ayant vécu une ASE ressentiraient davantage d'émotions négatives durant les activités sexuelles telles que de l'anxiété (Easton, Coohy, O'Leary, Zhang, & Hua, 2011). Par exemple, une étude de Wenniger et Heiman (1998) suggère que les survivantes d'ASE ressentiraient plus d'aversion sexuelle et moins d'attraction sexuelle comparativement aux femmes sans histoire d'ASE.

*Sentiments négatifs durant les activités sexuelles.* Certaines études indiquent également que les femmes ayant subi une ASE semblent plus susceptibles de rapporter des sentiments négatifs à l'égard de la sexualité ou durant les activités sexuelles incluant des sentiments de colère, de peur, de honte et de dégoût (Meston, Rellini, & Heiman, 2006; Schloretd & Heiman, 2003).

*Conclusions sur les problèmes sexuels et l'appréciation subjective de la vie sexuelle.*

Malgré les données issues de plusieurs recherches suggérant un lien potentiel entre l'ASE et des difficultés subséquentes au niveau de la santé sexuelle incluant les problèmes d'ordre sexuel, certaines études ont rapporté des résultats non significatifs

en ce qui a trait au lien entre l'ASE et le niveau de satisfaction sexuelle (Bartoi & Kinder, 1998; Greenwald, Leitenberg, Cado, & Tarran, 1990; Meston et al., 1999; Senn et al., 2008) et les difficultés d'anorgasmie ou l'évitement des relations sexuelles (Bartoi & Kinder, 1998). Par contre, dans l'ensemble, les recherches semblent indiquer la présence d'un lien entre un passé d'ASE et la présence de difficultés sexuelles, de détresse sexuelle ou de problèmes d'ordre sexuel (Zwickl & Merriman, 2011). De plus, l'évitement sexuel, la détresse sexuelle et la culpabilité sexuelle sont également associés avec l'ASE (Camuso & Rellini, 2010; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Leonard & Follette, 2002; Zwickl & Merriman, 2011).

Par ailleurs, selon certains auteurs, un vécu d'ASE pourrait mener à une altération ou une distorsion du système de croyances des survivantes et ainsi à une déformation de leur concept de soi sexuel (Finkelhor & Browne, 1985; Lemieux & Byers, 2008). Différents auteurs stipulent également que certaines caractéristiques reliées aux ASE notamment, la sévérité des gestes sexuels posés contribuerait à davantage de difficultés subséquentes reliées à la santé sexuelle auprès des survivantes ayant vécu une ASE impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration (Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2008).

### **Les caractéristiques spécifiques de l'ASE : la sévérité de l'ASE**

Plusieurs auteurs ont proposé que certaines caractéristiques spécifiques aux ASE incluant l'âge lors de l'agression, la durée, le recours à la force et la relation avec l'agresseur représentent des facteurs de risque pouvant être associés à des conséquences néfastes à long terme (Bennett, Hugues, & Luke, 2000; Johnson, Pike, & Chard, 2001; Pettigrew & Burcham, 1997; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000; Yancey & Hansen, 2010). Cependant, il semble que la sévérité de l'ASE soit une variable particulièrement importante en ce qui a trait aux conséquences reliées à la santé sexuelle. En effet, plusieurs auteurs ont rapporté la présence d'un lien



significatif entre l'ASE sévère (c.-à-d. impliquant pénétration ou tentative de pénétration) et davantage de difficultés liées à la santé (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Lemieux & Byers, 2008). Par exemple, l'ASE sous sa forme la plus sévère soit, avec pénétration ou tentative de pénétration, a été associée à davantage de comportements sexuels à risque (Fergusson et al., 1997; Hillis et al., 2001; Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2006) et de difficultés sexuelles (Lemieux & Byers, 2008) que l'ASE sous sa forme la moins sévère (c.-à-d. impliquant des actes d'exhibitionnismes ou des attouchements sexuels). Ainsi, la santé sexuelle des survivantes pourrait être davantage compromise lorsque ces dernières rapportent avoir vécu une ASE plus sévère puisque ces expériences pourraient s'avérer particulièrement traumatisantes pour la survivante (Fleming et al., 1999; Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2006).

Par ailleurs, Lemieux et Byers (2008) proposent que l'ASE sévère (c.-à-d. avec pénétration ou tentative de pénétration) serait associée à davantage de sexualisation traumatique à l'âge adulte ce qui pourrait, par conséquent, se traduire par davantage de conséquences néfastes liées à la santé sexuelle. La sévérité de l'ASE représente donc un des facteurs potentiellement importants dans la compréhension des diverses répercussions associées à l'expérience de violence sexuelle subie à l'enfance.

Bien que plusieurs études révèlent un lien entre la sévérité de l'ASE et la sévérité des conséquences subséquentes, il existe néanmoins des indices suggérant que la diversité des conséquences liées à l'ASE ne peut être adéquatement expliquée par cette variable à elle seule (Zwickl & Merriman, 2011). Ainsi, d'autres variables pourraient potentiellement expliquer la variabilité des conséquences observée auprès des survivantes d'ASE. Certains auteurs ont proposé des modèles comprenant des variables modératrices ou médiatrices afin de rendre compte de l'hétérogénéité des conséquences chez les survivantes d'ASE (Zwickl & Merriman,

2011). Parmi celles-ci, il existe une littérature grandissante suggérant que les stratégies d'adaptation (c.-à-d. coping) pourraient représenter des variables modératrices ou médiatrices potentiellement importantes pour déterminer les conséquences à long terme tant sur le plan de la santé mentale, physique que sexuelle (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003; Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003; Runtz & Schallow, 1997).

### **Les stratégies d'adaptation**

Les stratégies d'adaptation font référence aux pensées et aux comportements utilisés par un individu afin de faire face à une situation perçue comme stressante ou menaçante (Folkman, 1984). Plusieurs mesures de stratégies d'adaptation ont été proposées. En général, les auteurs regroupent ces stratégies (c.-à-d. cognitives, émotionnelles, et comportementales) en deux catégories, soit les stratégies d'approche ou d'évitement (Lazarus, 1993; Zwickl & Merriman, 2011). Les stratégies d'approche ont été décrites comme étant des stratégies axées sur la résolution du problème puisque ces dernières font référence à des moyens plus actifs pour gérer une situation (Zwickl & Merriman, 2011). Des exemples de stratégies d'approche incluent des stratégies telles que la recherche de soutien et la résolution de problèmes. Les stratégies d'évitement ou axées sur les émotions, pour leur part, ont été décrites comme étant des stratégies visant à minimiser l'impact émotionnel d'un événement, et ce, par l'entremise de pensées et de comportements dont la fonction est l'évitement (Wright, Crawford, & Sebastian, 2007; Zwickl & Merriman, 2011).

Plusieurs études ont rapporté que l'expérience d'ASE est souvent associée avec l'utilisation de stratégies d'évitement ou axées sur les émotions (Leitenberg, Greenwald, & Cado, 1992; Walsh, Fortier, & DiLillo, 2010). De plus, les résultats issus de certaines études ont révélé que l'utilisation de stratégies d'évitement telles que le déni, la dissociation, le désengagement et l'isolation est associée avec



d'avantage de détresse psychologique tandis que l'utilisation de stratégies axées sur la résolution de problèmes est liée à une meilleure adaptation psychologique (Bal et al., 2003; Brand & Alexander, 2003; Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett, 1996; Leitenberg et al., 1992; Merrill, Thomsen, Sinclair, & Milner, 2001; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999; Walsh et al., 2010). Selon certains auteurs, l'utilisation de stratégies d'évitement ou axées sur les émotions représenterait possiblement les stratégies les plus risquées pour les survivantes d'ASE (Spaccarelli, 1994). Par exemple, certains auteurs ont suggéré que les survivantes d'ASE pouvaient recourir à des stratégies d'adaptation considérées comme étant autodestructrices (p. ex., automutilation, comportements sexuels à risque) et dont la fonction pouvait être associée avec la régulation des émotions, la dissociation de souvenirs douloureux reliés à l'ASE et à des tentatives de détruire l'identité de soi attachée au fait d'être une victime de l'ASE (Zwickl & Merriman, 2011). Ainsi, le recours à ces stratégies pourrait être bénéfique et efficace à court terme afin de réduire le stress et les émotions négatives reliées à une expérience traumatisante vécue, mais, à plus long terme, le recours à ces stratégies serait plutôt associé à d'importants problèmes d'adaptation (Walsh et al., 2010).

Plus récemment, Walsh et ses collègues (2010) citent des études qui montrent que les stratégies d'évitement agissent en tant que variables médiatrices dans la relation entre l'ASE et les conséquences négatives à l'âge adulte et seraient parmi les facteurs-clés par lesquels la violence sexuelle peut nuire à l'adaptation des survivantes à plus long terme (Walsh et al., 2010). Ainsi, l'ASE pourrait mener à davantage d'utilisation de stratégies dont la fonction principale est l'évitement et un plus grand recours à ce type de stratégies serait, en retour, associé à davantage de conséquences négatives (Walsh et al., 2010; Zwickl & Merriman, 2011).

Par ailleurs, Walsh et ses collègues (2010) mentionnent également que d'autres études ont indiqué que les stratégies d'évitement agissent plutôt en tant que

variables modératrices et pourraient contribuer à exacerber les effets négatifs à long terme de l'exposition à une ASE (Steel et al., 2004; Walsh et al., 2010). Ainsi, une plus grande utilisation de stratégies d'évitement serait associée à davantage de conséquences néfastes chez les survivantes d'ASE alors qu'un moins grand recours à ce type de stratégies serait associé à moins de conséquences négatives à long terme auprès des femmes avec un passé d'ASE (Walsh et al., 2010). Ainsi, Walsh et ses collègues (2010) suggèrent d'explorer ces stratégies à la fois comme de possibles variables modératrices et médiatrices lors des recherches futures portant sur le lien entre l'ASE et les conséquences à plus long terme. Outre les stratégies d'adaptation inefficaces, il existe une littérature qui témoigne du rôle possible de l'optimisme dans le lien entre l'expérience d'un trauma et les conséquences à long terme reliées à la santé.

### **L'optimisme**

La propension à percevoir la vie de façon positive a longtemps été associée avec le bien-être physique et psychologique mais elle n'a pas été documentée de façon systématique jusqu'à plus récemment (Steed, 2002). Selon certains auteurs, l'optimisme représenterait une tendance générale à construire et à répondre au futur perçu de façon positive (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010). Très peu de recherches dans le domaine de l'ASE ont considéré l'optimisme comme un des facteurs pouvant affecter les conséquences à long terme auprès des survivantes d'ASE (Swanston, Nunn, Oates, Tebbutt, & O'Toole, 1999). Cependant, si l'optimisme est associé au bien-être physique et psychologique, il est possible qu'un faible niveau d'optimisme soit associé à une diminution du bien-être physique et psychologique voire même au bien-être sexuel.

Récemment, certains auteurs ont également suggéré que la présence d'un événement traumatique au cours de la vie d'un individu pourrait contribuer à diminuer le niveau d'optimisme auprès des survivants d'un trauma (Peterson, 2000).

Le niveau d'optimisme pourrait donc s'avérer être un facteur important à considérer dans la compréhension des répercussions à plus long terme de la violence sexuelle. De plus, il semble qu'un lien existe entre la présence de certains symptômes de dépression notamment, le désespoir (c.-à-d. peu d'optimisme), et une tendance accrue à s'engager dans des comportements sexuels à risque (Nyamathi, Flaskerud, & Leake, 1997). Par exemple, le fait d'entretenir peu d'optimisme à l'égard du futur pourrait peut-être mener à des sentiments d'indifférence à l'égard de la maladie ou même la mort (Slonim-Nevo & Mukuka, 2007). Par conséquent, certains individus avec un faible niveau d'optimisme pourraient s'engager dans des comportements sexuels à risque sans égard aux conséquences pour leur futur (Slonim-Nevo & Mukuka, 2007).

À notre connaissance, aucune étude n'a exploré le rôle potentiel de l'optimisme dans le lien entre l'ASE et les conséquences au niveau de la santé sexuelle. Cependant, des données issues de certaines études semblent suggérer que l'optimisme pourrait agir en tant que variable modératrice ou médiatrice entre la présence d'un événement stressant (p. ex., événement traumatique, violence physique) et les conséquences à long terme (Brodhagen & Wise, 2008). Ainsi, l'inclusion de la variable de l'optimisme dans la présente étude pourra amener une contribution significative dans le domaine de la recherche portant sur le lien entre l'ASE et les conséquences à l'âge adulte. Par ailleurs, les recherches menées au cours des dix dernières années suggèrent que la cooccurrence d'autres formes de violence durant l'enfance est une variable importante pouvant exacerber les effets néfastes de la violence sexuelle (Hahm, Lee, Ozonoff, & Van Wert, 2010; Senn & Carey, 2010).

### **L'effet de la cooccurrence des autres formes de victimisation à l'enfance**

Selon plusieurs études, la plupart des femmes qui rapportent une histoire d'ASE mentionnent également avoir subi d'autres formes de violence durant leur enfance telles que la violence physique, la violence psychologique et être témoins de



violence conjugale (Clemmons, Walsh, DiLillo, & Messman-Moore, 2007; Felitti et al., 1998; Fergusson & Mullen, 1999; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Higgins & McCabe, 2001; Meston et al., 1999; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996). La cooccurrence des autres formes de violence pourrait donc potentiellement exacerber les effets néfastes associés à l'exposition à l'ASE.

De plus, plusieurs de ces autres formes de victimisation ont également été associées à des conséquences néfastes à long terme incluant davantage de difficultés liées à la santé sexuelle (Felitti et al., 1998; Meston et al., 1999; Schloretdt & Heiman, 2003). Par exemple, Schloretdt et Heiman (2003) ont comparé le fonctionnement et le comportement sexuel de trois groupes de participantes qui étaient composés de femmes avec : 1) une histoire de violence sexuelle et de violence physique; 2) une histoire de violence sexuelle seulement; et 3) aucune histoire passée de violence sexuelle ou physique. Le groupe de femmes ayant vécu les deux formes de violence (c.-à-d. sexuelle et physique) différait du groupe de femmes sans aucune histoire de violence passée en ce qui a trait aux sentiments négatifs vécus lors des activités sexuelles ainsi que le nombre de partenaires sexuels (Schloretdt & Heiman, 2003). Cependant, il n'y avait aucune différence entre le groupe de femmes avec seulement une histoire de violence sexuelle et les deux autres groupes de femmes au niveau des sentiments négatifs vécus lors des activités sexuelles ainsi que le nombre de partenaires sexuels (Schloretdt & Heiman, 2003). Ainsi, ces résultats semblent suggérer que le fait d'être exposé à une expérience d'ASE peut ne pas être aussi déterminant que le fait d'être exposé à une combinaison de violence sexuelle et physique en ce qui concerne les conséquences liées aux difficultés sexuelles à l'âge adulte (Zwickl & Merriman, 2011).

Plus récemment, certains auteurs ont postulé que la cooccurrence de plusieurs formes différentes de violence à l'enfance pourrait exercer un effet cumulatif sur les

personnes ayant vécu également de la violence sexuelle (Dong, Anda, Dube, Giles, & Felitti, 2003; Finkelhor et al., 2007). Ainsi, il s'avère donc important de considérer la présence de plusieurs autres formes de victimisation durant l'enfance dans le but de mieux comprendre l'état de santé sexuelle des survivantes d'ASE (Hahm et al., 2010; Senn & Carey, 2010). La présence de violence psychologique et physique de même que la violence conjugale dans l'environnement familial des jeunes femmes constitue possiblement des variables importantes pouvant prédire ou influencer les conséquences reliées à la santé sexuelle des femmes. Cependant, à notre connaissance ces variables ont peu été considérées dans les études antérieures en tant que possible facteur de risque supplémentaire pouvant influencer plusieurs facettes de la santé sexuelle des survivantes d'ASE.

Certains auteurs ont considéré d'autres formes de violence lors d'études portant sur le lien entre l'ASE et la présence de comportements sexuels à risque (p. ex., Hahm et al., 2010; Senn & Carey, 2010). Cependant, ces études ont porté uniquement sur une des dimensions de la santé sexuelle (c.-à-d. comportements sexuels à risque). De plus, dans l'une des rares études ayant inclus plusieurs indicateurs de santé sexuelle, les auteurs ont inclus seulement quelques formes de violence (c.-à-d. physique et psychologique) sans toutefois considérer l'impact de l'exposition à de multiples formes de victimisation pouvant avoir un effet cumulatif sur les survivantes d'ASE (Lemieux & Byers, 2008). En effet, la présence de multiples formes de victimisation chez certaines survivantes d'ASE pourrait potentiellement exacerber les conséquences négatives sur la santé sexuelle de ces dernières (Banyard, Williams, & Siegel, 2001).

### **Limites méthodologiques des études menées à ce jour**

Cette recension des écrits a permis d'établir la pertinence de poursuivre les recherches sur le lien entre l'ASE et les conséquences à long terme reliées à la santé

sexuelle des survivantes d'ASE. En général, les résultats de recherches suggèrent la présence d'un lien entre l'ASE et une participation subséquente dans des comportements sexuels à risque, la présence de problèmes sexuels et de difficultés au niveau de l'appréciation subjective de la sexualité. Cependant, la plupart des études antérieures présentent des limites sur le plan méthodologique telles que l'utilisation d'échantillons trop petits (p. ex., Bartoi & Kinder, 1998,  $n = 175$ ; Noll et al., 2003,  $n = 147$ ; Walser & Kern,  $n = 116$ ; Wingood & DiClemente, 1997,  $n = 140$ ), d'échantillons de convenance (c.-à-d. provenant de milieux universitaires) ou des échantillons cliniques ainsi que l'absence de mesures reliées à plusieurs dimensions de la santé sexuelle. Ainsi, la relation entre l'ASE et les difficultés subséquentes reliées à la santé sexuelle demeure donc difficile à établir en raison de ces diverses lacunes méthodologiques.

Parmi les études publiées à ce jour, une seule, soit celle de Lemieux et Byers (2008), considère plus d'un indicateur de santé sexuelle à la fois. De plus, peu d'études ont considéré l'impact de la cooccurrence des autres formes de violence vécue durant l'enfance sur la santé sexuelle des survivantes d'ASE telles que la violence physique, psychologique, être témoin de violence physique et psychologique entre les figures parentales. De la même façon, il n'existe aucune autre étude à notre connaissance ayant considéré à la fois le rôle potentiel de l'optimisme et des stratégies d'adaptation inefficaces (c.-à-d. évitement ou axées sur les émotions) en tant que variable modératrice et/ou médiatrice du lien entre l'ASE et la santé sexuelle à l'âge adulte. Ainsi, il importe de poursuivre des recherches futures afin d'éclaircir le lien liant l'ASE et la santé sexuelle des jeunes femmes. La présente thèse propose donc d'examiner l'association entre l'ASE et la santé sexuelle adulte auprès d'un large échantillon ( $n = 889$ ) de jeunes femmes tirées de la communauté, et ce, tout en considérant l'impact de certaines variables pouvant exercer une influence sur ce lien.



## OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE THÈSE

L'objectif général de la présente thèse est d'examiner le lien entre l'ASE et les conséquences reliées à plusieurs dimensions de la santé sexuelle des femmes. De plus, cette recherche vise également à explorer l'impact des variables reliées à la sévérité de l'ASE, à certaines caractéristiques personnelles (c.-à-d. l'utilisation de stratégies d'adaptation inefficaces et l'optimisme) et à la cooccurrence d'autres formes de victimisation vécues durant l'enfance.

Le chapitre I de la présente thèse vise à examiner le rôle de la sévérité de l'ASE et de certaines caractéristiques personnelles (c.-à-d. l'utilisation de stratégies d'adaptation inefficaces et l'optimisme) dans la prédiction de certains indicateurs reliés à différentes dimensions de la santé sexuelle des femmes. Plus spécifiquement, le premier objectif vise à vérifier si les stratégies d'adaptation et l'optimisme jouent un rôle médiateur ou modérateur dans l'association entre l'ASE et la santé sexuelle telle que les comportements sexuels à risque, les problèmes sexuels et le concept de soi sexuel négatif. Les détails reliés au premier objectif sont présentés dans l'article «Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse » soumis et accepté pour publication à la revue *Child Abuse & Neglect* (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay).

Le chapitre II de la présente recherche propose de vérifier si les femmes ayant vécu à la fois une expérience d'ASE ainsi que de multiples formes de victimisation durant l'enfance ont davantage de problèmes de santé sexuelle (p. ex., comportements sexuels à risque, problèmes sexuels, concept de soi sexuel négatif) que les femmes n'ayant pas vécu des formes multiples de victimisation. De plus, cet article vise à examiner le rôle potentiellement cumulatif de la cooccurrence de plusieurs autres formes de victimisation durant l'enfance. Ainsi, il propose d'explorer si la sévérité de l'ASE est associée de façon unique avec les indicateurs de santé sexuelle (p. ex.,

comportements sexuels à risque, problèmes sexuels, concept de soi sexuel négatif) même lorsque l'on contrôle pour les effets des autres formes de victimisation ainsi que des effets des victimisations multiples. Le chapitre II présente les détails des objectifs de cette étude dans l'article « CSA and women's sexual health : the contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization » soumis et accepté pour publication à la revue *Journal of Child Sexual Abuse* (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay).



## CHAPITRE I

Sexual health of women reporting a history of child sexual abuse

Céline Lacelle<sup>1</sup>, M.Ps., Martine Hébert<sup>1</sup>, Ph.D., Francine Lavoie<sup>2</sup>, Ph.D., Frank Vitaro<sup>3</sup>, Ph.D. et Richard E. Tremblay<sup>3,4</sup>, Ph.D.

<sup>1</sup>Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

<sup>2</sup>École de psychologie, Université Laval

<sup>3</sup>Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, Université de Montréal

<sup>4</sup>School of Public Health and Population Science, University College Dublin

Soumis pour publication à la revue *Child Abuse & Neglect* le 30 août 2010.

Resoumis suite aux commentaires des évaluateurs le 20 avril 2011.

Resoumis suite à l'acceptation avec corrections le 27 octobre 2011.

Accepté pour publication le 31 octobre 2011.

Publié en mars 2012 dans le volume 36 de la revue *Child Abuse & Neglect*

Running head: Sexual health in CSA survivors

Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse

Céline Lacelle<sup>1</sup>, Martine Hébert<sup>2</sup>, Francine Lavoie<sup>3</sup>, Frank Vitaro<sup>4</sup>, Richard E.  
Tremblay<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Department of psychology, Université du Québec à Montréal

<sup>2</sup>Department of sexology, Université du Québec à Montréal

<sup>3</sup>School of psychology, Université Laval

<sup>4</sup>Research Unit on Children's Maladjustment, Université de Montréal

<sup>5</sup>School of Public Health and Population Science, University College Dublin

This manuscript was submitted as part of the doctoral dissertation in psychology of the first author. This research was made possible by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The authors thank Hélène Beauchesne and Lyse Desmarais-Gervais for project administration and data collection coordination, Manon Robichaud for data management and Pierre McDuff for statistical consultation. We also wish to thank the young adults who participated in the study. Requests for reprints should be addressed to Martine Hébert, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Case Postale 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8 Phone: (514) 987-3000 x5697, Fax: (514) 987-6787 (e-mail: hebert.m@uqam.ca).

Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse

## Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse

### Abstract

**Objective:** The present study examined the association between the severity of child sexual abuse (CSA) and sexual health outcomes in young adult women. Maladaptive coping strategies and optimism were investigated as possible mediators and moderators of this relationship.

**Method:** Data regarding sexual abuse, coping, optimism and various sexual health outcomes were collected using self-report and computerized questionnaires with a sample of 889 young adult women from the province of Quebec aged 20 to 23 years old.

**Results:** A total of 31% of adult women reported a history of CSA. Women reporting a severe CSA were more likely to report more adverse sexual health outcomes including suffering from sexual problems and engaging in more high-risk sexual behaviors. CSA survivors involving touching only were at greater risk of reporting more negative sexual self-concepts such as experiencing negative feelings during sex than were non abused participants. Results indicated that emotion-oriented coping and optimism were mediators of the relationship between the severity of the CSA and negative sexual self-concept while optimism mediated outcomes related to both, negative sexual self-concept and high-risk sexual behaviors. No support was found for any of the proposed moderation models.

**Conclusions:** Survivors of more severe CSA are more likely to engage in high-risk sexual behaviors that are potentially harmful to their health as well as to experience more sexual problems than women without a history of sexual victimization. Personal factors, namely emotion-oriented coping and optimism, mediated some sexual health outcomes in sexually abused women. The results suggest that maladaptive coping strategies and optimism regarding the future may be important targets for interventions optimizing sexual health and sexual well-being in CSA survivors.

**Keywords:** Child sexual abuse, sexual health, optimism, maladaptive coping



### Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse

While the exact prevalence of childhood sexual abuse (CSA) remains difficult to establish because of the different definitions of CSA and methodologies used in empirical reports (Senn, Carey, & Venable, 2008), current studies suggest that between 15% to 30% of North American women experienced childhood sexual victimization (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Several studies have indicated that exposure to CSA is associated with a variety of short- and long-term negative outcomes including depression, anxiety, low self-esteem, suicidality, and sexual revictimization (Barnes, Noll, Putnam, & Trickett, 2009; Briere & Elliott, 2003; Filipas & Ullman, 2006). The experience of CSA has also been linked to adverse physical health including greater health risk behaviors such as substance abuse (Rodgers et al., 2004). More recently, authors have suggested that CSA survivors may also face important issues related to their sexual health (Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2008). According to Hansen, Mann, McMahon and Wong (2004), sexual health is not merely the absence of disease but represents a core and essential part of being human. The concept of sexual health thus refers to numerous aspects of human sexuality including sexual functioning, satisfaction, and behavior that go beyond the mere absence of diseases such as sexually transmitted infections (STIs) or sexual dysfunctions (Coker, 2007; Lemieux & Byers, 2008; van Roode, Dickson, Herbison, & Paul, 2009). In order to fully grasp the extent to which CSA may compromise women's sexual health, attention must therefore be given to various indicators of women's sexual health as well as to possible adverse effects on women's sexual well-being.

Problems regarding sexual health are generally operationalized as high-risk sexual behaviors such as: younger age at first consensual intercourse, large number of both lifetime and recent sexual partners, high frequency of unprotected sex, use of drug or alcohol during sexual activities and a greater likelihood of contracting a STI (Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2008). Data from several studies seem to indicate that women with a history of CSA are more likely to engage in high-risk

sexual behaviors than women without such history (for reviews see: Arriola, Loudon, Doldren, & Fortenberry, 2005; Senn et al., 2008). Furthermore, research indicates that CSA survivors may also experience difficulties in sexual functioning including a greater risk of experiencing sexual dysfunctions, sexual anxiety, and fear of sexual activities (Luo, Parish, & Laumann, 2008; Meston, Rellini, & Heiman, 2006; Najman, Dunne, Purdie, Boyle, & Coxeter, 2005; Noll, Trickett, & Putnam, 2003; Schloretdt & Heiman, 2003; Zwickl & Merriman, 2011).

However, other studies have failed to find any association between CSA and a variety of high-risk sexual behavior (Bartoi & Kinder, 1998; Medrano, Desmond, Zule, & Hatch, 1999) and sexual problems (Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003; Meston, Heiman, & Trapnell, 1999; Miner, Flitter, & Robinson, 2006). These inconsistent findings may be due to methodological issues such as a lack of consensus on the definition and measurement of CSA, and the diversity of both sampling and assessment measures used across studies (Senn et al., 2008). Studies may have relied on different operational definitions of CSA; some may include a spectrum of CSA experiences, whereas others may focus only on the most severe forms of CSA (e.g., involving penetration). This renders the task of comparing results across studies difficult and challenging (Senn et al., 2008). Furthermore, the majority of studies have been conducted with clinical samples and high-risk populations; such results may overestimate the link between CSA and adverse sexual outcomes (NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group, 2001; Parillo, Freeman, Collier, & Young, 2001; Senn, Carey, Vanable, Coury-Doniger, & Urban, 2006). The current literature clearly lacks documentation of the sexual health outcomes in CSA survivors within large community samples (Coker, 2007).

Numerous conceptual models exist to explain CSA, however the concept of traumatic sexualization proposed in Finkelhor and Browne's (1985) traumagenic dynamics model seems particularly relevant (Lemieux & Byers, 2008) in understanding sexual health consequences associated with CSA. Traumatic sexualization refers to the development of precocious and negative feelings and

attitudes about sexuality that result from a child being rewarded for engaging in sexual activity and sexual behaviors that are inappropriate in regards to his or her developmental level (Finkelhor & Browne, 1985). Clinical and empirical data suggest that CSA may be associated with opposing sexual health outcomes through the process of traumatic sexualization (Merrill et al., 2003; Simon & Feiring, 2008). Women who have experienced CSA may come to view sex as necessary for affection, and thus engage in high-risk sexual activity with one or many partners resulting in an “oversexualization” of their relationships (Senn et al., 2008; Simon & Feiring, 2008), whereas some CSA survivors may also have been conditioned to associate sex with negative feelings, leading to problems of diminished sexuality as well as sexual dysfunctions (Merrill et al., 2003; Simon & Feiring, 2008). Thus, CSA survivors may experience sexual problems related to both heightened and diminished sexuality, which can in turn increase these women’s risk of reporting sexual health problems (Briere, 2000; Simon & Feiring, 2008). Studies therefore need to document various indicators of women’s sexual health in order to fully understand the impact of CSA (Lemieux & Byers, 2008).

While past studies have provided strong evidence of a relationship between CSA and later sexual health outcomes, little is known about the process through which CSA survivors may experience later adverse sexual outcomes (Merrill, Thomsen, Sinclair, & Gold, 2001). Researchers have proposed models that include coping as a potential mediator of associations between CSA and long-term outcomes (Briere, 2002; Spaccarelli, 1994; Walsh, Fortier, & DiLillo, 2010). Findings from these studies have provided evidence that coping strategies may in fact be among the key mediators by which CSA may influence long-term adjustment (Briere, 2002; Spaccarelli, 1994; Walsh et al., 2010). More specifically, the experience of CSA may promote particular maladaptive coping strategies that may, in turn, be related to various outcomes (Walsh et al., 2010). Previous research has also identified the use of maladaptive coping strategies including both avoidant (e.g., avoidance, denial, distancing, disengagement) and emotion-oriented coping strategies (strategies aimed



at managing negative emotional responses) to be associated with more adverse outcomes in adults sexually abused as children (Long & Jackson, 1993; Merrill et al., 2003). Furthermore, increased use of avoidant coping strategies has been associated with experiencing more negative feelings during sexual activities while relying more on emotion-oriented coping strategies has been related with greater involvement in self-destructive behaviors such as high-risk sexual behaviors (Merrill et al., 2001). Nevertheless, some authors have recently stated that coping strategies may serve both a mediating or moderating role (Walsh et al., 2010). Specifically, CSA may lead to the use of a certain type of coping, which in turn, may influence long-term outcomes (mediator model), and the long-term impact of CSA may vary depending on the type of coping strategies employed by CSA survivors (moderator model) (Banyard & Williams, 2007; Banyard, Williams, Saunders, & Fitzgerald, 2008; Walsh et al., 2010; Wright, Crawford, & Sebastian, 2007). Thus, coping strategies may in fact serve both functions, which underscores the need to examine coping as both a possible mediator and moderator of later adjustment (Calvete, Corral, & Estévez, 2008; Merrill et al., 2001; Walsh et al., 2010).

Other personal factors may also represent potential variables influencing adjustment or act as protective factors following abuse (Gall, Basque, Damasceno-Scott, & Vardy, 2007; Swanston et al., 2003). Optimism, that is the way individuals think and feel about the future (Seligman, 2006), has been associated with later psychological and physical well-being as well as with health promoting behaviors (Nunn, Lewin, Walton, & Carr, 1996). Optimism has been named as a potential factor that can promote resilience among individuals who have experienced traumatic events (Brodhagen & Wise, 2008). Optimism has also been identified as a potential mediator of the relationship between childhood abuse and later adverse outcomes (Brodhagen & Wise, 2008). Brodhagen and Wise's (2008) study of college students revealed that optimism partially mediated distress among participants with a history of childhood physical and emotional abuse, and fully mediated distress among participants who had experienced rape. However, since the experience of CSA was



not associated with distress, the predicted mediation role of optimism in the relationship between the experience of CSA and distress could not be tested (Brodhagen & Wise, 2008). Furthermore, the dynamic of powerlessness proposed by Finkelhor and Browne's (1985) model suggests that CSA may lead to feelings of hopelessness (i.e. less optimism) which, in turn, may lead to risky sexual behaviors in adulthood (Quina, Morokeff, Harlow, & Zurbriggen, 2004). Hence, experiencing less optimism regarding the future may be both an outcome of CSA as well as an important predictor of risky sexual behaviors in adulthood (Quina et al., 2004). Thus, optimism may be an important mediator that might explain the relationship between CSA and later adverse sexual health outcomes. However, studies have also provided evidence for the possible moderating role of optimism on later health outcomes since individuals with a greater sense of optimism also seem to engage in fewer health risk behaviors (e.g., smoking) that can lead to illness, as well as in more health promoting behaviors (Mulkana & Hailey, 2001). Since research findings indicate that optimism is related to engaging in health promoting behaviors, it seems likely that optimism could also be associated with healthier sexual activities; i.e. avoiding high-risk sexual behaviors and thus decreasing one's susceptibility to sexual health problems. Thus, optimism may also be an important moderator of the relationship between CSA and sexual health outcomes. Despite its relevance, few studies have specifically explored optimism and the person's view of their future in relation to outcomes among CSA survivors (Swanston, Nunn, Oates, Tebbutt, & O'Toole, 1999). Consequently, it seems necessary to examine both the possible mediating and moderating role of optimism (Wong & Fielding, 2007).

*Current Study.* Childhood sexual abuse represents an important public health issue; women who have experienced CSA appear more vulnerable to contracting STIs as well as HIV and AIDS (Doll, Koenig, & Purcell, 2004). While researchers have recently underlined the importance of relying on more comprehensive measures of sexual health, the existing studies have focussed solely on specific negative markers of sexual functioning such as high-risk sexual behaviors (Lemieux & Byers, 2008).

Researchers have also underscored the importance of identifying potential factors associated with sexual health outcomes (Senn et al., 2008), but few studies have examined personal factors such as optimism and coping strategies. The present study aims to address some of these limitations. Using a large sample of adult women recruited from a community setting rather than a clinical or high-risk sample of women, this study will document the sexual health outcomes of CSA survivors by including a vast array of indicators of sexual health such as risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept. Moreover, this study will examine optimism and maladaptive coping strategies (i.e., avoidant and emotion-oriented coping) as potential mediators and moderators between the experience of CSA and the sexual health outcomes

The first hypothesis is that women who experienced more severe CSA (i.e., involving attempted or completed penetration) will report more adverse sexual health outcomes (i.e., greater involvement in high-risk sexual behaviors; more sexual problems; more negative sexual self-concept) than women who have experienced less severe forms of CSA (i.e., involving touching only; exhibitionism only), or who have not experienced CSA. The second hypothesis is that maladaptive coping strategies (i.e., emotion-oriented and avoidant) and optimism will mediate the association between CSA and women's sexual health. More specifically, we anticipate that CSA will be associated with greater use of maladaptive coping strategies as well as with lower levels of optimism and, in turn, greater use of maladaptive coping strategies as well as lower levels of optimism would be related to poorer sexual health outcomes (i.e., greater involvement in high-risk sexual behaviors; more sexual problems; more negative sexual self-concept). The third hypothesis is that maladaptive coping strategies as well as levels of optimism will moderate the relationship between CSA and later sexual health outcomes. We expect that the relationship between CSA and later sexual health outcomes will be qualified (i.e. moderated) by coping strategies and level of optimism. More specifically, higher levels of maladaptive coping strategies and lower levels of optimism are predicted to lead to more adverse sexual

health outcomes (i.e., greater involvement in high-risk sexual behaviors; more sexual problems; more negative sexual self-concept) for women reporting CSA.

## Method

### *Participants*

The women who participated in this study were part of a larger community sample of French-speaking girls ( $n = 1\,429$ ) who were selected randomly from children attending kindergarten in Quebec (Canada) during the 1986-1987 school years. Participants were assessed annually from the age of six to 12 years old, and then in adolescence (mean age, 15.7 years) and in early adulthood (mean age, 21.2 years). The vast majority of participants were French-speaking Caucasians (i.e., 95%). More than 80% of the children (i.e., 81%) were living with both of their biological parents when they were in kindergarten. According to the Canadian socioeconomic index for occupation, these families were mainly middle class (Blishen, Carroll, & Moore, 1987). A total of 1 064 participants from the original sample took part in the early adulthood assessment for an overall attrition rate of 25.5%. A layout of the study design has been offered elsewhere (Fontaine et al., 2008; Zoccolillo, Vitaro, & Tremblay, 1999). The present analyses are conducted with data collected at age 21. Of the 1 064 women involved, 889 participants had engaged in consensual sexual activities and provided data on all measures considered for the analyses and were thus retained for the final sample.

### *Measures*

*Child sexual abuse.* Women were asked to complete a self-report computerized questionnaire. Five questions regarding child sexual abuse were adapted from the *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* (ACE; Felitti et al., 1998), and from the *Sexually Victimized Children Questionnaire* (Finkelhor, 1979). For the purpose of this study, CSA was defined as a “yes” or “no” dichotomous item by the presence or



absence of any unwanted sexual acts against a person's will before age 18 including: exhibitionism, sexual fondling or touching; completed or attempted sexual intercourse by use of bribes or threats, of force, or of drug and/or alcohol. Participants who answered "yes" to at least one of the questions received a score of 1; this indicated that they had experienced an unwanted sexual act. If a participant responded affirmatively to any of the questions, she was asked to give details pertaining to the perpetrator involved: perpetrator within the family, within the extended family, acquaintance from school or work, from outside of school or work, boyfriend or ex-boyfriend, a date-rape (first-date), or a stranger. An ordinal measure of CSA was also created to examine the impact of CSA severity on sexual health outcomes with the following possible scores: 0 (*no CSA*), 1 (*CSA involving exhibitionism only*), 2 (*CSA involving touching or fondling only*), and 3 (*CSA involving penetration or attempted penetration*).

#### *Sexual health indicators*

*Sexually transmitted infections.* A history of sexually transmitted infections (*STIs*) was assessed by one item adapted from the Canadian National Surveys (National Population Health Survey, NPHS 1996/1997; Social and Health Survey, SHS, 1998) evaluating the presence of any STI that had occurred during the participant's lifetime. Participants' responses were dichotomized (0 = "no" and 1 = "yes").

*Sexual behaviors.* Four items adapted from the *Attitudes Facing Sexuality and Love Questionnaire* (Guilbert, Bradet, & Godin, 1995) as well as from the HIV-Preventive Behaviors section from the *Teen Health Survey* (CHIP; 1997-1998) were used to assess women's sexual and preventive behaviors: age at first consensual sexual intercourse (i.e., in years), the number of lifetime sexual partners, as well as their proportion of condom use during every first intercourse with a new partner (i.e., on a 10-point scale ranging from 0% to 100%), and the proportion of drug or alcohol



use during sexual intercourses in the last year (i.e., on a 10-point scale ranging from 0% to 100%).

*High-risk sexual behavior index.* A high-risk sexual behavior index was created by summing participants affirmative responses (yes = 1 or no = 0) to the five following indicators of high-risk sexual behaviors: having suffered from a STI diagnosed by a medical professional; having had a first consensual sexual intercourse before the age of 16, having had six or more lifetime sexual partners, inconsistent condom use during every first sexual intercourse with a new partner, and having used drug or alcohol during sexual activities during the last twelve months. These five items have been examined in multiple studies and are common indicators of high-risk sexual behaviors that can lead to the acquisition of HIV or AIDS (e.g., Becker, Rankin, & Rickel, 1998; Campbell, Sefl, & Ahrens, 2004; Carey, Chandra, Carey, & Neal, 2003; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997; Senn et al., 2008) as well as recognized risk factors for HIV (e.g., Kalichman, Tannenbaum, & Nachimson, 1998). Scores on the risky sexual behavior composite index ( $M = 2.5$ ,  $SD = 1.32$ ) ranged from 0 (had not engaged in any of the five high-risk sexual behavior) to 5 (engaged in all five high-risk sexual behaviors).

*Sexual problems.* Women's histories of suffering from intense menstrual or pre-menstrual pain, genitourinary problems, and gynaecological problems were assessed by three items evaluating the presence of any of the three preceding sexual problems in the course of the participant's life. Participants' responses were dichotomously scored (0 = "no" and 1 = "yes"). These scores were then summed to create a composite ordinal score of sexual problems ranging from 0 to 3 ( $M = 1.8$ ,  $SD = 1.82$ , range = 0 – 3). The items were adapted from the *Canadian National Surveys* (National Population Health Survey, NPHS 1996/1997; Social and Health Survey, SHS, 1998).

*Sexual anxiety, sexual satisfaction, and fear of sexuality.* Six items were used to evaluate participants' experience of: 1) sexual anxiety, defined as the tendency to feel anxious about the sexual aspects of one's life (two items), 2) sexual satisfaction,

defined as the tendency to be highly satisfied with the sexual aspects of one's life (two items) and, 3) fear-of-sex, defined as a fear of engaging in sexual relations with another person (two items). These items were adapted from the *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire* (MSSCQ; Snell, 1998). Participants were asked to indicate on a 5-point scale (e.g., *Not at all characteristic of me; slightly characteristic of me; somewhat characteristic of me; moderately characteristic of me; very characteristic of me*) to what extent a statement applied to them regarding their subjective sexual experiences during the last year. Higher scores on items corresponded to greater sexual anxiety, sexual satisfaction, and fear-of-sex (MSSCQ; Snell, 1998).

*Positive and negative sexual affect.* Two items were used to assess participants' experiences of positive (i.e., sexual arousal) and negative (disgust, shame, or guilt) sexual affect during sexual intercourse and were adapted from the *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (BISF; Taylor, Rosen, & Leiblum, 1994). Participants were asked to indicate how frequently, in the last year, they had experienced sexual arousal and negative feelings such as disgust, shame, or guilt during sexual intercourse with a partner by completing a 6-point scale (e.g., *No sexual experience during last year; not at all; seldom, less than 25% of the time; sometimes, about 50% of the time; usually, about 75% of the time; always*). Higher scores on negative feelings and lower scores on sexual arousal are used as indicators of negative sexual affect.

*Index of Negative Sexual Self-Concept.* To reduce the number of sexual health indicators to be used in subsequent analyses, a principal component analysis (PCA) with a varimax rotation was performed on the eight items related to participants' subjective sexual health outcomes (i.e., sexual anxiety, sexual satisfaction, fear-of-sex, and experiences of negative feelings as well as sexual arousal during sexual intercourse). The results of the PCA analysis yielded a one factor solution, labelled negative sexual self-concept, which explained 48.7% of the variance; the score presented adequate internal consistency (Cronbach's  $\alpha = .84$ ). Factor scores derived

from the PCA analysis were used as participants' scores on this subset of indicators of subjective sexual health. Higher scores were indicators of more negative sexual self-concept and reflected greater levels of sexual anxiety, sexual fear, and negative feeling during sexual activities, as well as decreased levels of sexual satisfaction and arousal.

#### *Mediators/moderators*

*Coping strategies to stressful events.* Participants provided information regarding their use of coping strategies by completing the *Coping Inventory for Stressful Situation* (CISS; Endler & Parker, 1990). This scale measures the multidimensional aspects of coping: task-oriented strategies (16 items), emotion-oriented strategies (16 items), and avoidance strategies (16 items). Scores for each item are summed to obtain a score for each subscale, with scores ranging from 16 to 80. Higher scores are associated respectively to a higher frequency utilization of each of the three types of coping strategies. Respondents had to indicate how often, on a 5-point scale (*1=not at all, to 5= a lot*), they had used each of the coping strategies presented. Previous reports indicated adequate internal consistency ( $\alpha = .79$  to  $\alpha = .90$ ) and reliability within the acceptable range (Endler & Parker, 1994; Rafnsson, Smari, Windle, Mears, & Endler, 2006). In this study, two subscales were used and all had adequate internal consistency (avoidance  $\alpha = 0.85$ ; emotion-oriented  $\alpha = 0.90$ ). Higher scores indicated greater use of emotion-oriented and avoidant coping strategies.

*Optimism.* Personal optimism was evaluated via participant responses to the *Hunter Opinions and Personal Expectations Scale* (HOPES-20; Nunn et al., 1996). Participants were asked to indicate to what extent each of 20 statements apply to them, on a 5-point scale (e.g., *not at all, not very well, average, very well, extremely well*), regarding their level of hope and despair. Ten of the 20 items comprise the Hope subscale while 10 items refer to the Despair subscale. Summing items on each of the subscales yields the Hope scale score and the Despair scale score. The Global Personal Hopefulness score is derived from the following equation  $GPH = HS + 40 -$



DS. In the present study, only the global personal hopefulness scale (GPH) is used. Results revealed adequate internal consistency for the global personal hopefulness scale ( $\alpha = .74$ ). Higher scores on the GPH indicated greater levels of optimism.

### *Procedure*

When participants reached age 21, research assistants contacted the women by telephone and offered them a description of the study's procedures and aims. When participants agreed to take part in the data collection, two different appointments were scheduled with them according to their availability. At the time of the first interview, each woman signed a written consent form stating that they agreed to be interviewed, that their responses would remain confidential, and that they could end their participation in the study at any time. The interviews lasted approximately 180 to 210 minutes and occurred in participants' homes. Data were obtained using a variety of methods including self-reported questionnaires as well as computerized questionnaires. All measures were administered in French. This research was approved by the ethics board of the University of Montreal.

### *Data analyses*

First, a description of the sample in terms of the CSA experienced is offered. Second, in order to determine whether different categories of CSA were associated with various indicators of women's sexual health, participants were divided into four groups according to their sexual victimization experiences: 1) no CSA ( $n = 609$ ), 2) *non contact CSA* (i.e., exhibitionism only,  $n = 52$ ), 3) *contact CSA* (i.e., involving touching only,  $n = 103$ ), 4) *severe CSA* (i.e., involving penetration or attempted penetration,  $n = 125$ ). Three one way independent analyses of variance (ANOVAs) were then conducted on three different indicators related to women's sexual health: high-risk sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept. Finally, the results of a series of hierarchical multiple regression analyses to test the potential mediating or moderating roles of optimism and maladaptive coping



strategies in the relationship between CSA and three outcomes related to women's sexual health are exposed. The decision to include both putative mediators in the same model was based on past studies suggesting a possible link between coping and optimism (Carver et al., 2010) as well as on recent recommendations about the importance of conducting simultaneous multiple mediations to determine to what extent a specific variable (i.e. optimism) mediates the relationship between an independent variable (i.e. CSA) and a dependent variable (i.e. sexual health outcomes) while controlling for the presence of another potential mediator (i.e. emotion-oriented coping) (e.g., Preacher & Hayes, 2008). Furthermore, the decision to enter emotion-oriented coping first in the model was based on past literature suggesting a possible mediating role for this variable in the relationship between CSA and later adverse consequences (Walsh et al., 2010) while optimism has only been recently suggested as a possible mediator of this link (Brodhagen & Wise, 2008). We opted to include all three potential moderators in the same model to determine to what extent a specific variable (i.e. optimism) moderates the relationship between an independent variable (i.e. CSA) and a dependent variable (i.e. sexual health outcomes) while controlling for the presence of other potential moderators (i.e. emotion-oriented and avoidant coping) (Preacher & Hayes, 2008).

According to Baron and Kenny (1986), three conditions must be met in order to establish mediation: (1) the independent variable (CSA) must be significantly associated with the potential mediators (i.e., optimism, emotion-oriented, and avoidant coping); (2) the proposed mediators (optimism, emotion-oriented, and avoidant coping) must be significantly related to the outcome variables (i.e., negative sexual self-concept, high-risk sexual behavior, and sexual problems); (3) the relationship between the independent variable (CSA) on the outcome variables (negative sexual self-concept, high-risk sexual behavior, and sexual problems) are no longer significant or greatly reduced when the mediators (optimism, emotion-oriented, and avoidant coping) are added to the model. Follow-up Sobel Tests were also conducted to test whether or not the partial mediation effects were statistically

significant (Preacher & Hayes, 2008; Sobel, 1982). To test for moderation, we conducted three series of hierarchical multiple regression analysis. Each series of hierarchical multiple regressions comprised three steps. In the first step, the predictor was CSA; in the second step, optimism, and maladaptive coping (emotion-oriented, and avoidance coping) were added to the list of predictors; and finally, the interaction between CSA and each of the proposed moderators were added in the third step of the regression models. A moderator effect would be indicated by a significant interaction effect. Following recommendations by Aiken and West (1991), we grand-mean centered the moderating variables prior to estimating interactions. Preliminary analyses revealed that assumptions of normality, linearity, multicollinearity and homoscedasticity were met.

## Results

### *Description of CSA characteristics*

Thirty-one percent of women ( $n = 280$ ) reported having experienced CSA. The identity of the perpetrator was a member of the family or extended-family in 39.3% ( $n = 110$ ) of the cases, an acquaintance in 45.0% ( $n = 126$ ) of the cases, and a stranger in 15.7% ( $n = 44$ ) of the cases. A total of 44.6% ( $n = 125$ ) of CSA participants reported CSA involving attempted or completed penetration while 36.8% ( $n = 103$ ) reported CSA involving fondling or touching only, and 18.6% ( $n = 52$ ) endorsed having experienced CSA involving exhibitionism.

### *Comparison between CSA survivors and non CSA participants on sexual health outcomes*

*ANOVAs* were performed to identify differences between participants based on their CSA experiences on three indicators of women's sexual health: negative sexual self concept, high-risk sexual behaviors, and sexual problems. Since these three sexual health outcomes measured different dimensions of women's sexual

health, we opted for ANOVAs instead of a single MANOVA (see Table 1). Furthermore, because violations of the assumption of homogeneity of variance can have serious consequences when sample sizes are unequal, we used Welch's *F* robust tests of equality of means for outcomes related to negative sexual self-concept.

As shown in Table 1, results of ANOVA analyses revealed that significant between-group differences were observed for all three sexual health outcomes. Considering the unequal sizes of the four groups of women, subsequent *Post hoc* tests using *Gabriel's* method for comparisons for the high-risk sexual behaviors and sexual problems composite index, and *Games-Howell's* method for comparisons in regards to negative sexual self-concept were used.

Mean comparisons indicated that only women from the severe CSA (involving penetration or attempted penetration) group reported more high-risk sexual behaviors than did women without a CSA history. There were no significant differences between the three groups of CSA survivors in regards to high-risk sexual behaviors. Women reporting severe CSA (involving penetration or attempted penetration) and women reporting contact CSA (without penetration or attempted penetration) were more likely to have experienced sexual problems than were women in the no CSA group. Only women disclosing contact CSA (without penetration or attempted penetration) reported more sexual problems than women reporting non contact CSA (involving exhibitionism). Furthermore, compared to women from the two other CSA groups, only women disclosing contact CSA group (without penetration or attempted penetration) reported more negative sexual self-concept. Surprisingly, women having experienced severe CSA (involving penetration or attempted penetration) did not report more negative sexual self-concept than did women from the three other groups.

---Table 1 ---



### *Mediation Analyses*

An examination of the correlations between the study variables indicated that CSA was not associated with avoidant coping. Thus, only emotion-oriented coping and optimism were tested as possible mediators (see Table 2). According to Baron and Kenny (1986), the first step for testing a mediation model involves establishing a significant relationship between the predictor (CSA) and the two proposed mediators, emotion-oriented coping and optimism. Two separate linear regressions were conducted with CSA being the predictor, and the emotion-oriented coping and optimism being the outcome variables. Results indicated that CSA significantly predicted emotion-oriented coping ( $\beta = .08, p < .05; R^2 = .01, F(1, 887) = 5.95, p < .05$ ), as well as optimism ( $\beta = -.15, p < .001; R^2 = .02, F(1, 887) = 18.98, p < .001$ ). Thus, the first condition for mediation was met for both proposed mediators.

Then, three hierarchical multiple regression analyses were conducted to predict three sexual health outcomes (i.e., negative sexual self-concept, high-risk sexual behavior, and sexual problems) with emotion-oriented coping and optimism serving as potential mediators of CSA. Each set of hierarchical multiple regressions was comprised of three steps. In the first step, CSA was the only predictor; in the second step, emotion-oriented coping was added to the regression equation; and, in the third step, optimism was added to the list of predictors. The results from these hierarchical multiple regression analyses are presented in Table 3.

*Mediation model for negative sexual self-concept.* The results from the first step indicated that CSA was a significant predictor of the negative sexual self-concept outcome,  $R^2 = .01, F(1, 887) = 11.16, p < .001$ . In the second step, results revealed that emotion-oriented coping provided a unique contribution to the explanation of this model,  $R^2 = .10, F(1, 886) = 82.93, p < .001$ . A review of the beta coefficients indicated that CSA continued to provide a unique contribution. Results from the third step revealed that adding optimism provided a unique contribution to the explanation of the negative sexual self-concept outcome,  $R^2 = .14, F(1, 885) = 42.74, p < .001$ .



A review of the beta coefficients revealed that while emotion-oriented coping continued to provide a unique contribution, CSA did not continue to provide a unique contribution to this model. Results from the Sobel test indicated that emotion-oriented coping (Sobel test = 2.57,  $p = .010$ ) partially mediated while optimism (Sobel test = 3.77,  $p < .001$ ) fully mediated the relationship between CSA and sexual self-concept. Hence, the second and third condition for this model was met for both of the proposed mediators.

*Mediation model for high-risk sexual behavior.* The results from the first step revealed that CSA was a significant predictor of the high-risk sexual behavior outcome,  $R^2 = .03$ ,  $F(1, 887) = 30.27$ ,  $p < .001$ . Results from the second step, however, indicated that emotion-oriented coping did not provide a unique contribution to the explanation of this model,  $R^2 = .03$ ,  $F(1, 886) = 0.83$ ,  $p = .362$ . A review of the beta coefficients indicated that CSA continued to provide a unique contribution. Results from the third step revealed that adding optimism provided a unique contribution to the explanation of the high-risk sexual behavior outcome,  $R^2 = .04$ ,  $F(1, 885) = 6.97$ ,  $p = .008$ . A review of the beta coefficients revealed that CSA continued to provide a unique contribution to this model. Results from the Sobel test indicated that optimism only partially mediated the relationship between CSA and the high-risk sexual behavior outcome (Sobel test = 2.24,  $p = .025$ ). Thus, the second and third condition for mediation was met for optimism but not for emotion-oriented coping.

*Mediation model for sexual problems.* The results from the first step indicated that CSA was a significant predictor of the sexual problems outcome,  $R^2 = .01$ ,  $F(1, 887) = 26.56$ ,  $p < .001$ . In the second step, results revealed that emotion-oriented coping provided a unique contribution to the explanation of the sexual problems outcome,  $R^2 = .04$ ,  $F(1, 886) = 10.11$ ,  $p = .002$ . A review of the beta coefficients indicated that CSA continued to provide a unique contribution. Results from the third step revealed that adding optimism did not provide a unique contribution to the explanation of the sexual problems outcome,  $R^2 = .04$ ,  $F(1, 885) = 2.04$ ,  $p = .154$ . A

review of the beta coefficients revealed that both, CSA and emotion-oriented coping continued to provide a unique contribution to this model. Results from the Sobel test indicated that emotion-oriented coping (Sobel test = 1.63,  $p = .102$ ) did not mediate the relationship between CSA and sexual problems. Hence, the second and third conditions for this model were not met for any of the proposed mediators.

---Table 2 and 3 ---

### *Moderation Analyses*

To test for moderation, we conducted a series of three-steps hierarchical multiple regression analyses for each of the three sexual health outcomes. For both proposed moderating models, CSA was entered in the first step of the analysis followed by the three potential moderators, optimism, maladaptive coping (i.e., emotion-oriented, and avoidant) in the second step of the analyses. Finally, the interaction between CSA and the potential moderators were added to the list of predictors in the third step of the moderating test. Results from the moderation models are presented in Table 4.

*Moderation model for negative sexual self-concept.* Results from the third step of this model which included CSA, avoidant coping, emotion-oriented coping, optimism, and the interaction terms (i.e., CSA X avoidant; CSA X emotion; CSA X optimism) revealed that this model provided a unique contribution in explaining the negative sexual self-concept outcome ( $R^2 = .14$ ,  $F(7, 881) = 20.43$ ,  $p < .001$ ). A review of the beta coefficients revealed a significant main effect for CSA, emotion-oriented coping, and optimism but not for avoidant coping. None of the interaction terms provided a unique contribution to this model (all  $p$ -values were  $> .604$ ).

*Moderation model for high-risk sexual behavior.* Results from the third step of this model which included CSA, avoidant coping, emotion-oriented coping, optimism, and the interaction terms (i.e., CSA X avoidant; CSA X emotion; CSA X optimism) revealed that this model provided a unique contribution in explaining the high-risk sexual behavior outcome ( $R^2 = .06$ ,  $F(7, 881) = 7.35$ ,  $p < .001$ ). A review

of the beta coefficients revealed a significant main effect for CSA, avoidant coping, and optimism but not for emotion-oriented coping. None of the interaction terms provided a unique contribution to this model (all  $p$ -values were  $> .132$ ).

*Moderation model for sexual problems.* Results from the third step of this model which included CSA, avoidant coping, emotion-oriented coping, optimism, and the interaction terms (i.e., CSA X avoidant; CSA X emotion; CSA X optimism) revealed that this model provided a unique contribution in explaining the negative sexual self-concept outcome ( $R^2 = .05$ ,  $F(7, 881) = 5.96$ ,  $p < .001$ ). A review of the beta coefficients revealed a significant main effect for CSA, and emotion-oriented coping but not for optimism or avoidant coping. None of the interaction terms provided a unique contribution to this moderation model (all  $p$ -values were  $> .182$ ). Thus, results from these moderation models indicated that neither maladaptive coping nor optimism moderated the association between CSA and women's sexual health outcomes.

---Table 4---

#### Discussion

The primary purpose of this study was to examine the association between CSA and a broader variety of indicators of sexual health than those considered in past studies. We relied on a definition of sexual health that includes both positive and negative indicators of sexual well-being (e.g., STIs; sexual satisfaction; sexual arousal; high-risk sexual behaviors) based on subjective and objective measures of women's sexual health outcomes. Furthermore, this study relied on a large community sample of young adult women which represents a major strength since samples used in past studies included women from clinical or high-risk samples which are prone to selection biases that may overestimate adverse sexual outcomes among CSA survivors (NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group, 2001; Parillo et al., 2001; Senn et al., 2006).



In the present study, 31.0% of women reported sexual victimization before the age of 18. The prevalence found in this study was similar to that reported in other studies using community samples (Briere & Elliott, 2003; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009; Pereda et al., 2009). These results suggest that CSA is experienced by a significant number of women and reinforces the notion that childhood sexual victimization is a serious public health concern (Lemieux & Byers, 2008; MacMillan, 1998).

The present study revealed that, compared to non-abused women, survivors of severe CSA (i.e., involving penetration or attempted penetration) were more likely to engage in high-risk sexual behaviors; these are potentially harmful to their sexual health and may increase their risk for contracting a sexually transmitted infection (Parillo et al., 2001). More specifically, survivors of more severe CSA reported having engaged in a greater number of behaviors included in the high-risk sexual behavior index. This index was comprised of several well recognized indicators of risky sexual behaviors such as having suffered from a STI, having had a first consensual sexual intercourse before the age of 16, having had six or more lifetime sexual partners, inconsistent condom use, and having used drug or alcohol during sexual activities (e.g., Becker et al., 1998; Campbell et al., 2004; Carey et al., 2003; Fergusson et al., 1997; Senn et al., 2008). These results are consistent with those found in prior studies (Bensley, Van Eenwyk, & Simmons, 2000; Browning & Laumann, 1997; Hillis, Anda, Felitti, & Marchbanks, 2001; Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, & Putnam, 2003; Senn et al., 2008). Data also indicated that survivors from both the noncontact CSA group and contact CSA group did not significantly differ from women in the non CSA group nor did they significantly differ from survivors of the severe CSA group in their level of involvement in high-risk sexual behaviors.

Compared to women without a CSA history, women exposed to either contact CSA or severe CSA reported greater sexual problems such as genitourinary and gynaecological problems. There were no significant differences between women from



the noncontact CSA group and women from the no CSA group. However, women from the contact CSA group reported more sexual problems than women from the noncontact CSA group. Furthermore, there were no significant difference between women from the severe CSA group and women from either the contact CSA group or the no contact CSA group regarding their history of sexual problems. Hence, it seems that survivors of CSA involving some form of bodily contact may be more likely to develop sexual problems than women who did not experience CSA. It is possible that the level of physical intrusion involved might be important abuse characteristics to consider in regards to the presence of more adverse consequences. Researchers have suggested that the presence of more adverse adult outcomes is associated with more physical intrusion by the perpetrator (Fergusson et al., 1997; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999).

Surprisingly, we also found that only survivors of contact CSA (i.e., touching only) reported more negative sexual self-concept (e.g., more negative feelings during sex, less sexual satisfaction, greater sexual anxiety) than non CSA women. Women with a history of more severe CSA did not report more negative sexual self-concept than women without a CSA history. These findings were inconsistent with those from prior recent studies (e.g., Lemieux & Byers, 2008). Other abuse variables not included in this study such as the identity of the perpetrator may have provided an explanation for this finding. There has been some evidence that CSA perpetrated by a family member such as a father figure may be more detrimental than CSA perpetrated by a friend or a stranger (Noll et al., 2003). Some researchers have also suggested that the experience of CSA may associate negative emotions with sex particularly when the perpetrator is emotionally close to the victim (Watson & Halford, 2010). Hence, future studies should include other abuse characteristics such as the relationship to the perpetrator. Furthermore, it is also possible that other mechanisms such as dissociation could account for these findings. For example, survivors of more severe CSA may be less aware of their subjective sexual experiences by dissociating

themselves from the negative affect associated with their CSA experiences which is triggered by sexual activities (Polusny & Follette, 1995).

The fact that women exposed to more severe CSA reported engaging in greater high-risk sexual behaviors also support the notion that more severe CSA may result in greater traumatic sexualization (e.g., Finkelhor & Browne, 1985; Lemieux & Byers, 2008), and that CSA survivors may tend to “oversexualize” their relationships (Simon & Feiring, 2008; Testa, Hoffman, & Livingston, 2010). These findings are cause for concern since data from several studies have suggested that engaging in high-risk sexual behaviours such as having multiple sexual partners represents a significant risk factor for later sexual revictimization (Messman-Moore & Long, 2003; Testa et al., 2010).

Despite the significant association between CSA and negative outcomes on sexual health behaviors, the results from the present study did not support all of the hypotheses concerning greater sexual health problems in CSA survivors. In fact, results from our study indicated that survivors of severe CSA did not report more negative sexual self-concept than women without a past history of sexual abuse. Furthermore, survivors of non contact CSA (i.e., involving exhibitionism only) did not differ from their non-abused counterparts in regards to sexual health outcomes.

In this study, we attempted to counter the limitations of previous studies by investigating two potential mediators of the association between CSA and adverse sexual health outcomes. We proposed a model in which maladaptive coping strategies (i.e., emotion-oriented, and avoidant) and optimism would mediate the relationship between CSA and adult sexual health outcomes. More specifically, we hypothesized that the experience of CSA would predict greater use of maladaptive coping strategies which, in turn, would lead to more adverse sexual health outcomes such as greater involvement in high-risk sexual behavior, more sexual problems, and more negative sexual self-concept. We also hypothesized that the experience of CSA would lead to lower levels of optimism which, in turn, would predict increased levels of high-risk sexual behavior, sexual problems, and negative sexual self-concept.

The results did not support part of our model since avoidant coping was not associated with CSA and was therefore disregarded in the mediation analysis. These findings were inconsistent with prior studies indicating that CSA is associated with greater use of avoidant coping strategies (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003; Runtz & Schallow, 1997; Spaccarelli, 1994). However, emotion-oriented coping was found to partially mediate the relationship between CSA and negative sexual self-concept. Hence, it seems that the experience of CSA may result in greater use of emotion-oriented coping, which in turn, may lead to problems regarding sexual self-concept including experiencing more negative feelings during sex, more sexual anxiety, more sexual fear, as well as less sexual satisfaction. Our results also revealed only a weak to moderate association between the variables for the negative sexual self-concept outcome. Contrary to our predictions however, emotion-oriented coping strategies did not mediate the relationship between CSA and women's high-risk sexual behaviors or sexual problems. The instrument used to assess emotion-oriented and avoidant coping strategies used in the present study did not measure coping strategies used specifically to deal with the abuse experience but rather a measure of general coping style. Some researchers have suggested that abuse-specific measures of coping may be better predictors of long-term consequences than are measures of general coping styles (Merrill et al., 2001). Other authors have postulated that avoidant coping strategies are better conceptualized as emotion-oriented strategies that serve to regulate the emotional pain associated with the abuse experience, largely through functionally avoidant cognitions and behaviors (Wright et al., 2007). These avoidant coping strategies may include a range of self-destructive behaviors such as self-harming behaviors, substance use, and high-risk sexual behaviors (Zwickl & Merriman, 2011). Therefore, researchers have underscored the importance of understanding the function of various avoidant coping strategies as these behaviors may be associated with affect regulation, and dissociation from the painful memories of their CSA experiences (Zwickl & Merriman, 2011).



Our study did provide some support for the possible mediation role of optimism in the relationship between CSA and outcomes related to women's sexual health. More specifically, optimism fully mediated the relationships between CSA and negative sexual self-concept, and partially mediated the association between CSA and high-risk sexual behaviors. Thus, results suggest that a history of CSA may lead to lower levels of optimism, and that lower levels of optimism, in turn, may lead to more negative sexual self-concept as well as greater involvement in risky sexual behaviors. These results are consistent with other studies that have suggested that optimism acts as a mediator between the experience of childhood abuse and negative mental and physical health outcomes in adulthood (Brodhagen & Wise, 2008; Swanston et al., 1999). Nevertheless, our results also revealed weak to moderate association between the independent, the mediating, and outcomes variables.

While recent literature reviews have suggested that optimism, and maladaptive coping strategies including (i.e., emotion-oriented and avoidant coping) may be important moderators of the relationship between childhood abuse and later health-related outcomes (Carver et al., 2010; Walsh et al., 2010), findings from our study did not provide any evidence that optimism, or maladaptive coping strategies acted as moderators between a history of CSA and women's sexual health. These results are consistent with those from prior studies that have investigated the potential moderating role of coping strategies in the relationship between exposure to violence and mental health problems (Calvete et al., 2008).

While the results from our study offered some evidence for the possible mediating role of more maladaptive forms of coping strategies such as emotion-oriented coping (Briere, 2002; Polusny & Follette, 1995), the mediation was only partial, suggesting that the link between CSA and indicators of sexual health may be complex. While optimism may play a role in the association between the experience of childhood sexual victimization and negative sexual health outcomes during adulthood, other variables, not considered in the present study, might add to the prediction of sexual health outcomes in CSA survivors. For instance, data from prior



studies have highlighted the relevance of considering other abuse-related variables (e.g., duration, and relationship to the perpetrator) as well as other forms of concomitant childhood victimization experiences (e.g., physical abuse) when examining CSA outcomes (Lemieux & Byers, 2008).

It is possible that some CSA survivors may react to sexual problems by avoiding sexual activities altogether (Merrill et al., 2003). As the study only included women who were sexually active, young adult women relying on more avoidant coping which may include strategies such as sexual avoidance as well as voluntary abstention from sexual activities may have been excluded (Lemieux & Byers, 2008; Merrill et al., 2003).

#### *Clinical implications*

Because women with a history of sexual abuse are more likely to engage in high-risk sexual behaviors that can compromise their sexual health as well as increase their risk of experiencing sexual revictimization, it is crucial that treatment strategies for these women help them adopt safer sex practices (Hansen et al., 2004; Parillo et al., 2001). Earlier age at first consensual intercourse may result in young women being sexually active for a longer period of time. For some, this may also result in a greater risk of STIs given a higher number of sexual partners (Hansen et al., 2004).

The experience of CSA may lead to lower levels of optimism among CSA survivors which may lead them to foresee the future with a more negative perspective (Brodhagen & Wise, 2008). This negative outlook may, in turn, make them more vulnerable to engage in unhealthy sexual behaviors, representing a barrier to their sexual well-being (Lemieux & Byers, 2008). Interventions strategies focusing on reducing high-risk sexual behaviors, promoting sexual health behaviors, increasing women's psychosexual empowerment, and fostering optimism may need to be considered (Lemieux & Byers, 2008; Merrill et al., 2003). Furthermore, according to Merrill and his colleagues (2003), decreasing maladaptive coping such as relying more on emotion-oriented coping strategies may be one way to reduce high-risk

sexual behaviors and possible revictimization. Since optimism has been associated with health promoting behaviors (Mulkana & Harley, 2001), cultivating optimism among CSA survivors may also increase the likelihood of engaging in sexual health promoting behaviors therefore decreasing their risk of involvement in high-risk sexual behavior.

#### *Limitations of the present study*

There are a number of limitations to the current study. First, the use of retrospective self-reports in our study is subjected to recall biases. Our study used a wide definition of CSA that included various types of sexual acts perpetrated against a person's will. More severe forms of CSA (involving completed or attempted penetration) may have greater negative impact on women's sexual health outcomes and thus may have been recalled more easily by the participants than milder CSA (Lemieux & Byers, 2008). Second, the measures used to assess participants' coping strategies were not specific to CSA but to coping strategies used during stressful events. Future studies should therefore include other maladaptive forms of coping strategies that have been identified by other researchers as possible mediators of the link between CSA and adverse sexual health outcomes (Senn et al., 2008). For example, some authors have stated that CSA may lead to maladaptive coping strategies such as an increased number of sexual partners as well as drug or alcohol use during sex in an attempt to cope or overcome the trauma of being sexually abused (Briere, 2002; Senn et al., 2008). Furthermore, future studies examining the relationship between coping strategies and CSA should also include empirically validated measures of coping that can ideally identify the possible adaptive function of certain coping strategies (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Third, like most other studies of childhood sexual violence, our study used correlational data. Therefore, it is impossible to draw causal interpretations from these findings. Furthermore, it is also important to bear in mind the small effect sizes that were found in our study. Fourth, the findings from this study may have been influenced by other

intervening variables that were not considered in the present study. For example, several researchers have recently proposed that the cumulative effects of multiple victimizations may exacerbate the sexual health outcomes in CSA survivors (Banyard et al., 2008; Lemieux & Byers, 2008). Fifth, although participants came from similar settings, the current study did not control for potentially relevant sociodemographic variables such as income and education (Bornovalova, Gwadz, Kahler, Aklin, & Lejuez, 2008). Lastly, since we only included women who reported prior experiences of consensual sexual intercourse in our sample, it is possible that more sexually anxious women were not included in the study (Lemieux & Byers, 2008; Simon & Feiring, 2008).

Regardless of the limitations, findings from the present study suggest that CSA is associated with long-term effects on sexual health outcomes which may place survivors at risk of engaging in unhealthy sexual behaviors and therefore increasing their odds of STI/HIV infection, as well as experiencing sexual problems during adulthood. Nevertheless, results from this study indicate that optimism may be an important intervention target among CSA survivors that should be further examined. Indeed, the cycle of negative consequences from childhood sexual abuse need to be countered to prevent the further victimization and distress for the survivors.

#### References

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Arriola, K. R. J., Loudon, T., Doldren, M. A., & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect, 29*, 725-746.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect, 27*, 883-897.



- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*, 275-290.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., Saunders, B. E., & Fitzgerald, M. M. (2008). The complexity of trauma types in the lives of women in families referred for family violence: Multiple mediators of mental health. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*, 394-404.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 33*, 412-420.
- Bartoi, M. G., & Kinder, B. N. (1998). Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy, 24*, 75-90.
- Becker, E., Rankin, E., & Rickel, A. U. (1998). *High-risk sexual behavior: Interventions with vulnerable populations*. New York: Plenum Press.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine, 18*, 151-158.
- Blishen, B. R., Carroll, W. K., & Moore, C. (1987). The 1981 socioeconomic index for occupations in Canada. *Canadian Review of Sociology and Anthropology, 24*, 465-488.
- Bornovalova, M. A., Gwadz, M. A., Kahler, C., Aklin, W. M., & Lejuez, C. W. (2008). Sensation seeking and risk-taking propensity as mediators in the relationship between childhood abuse and HIV-related risk behavior. *Child Abuse & Neglect, 32*, 99-109.



- Briere, J. (2000). Incest. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopaedia of psychology* (pp. 240-244). Washington, DC: American Psychological Association; New York: Oxford University Press.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 175-203). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Brodhagen, A., & Wise, D. (2008). Optimism as a mediator between the experience of child abuse, other traumatic events, and distress. *Journal of Family Violence*, 23, 403-411.
- Browning, C. R., & Laumann, E. O. (1997). Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *American Sociological Review*, 62, 540-560.
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14, 886-904.
- Campbell, R., Sefl, T., & Ahrens, C. E. (2004). The impact of rape on women's sexual health risk behaviors. *Health Psychology*, 23, 67-74.
- Carey, M. P., Chandra, P. S., Carey, K. B., & Neal, D. J. (2003). Predictors of HIV risk among men seeking treatment for substance abuse in India. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 339-349.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Center for HIV Intervention and Prevention (1997-1998). *Teen Health Survey*. University of Connecticut. Retrieved from University of Connecticut Web site: <http://psychlops.psy.uconn.edu/CHIP/MEAS2.html>

- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*, 149-177.
- Doll, L. S., Koenig, L. J., & Purcell, P. W. (2004). Child sexual abuse and adult sexual risk: Where are we now? In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk. Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment, 6*, 50-60.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*, 789-803.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 652-672.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect, 23*, 145-159.

- Fontaine, N., Carbonneau, R., Barker, E. D., Vitaro, F., Hébert, M., Côté, S. M., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2008). Girls' hyperactivity and physical aggression during childhood and adjustment problems in early adulthood: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 65*, 320-328.
- Gall, T. L., Basque, V., Damasceno-Scott, M., & Vardy, G. (2007). Spirituality and the current adjustment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal for the Scientific Study of Religion, 46*, 101-117.
- Guilbert, É., Bradet, R., & Godin, G. (1995). Portrait d'un groupe de femmes utilisant une méthode contraceptive après une interruption volontaire de grossesse. *Revue Sexologique, 33*, 113-123.
- Hansen, L., Mann, J., McMahon, S., & Wong, T. (2004). Sexual health. *BMC Women's Health, 4*, 1-8.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 631-636.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives, 33*, 206-211.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2001). *Enquête Sociale et de Santé 1998* (2<sup>e</sup> Edition). *Collection la santé et le bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Kalichman, S. C., Tannenbaum, L., & Nachimson, D. (1998). Personality and cognitive factors influencing substance use and sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Psychology of Addictive Behaviors, 12*, 262-271.
- Lemieux, S. R., & Byers, S. E. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*, 126-144.



- Long, P. J., & Jackson, J. L. (1993). Initial emotional response to childhood sexual abuse: Emotion profiles of victims and relationship to later adjustment. *Journal of Family Violence, 8*, 167-181.
- Luo, Y., Parish, W. L., & Laumann, E. O. (2008). A population-based study of childhood sexual contact in China: Prevalence and long-term consequences. *Child Abuse & Neglect, 32*, 721-731.
- MacMillan, H. L. (1998). Child abuse: A community problem. *Canadian Medical Association Journal, 158*, 1301-1302.
- Medrano, M. A., Desmond, D. P., Zule, W. A., & Hatch, J. P. (1999). Histories of childhood trauma and the effects on risky HIV behavior in a sample of women drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*, 593-606.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 987-996.
- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., & Milner, J. S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 992-1006.
- Messman-Moore, T. L., & 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*, 537-571.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research, 36*, 385-395.
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 229-236.

- Miner, M. H., Flitter, J. M. K., & Robinson, B. E. (2006). Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 503-524.
- Mulkana, S. S., & Hailey, B. J. (2001). The role of optimism in health-enhancing behavior. *American Journal of Health Behavior, 25*, 388-395.
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior, 34*, 517-526.
- National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group (2001). A test of factors mediating the relationship between unwanted sexual activity during childhood and risky sexual practices among women enrolled in the NIMH Multisite HIV Prevention Trial. *Women & Health, 33*, 163-180.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 1452-1471.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 575-586.
- Nunn, K. P., Lewin, T. J., Walton, J. M., & Carr, V. J. (1996). The construction and characteristics of an instrument to measure personal hopefulness. *Psychological Medicine, 26*, 531-545.
- Parillo, K. M., Freeman, R. C., Collier, K., & Young, P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse & Neglect, 25*, 335-346.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.

- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*, 143-166.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*, 879-891.
- Quina, K., Morokoff, P., Harlow, L., & Zurbriggen, E. (2004). Cognitive and attitudinal paths from childhood trauma to adult HIV risk. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 117-134). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rafnsson, F. D., Smari, J., Windle, M., Mears, S. A., & Endler, N. S. (2006). Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). *Personality and Individual Differences, 40*, 1247-1258.
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect, 28*, 575-586.
- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*, 211-226.
- Schloretdt, K. A., & Heiman, J. R. (2003). Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 275-284.
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket Books.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Venable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies,



- methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 28, 711-735.
- Senn, T. E., Carey, M. P., Venable, P. A., Coury-Doniger, P., & Urban, M. A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 720-731.
- Simon, V. A., & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 13, 167-181.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Snell, W. E. (1998). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 521-524). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology*. (pp. 290-312). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340-362.
- Statistics Canada. *National Population health survey, NPHS 1996-97*. Retrieved from: [http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5003\\_Q1\\_V2-eng.pdf](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5003_Q1_V2-eng.pdf)
- Swanston, H. Y., Nunn, K. P., Oates, R. K., Tebbutt, J. S., & O'Toole, B. I. (1999). Hoping and coping in young people who have been sexually abused. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 134-142.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N., & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.

- Taylor, J. E., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1994). Self-report assessment of female function: Psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning of women. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 627-643.
- Testa, M., Hoffman, J. H., & Livingston, J. A. (2010). Alcohol and sexual risk behaviors as mediators of the sexual victimization-revictimization relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 249-259.
- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect, 33*, 161-172.
- Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 1-13.
- Watson, B., & Halford, K. W. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationship. *Violence and Victims, 25*, 518-535.
- Wong, W. S., & Fielding, R. (2007). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism a moderator or mediator. *Quality of Life Research, 16*, 53-63.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding, and meaning-making. *Journal of Family Violence, 22*, 597-608.
- Zoccolillo, M., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 900-907.
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy, 26*, 16-32.

Table 1

*Sexual health outcomes by women's victimization status (N = 889).*

Variables	No CSA		Non contact CSA		Contact CSA		Severe CSA		$\eta^2$	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
High-risk sexual behavior	2.32 <sub>a</sub>	(1.29)	2.44 <sub>a,b</sub>	(1.43)	2.63 <sub>a,b</sub>	(1.29)	2.98 <sub>b</sub>	(1.30)	9.40 <sup>***</sup>	0.03
Sexual problems	0.79 <sub>a</sub>	(0.84)	0.71 <sub>a,b</sub>	(0.85)	1.17 <sub>c</sub>	(0.97)	1.06 <sub>b,c</sub>	(0.89)	8.83 <sup>***</sup>	0.03
Negative sexual Self-concept	-0.07 <sub>a</sub>	(0.93)	-0.13 <sub>a,b</sub>	(0.71)	0.26 <sub>b</sub>	(1.20)	0.17 <sub>a,b</sub>	(1.18)	4.91 <sup>**</sup>	0.02

*Note.* Means in the same row with different subscripts differ significantly at  $p < .05$  using Gabriel's or Games-Howell's.

<sup>\*\*\*</sup>  $p < .001$ , <sup>\*\*</sup>  $p < .01$ .



Table 2

*Pearson correlation coefficients among study variables (N = 889).*

	1	2	3	4	5	6	7
1. CSA	-						
2. Avoidant coping	.02	-					
3. Emotion-oriented coping	.08*	.19***	-				
4. Optimism	-.15***	-.08*	-.47***	-			
5. High-risk sexual behavior	.18***	.11**	.05	-.12**	-		
6. Negative Sexual self-concept	.11**	.04	.30***	-.33***	-.03	-	
7. Sexual problems	.17***	.01	.12***	-.11**	.21***	.12***	-

*Note.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Table 3

Summary of hierarchical regression analysis for maladaptive coping, and optimism predicting sexual health outcomes (N=889).

Variables	Negative sexual self-concept				High-risk sexual behavior				Sexual problems			
	B	SE B	$\beta$	R <sup>2</sup>	B	SE B	$\beta$	R <sup>2</sup>	B	SE B	$\beta$	R <sup>2</sup>
Step 1				.01 <sup>**</sup>				.03 <sup>***</sup>				.03 <sup>***</sup>
CSA	0.11	0.03	.11 <sup>**</sup>		0.18	0.03	.18 <sup>***</sup>		0.17	0.03	.17 <sup>***</sup>	
Step 2				.10 <sup>***</sup>				.03 <sup>***</sup>				.04 <sup>***</sup>
CSA	0.09	0.03	.09 <sup>**</sup>		0.18	0.03	.18 <sup>***</sup>		0.16	0.03	.16 <sup>***</sup>	
Emotion coping	0.29	0.03	.29 <sup>***</sup>		0.03	0.03	.03		0.10	0.03	.11 <sup>**</sup>	
Step 3				.14 <sup>***</sup>				.04 <sup>**</sup>				.04 <sup>***</sup>
CSA	0.06	0.03	.06		0.17	0.03	.17 <sup>***</sup>		0.16	0.03	.16 <sup>***</sup>	
Emotion coping	0.18	0.04	.18 <sup>***</sup>		-0.06	0.04	-.02		0.08	0.04	.08 <sup>*</sup>	
Optimism	-0.24	0.04	-.24 <sup>***</sup>		-0.09	0.04	-.10 <sup>***</sup>		-0.05	0.04	-.05	

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Table 4

Summary of hierarchical regression analysis for maladaptive coping, and optimism predicting sexual health outcomes ( $N=889$ ).

Variables	Negative sexual self-concept				High-risk sexual behavior				Sexual problems			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$
Step 1				.01 <sup>***</sup>				.03 <sup>***</sup>				.03 <sup>***</sup>
CSA	0.11	0.03	.11 <sup>**</sup>		0.18	0.03	.18 <sup>***</sup>		0.17	0.03	.17 <sup>***</sup>	
Step 2				.14 <sup>***</sup>				.05 <sup>***</sup>				.04 <sup>***</sup>
CSA	0.06	0.03	.06		0.17	0.03	.17 <sup>***</sup>		0.16	0.03	.16 <sup>***</sup>	
Emotion	0.19	0.04	.19 <sup>***</sup>		-0.04	0.04	-.04		0.08	0.04	.08 <sup>*</sup>	
Avoidant	-0.02	0.03	-.02		0.11	0.03	.11 <sup>**</sup>		-0.02	0.03	-.02	
Optimism	-0.23	0.04	-.23 <sup>***</sup>		-0.10	0.04	-.10 <sup>**</sup>		-0.05	0.04	-.05	
Step 3				.14 <sup>***</sup>				.05 <sup>***</sup>				.04 <sup>***</sup>
CSA	0.07	0.03	.06		0.17	0.03	.17 <sup>***</sup>		0.15	0.03	.15 <sup>***</sup>	

Emotion	0.19	0.04	.18***	-0.04	0.04	-0.04	0.08	0.04	.08*
Avoidant	-0.02	0.03	-.02	0.11	0.03	.11**	-0.02	0.03	-.02
Optimism	-0.23	0.04	-.23***	-0.10	0.04	-.10**	-0.06	0.04	-.06
CSAxEM	-0.02	0.04	-.02	0.06	0.04	.06	-0.01	0.04	-.01
CSAxAV	0.02	0.03	.02	-0.01	0.04	-.01	-0.05	0.04	-.05
CSAxOP	0.01	0.04	.01	0.03	0.04	.03	-0.03	0.04	-.03

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .



## CHAPITRE II

Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization

Céline Lacelle<sup>1</sup>, M.Ps., Martine Hébert<sup>2</sup>, Ph.D., Francine Lavoie<sup>3</sup>, Ph.D., Frank Vitaro<sup>4</sup>, Ph.D. et Richard E. Tremblay<sup>4, 5</sup>, Ph.D.

<sup>1</sup>Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

<sup>2</sup>Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

<sup>3</sup>École de psychologie, Université Laval

<sup>4</sup>Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, Université de Montréal

<sup>5</sup>School of Public Health and Population Science, University College Dublin

Soumis pour publication à la revue *Journal of Child Sexual Abuse* le 20 avril 2011.

Resoumis suite aux commentaires des évaluateurs le 20 juillet 2011.

Accepté pour publication le 25 juillet 2011.

Running head: Child sexual abuse and women's sexual health

Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization

Céline Lacelle<sup>1</sup>, Martine Hébert<sup>2</sup>, Francine Lavoie<sup>3</sup>, Frank Vitaro<sup>4</sup>, Richard E. Tremblay<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Department of psychology, Université du Québec à Montréal

<sup>2</sup>Department of sexology, Université du Québec à Montréal

<sup>3</sup>School of psychology, Université Laval

<sup>4</sup>Research Unit on Children's Maladjustment, Université de Montréal

<sup>5</sup>School of Public Health and Population Science, University College Dublin

This research was submitted as part of the doctoral dissertation of the first author. This research was made possible by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The authors thank Hélène Beauchesne and Lyse Desmarais-Gervais for project administration and data collection coordination, Manon Robichaud for data management and Pierre McDuff for statistical consultation. We also wish to thank the young adults who participated in the study. Requests for reprints should be addressed to Martine Hébert, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Case Postale 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8 Phone: (514) 987-3000 x5697, Fax: (514) 987-6787 (e-mail: hebert.m@uqam.ca).

Submitted to: Journal of Child Sexual Abuse



Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization

Abstract

Over the past years, research studies have provided increasing evidence for the potential adverse impact of child sexual abuse (CSA) on women's sexual health. The present study examined the association between CSA and sexual health while controlling for various forms of childhood victimization. Self-report questionnaires were administered to 889 young women from the province of Quebec, Canada. Results suggest that CSA survivors were more likely to report having also experienced other forms of childhood victimization than were women without CSA. Women with a history of both CSA and multiple forms of victimization were at greater risk of experiencing more adverse outcomes including risky sexual behaviors, sexual problems and negative sexual self-concept. Regression analyses revealed that CSA was significantly related to indicators of sexual health outcomes even when controlling for the effect of single forms of victimization. Clinically, interventions optimizing sexual health may be particularly helpful for a specific subgroup of CSA survivors such as those who were also exposed to multiple other forms of childhood maltreatment.

**Keywords:** Child sexual abuse, sexual health, childhood victimization, CSA severity.



Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization.

Over the past years, research studies have provided increasing evidence for the potential adverse impact of child sexual abuse (CSA) on women's sexual health and well-being (Lemieux & Byers, 2008; Senn, Carey, & Venable, 2008). Studies have linked the experience of CSA to an increased risk of engaging in subsequent high-risk sexual behaviors such as engaging in consensual sex at a younger age, having a higher number of sexual partners, a higher frequency of unprotected sex, a greater likelihood of contracting a sexually transmitted infection (STI), as well as using drugs or alcohol during sexual activities (Senn et al., 2008). Furthermore, researchers have found that CSA is also related to poorer sexual health such as reporting greater sexual anxiety, less sexual satisfaction, as well as experiencing more gynaecological problems (Coker, 2007; Lemieux & Byers, 2008). Similarly, recent studies suggest that abuse severity and exposure to multiple forms of child maltreatment may lead to greater adverse sexual health outcomes in adulthood (Senn et al., 2008). Furthermore, some authors have also suggested that CSA alone may not be a better predictor of sexual health difficulties than combined forms of childhood abuse (Senn et al., 2008; Zwickl & Merriman, 2011). However, despite these results, no study has examined the link between all of these variables. The current study aims to address some of these limitations by examining the relationship between CSA severity, exposure to multiple forms of childhood maltreatment and outcomes related to women's sexual health.

There has been increased recognition that CSA represents an important public health issue given that women exposed to CSA may be more vulnerable not only to mental health problems but also to sexual difficulties, contracting STIs as well as HIV and AIDS (Doll, Koenig, & Purcell, 2004). Thus, further research is needed to assist in the elaboration of specific interventions to reduce sexual risk behaviors that may compromise the sexual health and well-being of CSA survivors (Senn & Carey, 2010). Far from being merely the absence of sexual dysfunctions or STIs, the concept

of sexual health represents a central and fundamental part of being human, and thus, encompasses various aspects of human sexuality including sexual functioning, well-being, satisfaction, and behavior (Coker, 2007; Hansen, Mann, McMahon, & Wong, 2004; Lemieux & Byers, 2008; van Roode, Dickson, Herbison, & Paul, 2009).

Hence, in the present study, we propose to examine the association between CSA and various indicators of women's sexual health including risky sexual behaviors, STIs, sexual problems (i.e., menstrual, gynaecological, genitourinary problems), sexual self-concept (e.g., sexual anxiety, sexual fear, sexual satisfaction, sexual affect) within the framework of the Traumagenic Sexualization model.

#### *Traumagenic Dynamics Model*

The concept of traumatic sexualization proposed by Finkelhor and Browne's (1985) traumagenic dynamics model may offer a valuable framework in understanding the sexual health consequences associated with CSA. Traumatic sexualization refers to the development of negative feelings and attitudes about sexuality that result from a child being rewarded for engaging in sexual activity (Finkelhor & Browne, 1985; Senn et al., 2008). Women who have experienced CSA may come to view sex as necessary for affection, and therefore, may be more likely to engage in sexual risk behaviors such as having multiple sexual partners (Senn & Carey, 2010; Simon & Feiring, 2008). Sexually abused women may also have been conditioned to associate sex with negative feelings which could lead to problems related to sexual well-being such as more sexual anxiety and less sexual satisfaction (Lemieux & Byers, 2008; Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003; Simon & Feiring, 2008).

#### *Multiple Forms of Childhood Victimization*

Although past studies have almost solely focused on one form of maltreatment when investigating later outcomes, researchers have begun to pay more attention to the co-occurrence of multiple forms of childhood victimization (e.g., Banyard, Williams, Saunders, & Fitzgerald, 2008; Clemmons, Walsh, DiLillo, & Messman-Moore, 2007; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Senn & Carey, 2010). Indeed,

there is growing evidence that children exposed to one type of maltreatment are likely to have also been exposed to other forms of victimization (Clemmons et al., 2007; Finkelhor et al., 2007; Senn & Carey, 2010). Studies have found that exposure to multiple types of maltreatment, as opposed to a single type of abuse, is associated to more negative outcomes and greater symptom complexity (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Clemmons et al., 2007).

There is also evidence that suggests a cumulative effect of exposure to multiple forms of childhood victimization (Clemmons, DiLillo, Martinez, DeGue, & Jeffcott, 2003; Finkelhor et al., 2007). Several studies have revealed that experiencing more types of maltreatment is associated with worse outcomes including greater trauma-related symptoms, depression, low self-esteem, suicidal ideation, and greater involvement in subsequent health-risk behaviors such as smoking or substance abuse (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Farrill-Swails, 2005; Boxer & Terranova, 2008; Clemmons et al., 2007; Hahm, Lee, Ozonoff, & Van Wert, 2010; Rodgers et al., 2004). Researchers have suggested that the effects of multiple childhood victimization experiences may accumulate over time leading to greater adverse health outcomes in adulthood (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara, & Thompson, 2008; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006). Consequently, studies are needed in order to clarify whether CSA is uniquely associated with adverse sexual health outcomes after controlling for other forms of childhood victimization and multiple victimization exposures.

#### *Multiple Forms of Childhood Victimization and sexual health outcomes*

While studies have considered various forms of childhood victimization when investigating later mental health outcomes, only a few studies have explored the effects of co-occurring types of victimization on women's sexual health outcomes (Lemieux & Byers, 2008). In a recent study with young American women, Hahm and colleagues (2010) found that women exposed to multiple forms of maltreatment (e.g., neglect, physical or sexual abuse) were more likely to manifest greater sexual risk behaviors such as having sex before the age of 15, having sex in exchange of money,



and reporting a history of STI, than were women exposed to a single form of victimization. More specifically, results revealed that women exposed to both CSA and other forms of childhood victimization reported the poorest outcomes. Thus, a history of CSA in combination with other types of victimization may lead to more adverse consequences in adulthood than other combinations of childhood abuse (Hahm et al., 2010). However, in a study conducted with 414 women attending a STD clinic, Senn and Carey (2010) did not find support for a cumulative effect of multiple types of maltreatment. The authors found that only CSA remained uniquely associated with sexual risk behaviors after controlling for other types of childhood maltreatment. These findings seem to provide further evidence for the unique contribution of CSA to the development of traumatic sexualization which may lead to greater involvement in sexual risk behaviors (Senn & Carey, 2010). Nevertheless, both studies presented some methodological limitations. First, the authors included only a few questions to assess participant' childhood maltreatment histories and did not take into consideration the severity of maltreatment experiences, which could have an influence on sexual health outcomes given that more severe forms of victimization may lead to greater adverse outcomes (Senn & Carey, 2010). Second, the authors did not include other important experiences of childhood maltreatment such as witnessing partner violence that often co-occur with CSA, and which may also contribute to later adverse outcomes (Hamby, Finkelhor, Turner, & Ormrod, 2010). Lastly, the authors focused solely on indicators of sexual risk behaviors (Hahm et al., 2010; Senn & Carey, 2010). In order to fully document the extent to which CSA may compromise women's sexual health, attention must therefore be paid to various indicators of women's sexual health that go beyond the presence of sexual risk behaviors (Lemieux & Byers, 2008).

#### *Abuse severity*

Finally, although researchers have underscored the importance of abuse severity when investigating the link between CSA and women's sexual health outcomes, recent studies that have controlled for multiple types of childhood victimization have



failed to pay attention to this variable (Lemieux & Byers, 2008; Senn & Carey, 2010). Recent studies have shown that CSA severity is associated with subsequent risky sexual behavior, including more lifetime sexual partners, more unprotected sex, and a history of STIs (Lemieux & Byers, 2008; Merrill et al., 2003; Senn, Carey, Vanable, Coury-Doniger, & Urban, 2007). Furthermore, researchers have also suggested that more severe CSA (i.e., including penetration or attempted penetration) may lead to greater traumatic sexualization and consequently, to greater sexual risk behaviors that could further compromise women's sexual health (Lemieux & Byers, 2008). Some recent empirical work has also found that CSA severity as well as other co-varying family dysfunction such as witnessing or experiencing childhood physical or psychological violence may be associated with worst outcomes (Watson & Halford, 2010). Identifying which subgroup of CSA survivors is at increased risk of experiencing more adverse sexual outcomes may provide researchers and clinicians crucial information for differential prevention and intervention programs (Clemmons et al., 2003).

#### Current Study

The present study addresses some of the gaps identified in previous studies. It will examine whether CSA survivors were more likely to have been exposed to multiple forms of childhood victimization compared to women without a past history of CSA. Second, it will examine whether women exposed to both CSA and multiple forms of childhood victimization have reported greater adverse sexual health outcomes compared to women who did not experience both subsets of childhood victimization. Furthermore, it will investigate whether CSA severity would be uniquely associated with various indicators of women's sexual health while controlling for the effects of other forms of childhood victimization. Finally, the possible cumulative effect of exposure to multiple forms of childhood victimization on women's sexual health outcomes will be explored within the context of CSA severity.

It was anticipated that women with a history of CSA would report greater exposure to various forms of childhood victimization than women without a CSA history. It was also predicted that experiencing CSA and multiple other forms of victimization during childhood would result in even more adverse sexual health outcomes than experiencing either CSA or multiple forms of victimization. Furthermore, it was expected that CSA severity would be associated with all three adverse sexual health outcomes while controlling for other forms of maltreatment. Finally, it was postulated that both CSA and as well as cumulative exposure to various forms of childhood victimization would each be uniquely associated with adverse sexual health outcomes.

## Method

### *Participants*

The women ( $n = 1064$ ) who participated in this study were part of a larger community sample of French-speaking children attending kindergarten in Quebec (Canada) during the 1986-1987 school years. Participants were assessed annually from the age of six to 12 years old, and then in adolescence (mean age, 15.7 years) and in early adulthood (mean age, 21.2 years). The vast majority of participants were French-speaking Caucasians (i.e., 95%). More than 80% of the children (i.e., 81%) were living with both of their biological parents when they were in kindergarten. According to the Canadian socioeconomic index for occupation, these families were mainly middle class (Blishen, Carroll, & Moore, 1987). A layout of the study design has been offered elsewhere (Fontaine et al., 2008; Vézina et al., 2010; Zoccolillo, Vitaro, & Tremblay, 1999). The present analyses are conducted with data collected at age 21. Of the 1064 women involved, 889 participants provided data on all measures considered for the analyses and were thus retained for the final sample.

### *Measures*

*Child sexual abuse.* This measure was administered as a self-report computerized questionnaire. Five questions regarding child sexual abuse were adapted from the *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* (ACE; Felitti et al., 1998), and from the *Sexually Victimized Children Questionnaire* (Finkelhor, 1979). Participants were asked if they had experienced any unwanted sexual acts against their will before the age of 18 years including: exhibitionism; sexual fondling or touching; completed or attempted sexual intercourse by use of bribes or threats, by use of force, or by use of drugs and/or alcohol. Participant who answered “yes” to any of the questions received a score of 1 (i.e., experienced any unwanted sexual act) and were classified as having experienced CSA. When a participant responded affirmatively to any of the questions, she was asked to complete additional questions pertaining to the type of perpetrator involved from a choice of seven responses: within the family, within the extended family, acquaintance from school or work, acquaintance from outside of school or work, boyfriend or ex-boyfriend, a first-time date, or a stranger. An ordinal measure of CSA was created to examine the impact of CSA severity on sexual health outcomes with the following possible scores: 0 (*no CSA*), 1 (*CSA involving exhibitionism only*), 2 (*CSA involving touching or fondling only*), and 3 (*CSA involving penetration or attempted penetration*).

*Child physical abuse.* Eight items of the *Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC-CA)*; Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) were used to evaluate child physical abuse by a mother or father figure. Participants indicated how often they experienced each of the following items during their childhood: severe physical abuse (four items; e.g., hit you with an object; brutally threw you against a wall); and, very severe physical abuse (four items; e.g., threatened you with a weapon, beat you up over and over). Participants’ responses were dichotomized as 1 (*experienced physical abuse*) or 0 (*did not experience physical abuse*). Participants were classified as having experienced severe, or very severe physical abuse if they



answered “yes” to any items on the severe and very severe physical abuse subscales. Of the 889 respondents, 26.8% ( $n = 238$ ) indicated that they had experienced severe or very severe child physical abuse.

*Child psychological abuse.* The *Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC-CA)*; Straus et al., 1998) was used to assess participants’ exposure to psychological abuse. Participants indicated how often they had experienced each of the following four items during their childhood (e.g., often swore or insulted you; often yelled or screamed at you; called you names; threatened to hit or throw something at you). Scores were dichotomized (1 = *experienced psychological abuse* or 0 = *did not experience psychological abuse*). Consistent with recommendations made by the authors, participants were classified as having experienced psychological abuse if they scored above the 80<sup>th</sup> percentile (Straus et al., 1998) that is, if they responded “yes” to at least two of the four items.

*Witnessing domestic violence during childhood.* Witnessing domestic violence (WDV) was assessed with items adapted from the *Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2)*; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Participants were asked whether they had witnessed, while growing up, their parents or caregivers engage in each of the following violent behaviors towards one another: psychological violence (seven items; e.g., often swore, cursed, yelled or screamed at partner; called partner names); physical violence (twelve items; e.g., threw something at; twisted arm or hair; hit with object that could hurt; threatened with a weapon; beat up; punched). Scores were dichotomized (1 = *witnessed domestic violence* or 0 = *did not witness domestic violence*). Consistent with recommendations made by the researchers, participants were classified as having witnessed psychological violence if they scored above the 80<sup>th</sup> percentile (Straus et al., 1996) that is if they answered “yes” to at least three of the seven items on the psychological violence subscale, and as having witnessed physical violence if they answered “yes” to one or more items on the physical violence subscale.



*Cumulative exposure to multiple forms of childhood victimization.* Responses were summed across the four dichotomously scored childhood victimization subscales (childhood psychological abuse; childhood physical abuse; witnessing psychological violence; witnessing physical violence) to create a composite index of cumulative exposure to multiple forms of childhood victimization. A similar procedure was used by Senn and Carey (2010) to create an additive maltreatment score by summing different maltreatment types other than CSA in order to ensure that the link between number of victimization types and later outcomes is not due to CSA participants being more likely to have also experienced multiple types of childhood maltreatment. Exposure to multiple forms of CV ranged from 0 to 4 ( $M = 1.14$ ,  $SD = 1.27$ ) with maximum scores indicating that the participant had experienced all four different forms of victimization. Hence, higher scores indicated greater cumulative exposure to multiple forms of victimization. This composite index was based on findings from prior research indicating greater risk associated with cumulative exposure to various forms of victimization during childhood (Finkelhor et al., 2007).

#### *Sexual health indicators*

*Sexually transmitted infections.* A history of sexually transmitted infections (STIs) was assessed by one item adapted from the Canadian National Surveys (National Population Health Survey, NPHS 1996/1997; Social and Health Survey, SHS, 1998) evaluating the presence of any STI that had occurred during the participant's lifetime. Participants' responses were dichotomized (0 = "no" and 1 = "yes").

*Sexual behaviors.* Four items adapted from the *Attitudes Facing Sexuality and Love Questionnaire* (Guilbert, Bradet, & Godin, 1995) as well as from the HIV-Preventive Behaviors section from the *Teen Health Survey* (CHIP; 1997-1998) were used to assess women's sexual and preventive behaviors: age at first consensual sexual intercourse (i.e., in years), the number of lifetime sexual partners, as well as their proportion of condom use during every first intercourse with a new partner (i.e., on a 10-point scale ranging from 0% to 100%), and the proportion of drug or alcohol use

during sexual intercourses in the last year (i.e., on a 10-point scale ranging from 0% to 100%).

*Risky sexual behavior index.* A risky sexual behavior composite index was created by summing participants affirmative responses (yes = 1 or no = 0) to the five following indicators of risky sexual behavior: having suffered from a STI diagnosed by a medical professional; having initiated consensual sexual intercourse before the age of 16, having six or more lifetime sexual partners, inconsistent condom during every first sexual intercourse with a new partner, and having used drug or alcohol during sexual activities over the last year. Scores on the risky sexual behavior composite index ( $M = 2.2$ ,  $SD = 1.40$ ) ranged from 0 (never engaged in any risky sexual behaviors) to 5 (engaged in all five risky sexual behaviors). These five items have been examined in multiple studies and are common indicators of risky sexual behavior (e.g., Becker, Rankin, & Rickel, 1998; Campbell, Sefl, & Ahrens, 2004; Carey, Chandra, Carey, & Neal, 2003; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997; Senn et al., 2008) as well as recognized risk factors for HIV (e.g., Kalichman, Tannenbaum, & Nachimson, 1998).

*Sexual health problems.* Women's histories of suffering from intense menstrual or pre-menstrual pain, genitourinary problems, and gynaecological problems were each assessed by three items evaluating the presence of any of these problems in the course of the participant's life. Participants' responses were dichotomously scored (0 = "no" and 1 = "yes"). These scores were then summed to create a composite score of sexual health problems ( $M = 1.8$ ,  $SD = 1.82$ , range = 0 – 3). The items were adapted from the *Canadian National Surveys* (National Population Health Survey, NPHS 1996/1997; Social and Health Survey, SHS, 1998).

*Sexual anxiety, sexual satisfaction, and fear of sexuality.* Six items were used to evaluate participants' experience of: 1) sexual anxiety, defined as the tendency to feel anxious about the sexual aspects of one's life (two items), 2) sexual satisfaction, defined as the tendency to be highly satisfied with the sexual aspects of one's life (two items) and, 3) fear-of-sex, defined as a fear of engaging in sexual relations with

another person (two items). These items were adapted from the *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire* (MSSCQ; Snell, 1998). Participants were asked to indicate on a 5-point scale (e.g., *Not at all characteristic of me; slightly characteristic of me; somewhat characteristic of me; moderately characteristic of me; very characteristic of me*) to what extent a statement applied to them regarding their subjective sexual experiences during the last year. Higher scores on items corresponded to greater sexual anxiety, sexual satisfaction, and fear-of-sex (MSSCQ; Snell, 1998).

*Positive and negative sexual affect.* Two items were used to assess participants' experiences of positive and negative sexual affect during sexual intercourse and were adapted from the *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (BISF; Taylor, Rosen, & Leiblum, 1994). Participants were asked to indicate how frequently, in the last year, they had experienced sexual arousal and negative feelings such as disgust, shame, or guilt during sexual intercourse with a partner by completing a 6-point scale (e.g., *No sexual experience during last year; not at all; seldom, less than 25% of the time; sometimes, about 50% of the time; usually, about 75% of the time; always*). Higher scores on negative feelings and lower scores on sexual arousal were used as indicators of negative sexual affect.

*Negative sexual self-concept.* To reduce the number of sexual health indicators to be used in subsequent analyses, a principal component analysis (PCA) with a varimax rotation was performed on the five preceding indicators related to participants' subjective sexual health outcomes (i.e., sexual fear, sexual anxiety, sexual satisfaction, and experiences of negative feelings as well as sexual arousal during sexual intercourse). The results of the PCA analysis yielded a one factor solution "negative sexual self-concept" which explained 48.7% of the variance, with an alpha coefficient of  $\alpha = .84$ . Factor scores derived from the PCA analysis were used as participants' scores on this subset of indicators of subjective sexual health. Positive scores on the negative sexual self-concept were indicators of more negative sexual self-concept and reflected greater levels of sexual anxiety, sexual fear, and



negative feeling during sexual activities, as well as decreased levels of sexual satisfaction and arousal.

### *Procedure*

When participants reached the age of 21 years old, research assistants contacted the women by telephone and provided them with a description of the study's procedures and aims. If participants agreed to take part in the study, two different appointments were scheduled with them according to their availability. At the time of the first interview, each woman signed a written consent form stating that they agreed to be interviewed, that their responses would remain confidential, and that they could end their participation in the study at any time. The interviews lasted approximately 180 minutes and occurred in the participants' homes. Data was obtained using a variety of methods including self-reported questionnaires and computerized questionnaires. All measures were administered in French. This research was approved by the IRB of the University.

### Results

More than 31% ( $n = 280$ ) of participants reported having been sexually abused during their childhood. The identity of the perpetrator was a member of the family or extended-family in 39.3% ( $n = 110$ ) of the cases, an acquaintance in 45.0% ( $n = 126$ ) of the cases, and a stranger in 15.7% ( $n = 44$ ) of the cases. A total of 44.6% ( $n = 125$ ) of CSA participants reported CSA involving attempted or completed penetration while 36.8% ( $n = 103$ ) reported CSA involving fondling or touching only, and 18.6% ( $n = 152$ ) endorsed having experienced CSA involving exhibitionism.

Of the 889 respondents, 26.8% ( $n = 238$ ) indicated that they had experienced severe or very severe child physical abuse, and 44.9% ( $n = 399$ ) reported having experienced psychological abuse. More than twenty-six percent ( $n = 235$ ) of participants reported having witnessed psychological violence while 142 (16.0%) of the women indicated that they witnessed physical violence. A total of 348



participants (39.1%) reported no victimization experiences while 216 (24.3%) reported exposure to one form of victimization, and 325 (36.6%) reported cumulative exposure to multiple forms of victimization

*Childhood victimization experiences of women with and without a CSA history*

Preliminary analyses revealed that assumptions of normality, linearity, multicollinearity and homoscedasticity were met. Chi-square and *t-test* analyses were conducted to examine whether participants with a CSA history would report more childhood victimization experiences than participants without CSA history. Results indicated significant group differences on all of the childhood victimization categories (see Table 1).

*Experiences of sexual and childhood violence and women's sexual health outcomes*

To determine whether experiencing both CSA and cumulative victimization (i.e., more than two categories of victimization) would result in poorer sexual health outcomes than experiencing no victimization, any single form of victimization (including CSA) or multiple forms of victimization, we conducted ANOVAs on three indicators of women's sexual health: risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept. Since these three sexual health outcomes measured different dimensions of women's sexual health, we opted for ANOVAs instead of a single MANOVA. Furthermore, because violations of the assumption of homogeneity of variance can have serious consequences when sample sizes are unequal, we used Welch's *F* robust tests of equality of means for outcomes related to negative sexual self-concept.

As shown in Table 2, results of ANOVA analyses revealed that significant between-group differences were observed for all three sexual health outcomes. Considering the unequal sizes of the four groups of women, subsequent *Post hoc* tests using *Gabriel's* method for comparisons for the risky sexual behavior and sexual

problems composite index, and *Games-Howell's* method for comparisons in regards to negative sexual self-concept were used.

Mean comparisons indicated that women in the CSA with cumulative victimization group reported more risky sexual behaviors than did women from all the other groups except for the CSA with any single victimization. Women in the CSA with cumulative victimization group also indicated having experienced more sexual problems than did women in either the no victimization or the any single victimization group. Women with a history of either CSA with cumulative victimization or cumulative victimization reported greater levels of negative sexual self-concept compared to women without any victimization experiences.

Surprisingly, female survivors of CSA either with or without any single form of victimization did not report significantly more subsequent involvement in risky sexual behaviors, more sexual problems, or greater levels of negative sexual self-concept than women without any victimization experiences.

*Contribution of CSA severity and other forms of victimization in predicting women's sexual health outcome*

In order to examine whether CSA severity was uniquely associated with sexual health outcomes while controlling for other forms of victimization, multiple hierarchical regression analyses were conducted for each separate indicators of women's sexual health: risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept. For each separate hierarchical regression, CSA severity was entered in the first step of the analyses while psychological abuse, physical abuse, witnessing psychological and physical domestic violence were all simultaneously added in the second step of the analyses. Correlations among study variables are presented in Table 3 and results of separate hierarchical regression analyses are presented in Table 4.

Results from the first step of the analyses indicated that this model was significant for all three sexual health outcomes when CSA severity was entered into

the model (risky sexual behaviors,  $F(1, 887) = 30.63, p < .001$ ; sexual problems,  $F(1, 887) = 19.60, p < .001$ ; negative sexual self-concept,  $F(1, 887) = 11.88, p = .001$ ). CSA severity emerged as a significant predictor of all three outcomes: risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept. When single categories of victimization were added to the list of predictors in the second step of the analyses, this model was also significant for risky sexual behaviors,  $F(5, 883) = 10.92, p < .001$ , sexual problems,  $F(5, 883) = 6.75, p < .001$ , and negative sexual self-concept,  $F(5, 883) = 7.19, p < .001$ ). Results from the second step revealed that CSA severity remained a significant predictor of risky sexual behaviors, sexual problems and negative sexual self-concept when controlling for individual forms of victimization. Furthermore, data indicated that physical abuse emerged as a significant predictor of risky sexual behaviors and sexual problems while psychological abuse significantly predicted negative sexual self-concept when controlling for CSA severity.

*Contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of CV in predicting women's sexual health outcomes*

To determine the effects of cumulative exposure to multiple victimizations on the three indicators listed in the previous section, we proceeded to conduct separate hierarchical analyses with CSA severity entered in the first step of each regression analyses. Results revealed that when cumulative exposure to multiple victimizations was added in the second step of the analyses, this model was significant for all three outcomes: risky sexual behaviors,  $F(2, 886) = 26.12, p < .001$ , sexual problems,  $F(2, 886) = 16.12, p < .001$ , and negative sexual self-concept,  $F(2, 886) = 18.42, p < .001$ . As shown in Table 5, exposure to multiple forms of victimizations significantly predicted risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept. Furthermore, results indicated that CSA severity remained a significant predictor of risky sexual behaviors, sexual problems, and negative sexual self-concept when controlling for cumulative exposure to multiple victimizations.



## Discussion

Results from the present study revealed that (1) a history of CSA was associated with greater risk of reporting other forms of childhood victimization as well as exposure to multiple victimizations; (2) women with a history of exposure to both CSA and multiple victimizations were more likely to report greater adverse outcomes, including more sexual risk behaviors, more sexual problems, and more negative sexual self-concept compared to women without either types of childhood victimization; (3) CSA severity was associated with greater adverse sexual health outcomes even when controlling for other types of childhood victimization as well as for the effect of exposure to multiple forms of childhood victimization; (4) greater exposure to multiple forms of victimization was associated with more negative sexual health outcomes even when controlling for CSA severity.

Consistent with our predictions, we found that women who had been sexually abused during childhood were significantly more likely to have experienced other types of victimization including: psychological and physical abuse as well as witnessing physical and psychological violence. Results from the present study also revealed that female survivors of CSA also reported greater levels of exposure to multiple forms of victimization compared to women without a CSA history. These findings are consistent with those from prior studies and provide further evidence that CSA often co-occurs with other forms of childhood maltreatment (Arata et al., 2005; Hamby et al., 2010; Senn & Carey, 2010) The results regarding the high rates of co-occurrence of different forms of victimization also highlight the importance of investigating various forms of childhood victimization rather than focusing on single forms of maltreatment (Clemmons et al., 2007; Finkelhor et al., 2007; Senn & Carey, 2010). Failing to assess for various forms of victimization may lead to overestimation of the impact of individual forms of victimization (Elliott, Alexander, Pierce, Aspelmeier, & Richmond, 2009). Furthermore, the consideration of the potential impact of witnessing physical and psychological domestic violence in this study



represents an original contribution since few studies have included this variable (Elliott et al., 2009; Finkelhor et al., 2007; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009).

The current study found that women who experienced both CSA and exposure to multiple forms of victimization were more likely to report greater involvement in subsequent risky sexual behaviors, greater histories of sexual problems, and greater levels of negative sexual self-concept than women without a history of both subsets of childhood victimization. In this study, women with only a history of CSA did not report significantly greater adverse sexual health outcomes than women without a CSA history. Thus, it seems that exposure to CSA when combined with other forms of childhood victimization leads to more negative sexual health consequences than exposure to only CSA. However, the absence of a significant difference can possibly be explained by the small number of participants in each group. These results are consistent with findings from recent studies that have documented greater adverse outcomes among women exposed to CSA in combination with other forms of childhood maltreatment (e.g., Hahm et al., 2010) and highlight possible paths to resilient outcomes for CSA survivors. While some studies have suggested that CSA seems to have a specific and unique impact on women's sexual health (Senn & Carey, 2010), the current results reveal that exposure to multiple forms of childhood victimization also may have a long-term impact on women's sexual health. While our results are consistent with the growing body of literature concerning the possible cumulative or additive effect of exposure to multiple forms of childhood victimization, findings from other recent studies do not support the additive effect of different forms of childhood victimization (e.g., Senn & Carey, 2010). Thus, more studies are needed in order to better understand the exact mechanism through which cumulative victimization may lead to greater adverse outcomes in adulthood (Elliott et al., 2009). For example, results from the present study were based on a community sample of young adult women while other studies used samples of women attending a STI clinic (e.g., Senn & Carey, 2010). Furthermore, some authors have used items referring to less severe forms of abuse to categorize women's prior history of

victimization (e.g., Senn & Carey, 2010). In this study, only women with more severe forms of physical and psychological abuse were considered as survivors of prior victimization.

Results from the hierarchical regression analyses also revealed that CSA severity remains significantly related to three indicators of women's sexual health outcomes even when controlling for the effect of single forms of childhood victimization and exposure to multiple forms of childhood victimization. These results are consistent with other studies that found that CSA remained a significant predictor of women's sexual health even after controlling for other types of childhood maltreatment (Lemieux & Byers, 2008; Senn & Carey, 2010). This lends further support for the notion that CSA may have a unique impact on women's sexual health outcomes through the process of traumatic sexualization (Finkelhor & Browne, 1985). Indeed, clinical and research findings suggest that women who have experienced CSA may come to view sex as necessary for affection, and thus engage in high-risk sexual activity with one or many partners resulting in an "oversexualization" of their relationships (Senn et al., 2008; Simon & Feiring, 2008). Furthermore, CSA was associated with a greater likelihood of both experiencing and witnessing violence during childhood, thus possibly resulting in a greater vulnerability to engaging in subsequent sexual risk behaviors as a means to obtain attention or affection which could further compromise the women's sexual health (Lemieux & Byers, 2008).

Data from our study also revealed that childhood physical victimization predicted risky sexual behaviors, and sexual problems. These results are consistent with results from other studies that have linked childhood physical abuse to health-related problems and risky sexual behaviors in adulthood (Felitti et al., 1998; Senn et al., 2008). Some authors have stated that involvement in risk-taking behaviors may represent an attempt to fill a void of emotional and psychological fulfillment caused by the lack of security within the family (Elliott, Avery, Fishman, & Hoshiko, 2002). Results also revealed that childhood psychological victimization predicted negative



sexual self-concept in adulthood. According to some authors, psychological abuse may negatively influence the development of healthy sexual attitudes and behaviors during childhood as well as exert a profound impact on later functioning in adulthood including on adult sexual health and well being (Van Bruggen, Runtz, & Kadlec, 2006).

However, since our findings also indicate that women exposed to multiple forms of victimization may also be at greater risk of experiencing more adverse sexual health outcomes, further research is needed. It is important to bear in mind, however, that our models explained only a relatively small proportion of the variance in the indicators of sexual health. Future studies may want to examine possible mediating factors or mechanisms such as self-destructive coping strategies (Zwickl & Merriman, 2011), low self-esteem (Senn et al., 2008), emotional dysregulation (Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010), dissociation (Polusny & Follette, 1995), and insecure attachment (Alexander, 1992). For example, some CSA survivors may use sex as a distraction, or for avoiding the negative feelings that may result from the CSA (Briere, 1992). Furthermore, there is also evidence that CSA may lead to feelings of hopelessness regarding the future (i.e., less optimism) through the dynamic of powerlessness proposed by Finkelhor and Browne's (1985) model which, in turn, may lead to risky sexual behaviors in adulthood (Quina, Murokeff, Harlow, & Zurbriggen, 2004). Experiencing both CSA and multiple forms of childhood victimization may result in greater feelings of hopelessness. Thus, optimism may be an important mediator between exposure to multiple forms of childhood victimization and later adverse sexual health outcomes in adulthood.

#### *Implications for interventions*

The results from this study suggest that various forms of childhood victimization often co-occur and that CSA in combination with exposure to multiple forms of victimization seems to be linked with greater adverse sexual health outcomes (Hahm et al., 2010; Lemieux & Byers, 2008; Senn & Carey, 2010). For example, data

indicated that women exposed to both CSA and cumulative victimization were more likely to report more involvement in risky sexual behaviors, more sexual problems and greater negative sexual self-concept. Furthermore, participants with a history of cumulative victimization were also more likely to engage in more high-risk sexual behaviors and to report greater negative sexual self-concept. Consequently, researchers and clinicians should inquire about various other forms of childhood victimization, and emphasize the importance of examining the potential additive effect of exposure to CSA and multiple types of childhood victimization on women's sexual health outcomes (Senn et al., 2008). Clinicians providing services among women exposed to childhood victimization should be aware that these women may engage in sexual risk behaviors that could further compromise their sexual health (Senn & Carey, 2010). Prevention strategies may include providing information on the consequences of victimization (e.g., traumatic sexualization) that may influence their sexual behaviors including in some cases, using sex as a mean of obtaining attention or affection particularly among CSA survivors with a history of childhood physical abuse or exposure to multiple forms of childhood victimization (Van Bruggen et al., 2006). Health professional and clinicians should also implement intervention strategies aiming at sexual well-being, sexual anxiety, and fear of sexual activities among female patients with a history of CSA and childhood psychological victimization.

#### *Limitations of the present study*

Findings from the present study must be interpreted with caution given that predictors considered accounted for less than 6% of the variance on all three sexual health outcomes. Given the correlational nature of this study, it is impossible to draw causal interpretations from these findings. Other intervening variables that were not considered may have influenced findings from the present study. For example, several researchers have proposed that maladaptive coping strategies, social support, and depression may also influence the association between CSA and later adverse



outcomes (Merrill et al., 2003; Senn et al., 2008). Secondly, the manner in which we measured childhood victimization may have influenced the findings. The present study did not include a measure of childhood neglect, adult victimization experiences as well as other traumatic event including exposure to community violence and bullying all of which may also influence outcomes (Finkelhor et al., 2007). Furthermore, the use of retrospective self-reports in our study is subjected to recall biases. Third, although participants came from similar settings, the current study did not control for potentially relevant sociodemographic variables such as income and education (Bornovalova, Gwadz, Kahler, Aklin, & Lejuez, 2008). Finally, since we only included women who reported prior experiences of consensual sexual intercourses in our sample, it is possible that more sexually anxious women (Lemieux & Byers, 2008; Simon & Feiring, 2008), and those who had only experienced coercive sex were not included in the study.

Regardless of the limitations, findings from the present study suggest that CSA is associated with a variety of childhood victimization that may also influence women's sexual health outcomes. The present study had some methodological strength such as using a large sample of young adult women from a community setting as well as including various measures of prior victimization, and exposure to parental victimization. Furthermore, our findings also suggest that experiencing CSA in combination with multiple forms of childhood victimization may lead to greater and more pervasive adverse sexual health outcomes including increased risk of engaging in unhealthy sexual behaviours and experiencing sexual problems during adulthood. These results highlight the need for early intervention to reduce the long-term health impact of CSA.

#### References

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 185-195.

- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & Farrill-Swails, O. L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 11*, 29-52.
- Banyard, V., Williams, L. M., Saunders, B. E., & Fitzgerald, M. M. (2008). The complexity of trauma types in the lives of women in families referred for family violence: Multiple mediators of mental health. *The American Journal of Orthopsychiatry, 78*, 394-404.
- Becker, E., Rankin, E., & Rickel, A. U. (1998). *High-risk sexual behavior: Interventions with vulnerable populations*. New York: Plenum Press.
- Blishen, B. R., Carroll, W. K., & Moore, C. (1987). The 1981 socioeconomic index for occupations in Canada. *Canadian Review of Sociology and Anthropology, 24*, 465-488.
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect, 32*, 693-701.
- Bornovalova, M. A., Gwadz, M. A., Kahler, C., Aklin, W. M., & Lejuez, C. W. (2008). Sensation seeking and risk-taking propensity as mediators in the relationship between childhood abuse and HIV-related risk behavior. *Child Abuse & Neglect, 32*, 99-109.
- Boxer, P., & Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse & Neglect, 32*, 637-647.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 223-226.
- Campbell, R., Sefl, T., & Ahrens, C. E. (2004). The impact of rape on women's sexual health risk behaviors. *Health Psychology, 23*, 67-74.

- Carey, M. P., Chandra, P. S., Carey, K. B., & Neal, D. J. (2003). Predictors of HIV risk among men seeking treatment for substance abuse in India. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 339-349
- Clemmons, J. C., DiLillo, D., Martinez, I. G., DeGue, S., & Jeffcott, M. (2003). Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse & Neglect, 27*, 751-767.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12*, 172-181.
- Center for HIV Intervention and Prevention (1997-1998). *Teen Health Survey*. University of Connecticut. Retrieved from the University of Connecticut Web site: <http://psychlops.psy.uconn.edu/CHIP/MEAS2.html>
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*, 149-177.
- Doll, L. S., Koenig, L. J., & Purcell, P. W. (2004). Child sexual abuse and adult sexual risk: Where are we now? In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk. Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Douglas, K. A., Collins, J. L., Warren, C., Kann, L., Gold, R., Clayton, S., Ross, J. G., & Kolbe, L. J. (1997). Results from the 1995 national college health risk behavior survey. *Journal of American College Health, 46*, 55-67.
- Elliott, A. N., Alexander, A. A., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Richmond, J. M. (2009). Childhood victimization, poly-victimization, and adjustment to college in women. *Child Maltreatment, 14*, 220-343.
- Elliott, G. C., Avery, R., Fishman, E., & Hoshiko, B. (2002). The encounter with family violence and risky sexual activity among young adolescent females. *Violence & Victims, 17*, 569-591



- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction of many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*, 789-803.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology, 19*, 149-166.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of polyvictimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect, 33*, 403-411.
- Fontaine, N., Carbonneau, R., Barker, E. D., Vitaro, F., Hébert, M., Côté, S. M., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2008). Girls' hyperactivity and physical aggression during childhood and adjustment problems in early adulthood: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 65*, 320-328.
- Guilbert, É., Bradet, R., & Godin, G. (1995). Portrait d'un groupe de femmes utilisant une méthode contraceptive après une interruption volontaire de grossesse. *Revue Sexologique, 33*, 113-123.
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 528 – 540.



- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 734-741.
- Hansen, L., Mann, J., McMahon, S., & Wong, T. (2004). Sexual health. *BMC Women's Health, 4*, 1-8.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2001). *Enquête Sociale et de Santé 1998* (2<sup>e</sup> Edition). *Collection la santé et le bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Kalichman, S. C., Tannenbaum, L., & Nachimson, D. (1998). Personality and cognitive factors influencing substance use and sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Psychology of Addictive Behaviors, 12*, 262-271.
- Lemieux, S. R., & Byers, S. E. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*, 126-144.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 987-996.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect, 34*, 967-976.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*, 143-166.
- Quina, K., Morokoff, P., Harlow, L., & Zurbriggen, E. (2004). Cognitive and attitudinal paths from childhood trauma to adult HIV risk. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult*

- sexual risk: Trauma, revictimization and intervention.* (pp. 117-134).  
Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect, 28*, 575-586.
- Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behaviour: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment, 15*, 324-335.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Venable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review, 28*, 711-735.
- Senn, T. E., Carey, M. P., Venable, P. A., Coury-Doniger, P., & Urban, M. A. (2007). Characteristics of sexual abuse in childhood and adolescence influence sexual risk behavior in adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 36*, 637-645.
- Simon, V. A., & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment, 13*, 167-181.
- Snell, W. E. (1998). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 521-524). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American Parents. *Child Abuse & Neglect, 22*, 249-270.

- Taylor, J. E., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1994). Self-report assessment of female function: Psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning of women. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 627-643.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine, 62*, 13-27.
- Van Bruggen, L. K., Runtz, M. G., & Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization: the role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment, 11*, 131-145.
- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect, 33*, 161-172.
- Vézina, J., Hébert, M., Poulain, F., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2010). Risky lifestyle as a mediator of the relationship between deviant peer affiliation and dating violence victimization among adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*. DOI 10.1007/s10964-010-9602-x.
- Watson, B., & Halford, K. W. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationship. *Violence and Victims, 25*, 518-535.
- Welch, B. L. (1951). On the comparison of several mean values: an alternative approach. *Biometrika, 38*, 330-336.
- Zoccolillo, M., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 900-907.
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy, 26*, 16-32.



Table 1

*Prevalence of childhood victimization experiences by women with and without a CSA history (N = 889).*

<i>Variables</i>	<i>No CSA</i>		<i>CSA</i>		<i>χ<sup>2</sup>(1)</i>
	<i>(n = 609)</i>		<i>(n = 280)</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Childhood psychological abuse	243	(39.9%)	156	(55.7%)	19.39 ***
Childhood physical abuse	132	(21.7%)	106	(37.9%)	25.62 ***
Witnessed psychological violence	193	(31.7%)	130	(46.4%)	18.01 ***
Witnessed physical violence	75	(12.3%)	67	(23.9%)	19.27 ***
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (887)
Exposure cumulative victimization	1.06	(1.21)	1.64	(1.36)	-6.16 ***

\*\*\*  $p < .001$ .

Table 2

*Sexual health outcomes by women's victimization status (N = 889).*

Variables	No victimization (n = 275)		CSA only (n = 73)		Any victimization (n = 147)		Cumulative victimization (n = 187)		CSA with any victimization (n = 69)		CSA with cumulative victimization (n = 138)		$F(5, 883)$ $\eta^2$	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Risky sex	1.87 <sub>a</sub>	(1.39)	2.14 <sub>a,b</sub>	(1.26)	2.15 <sub>a,b</sub>	(1.34)	2.25 <sub>a,b</sub>	(1.40)	2.36 <sub>a,b,c</sub>	(1.37)	2.87 <sub>c</sub>	(1.37)	10.20 <sup>***</sup>	0.06
Sexual problems	0.68 <sub>a</sub>	(0.79)	0.97 <sub>a,b</sub>	(0.85)	0.83 <sub>a</sub>	(0.87)	0.91 <sub>a,b</sub>	(0.86)	0.80 <sub>a,b</sub>	(0.87)	1.20 <sub>b</sub>	(0.97)	7.01 <sup>***</sup>	0.04
Sexual self concept	-0.22 <sub>a</sub>	(0.85)	0.04 <sub>a,b</sub>	(1.05)	-0.05 <sub>a</sub>	(0.96)	0.13 <sub>b</sub>	(0.98)	-0.13 <sub>a</sub>	(0.79)	0.36 <sub>b</sub>	(1.26)	6.53 <sup>***</sup>	0.04

*Note.* Means in the same row with different subscripts differ significantly at  $p < .05$  using Gabriel's or Games-Howell's.

<sup>\*\*\*</sup>  $p < .001$ , <sup>\*\*</sup>  $p < .01$ , <sup>\*</sup>  $p < .05$ .

Table 3

Correlations among study variables ( $N = 889$ ).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Risky sexual behavior	-								
2. Sexual problems	.20***	-							
3. Sexual self-concept	.03	.12***	-						
4. CSA severity	.18***	.15***	.12**	-					
5. Psychological abuse	.15***	.11**	.16***	.17***	-				
6. Physical abuse	.17***	.13***	.13***	.21***	.41***	-			
7. <i>WDV</i> psychological	.11**	.11**	.14***	.13***	.42***	.26***	-		
8. <i>WDV</i> Physical	.11**	.08*	.10**	.18***	.27***	.28***	.47***	-	
9. Cumulative index	.18***	.14***	.17***	.21***	.80***	.60***	.73***	.66***	-

Note. *WDV* = witnessed domestic violence, *cumulative index* = cumulative exposure to multiple forms of victimization

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Table 4

Regression analysis for single abuse variables predicting three indicators of women's sexual health ( $N = 889$ )

Predictor	Sexual risk behaviors			Sexual problems			Sexual self-concept		
	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$
Step 1									
CSA severity	0.23	0.04	.18***	0.11	0.03	.15***	0.10	0.03	.12**
Step 2									
CSA severity	0.18	0.04	.14***	0.09	0.03	.12**	0.07	0.03	.08*
Psychological abuse	0.20	0.11	.07	0.05	0.07	.03	0.17	0.08	.08*
Physical abuse	0.30	0.12	.09*	0.15	0.07	.07*	0.13	0.08	.06
WDV psychological	0.06	0.12	.02	0.12	0.07	.06	0.16	0.08	.08
WDV physical	0.12	0.15	.03	-0.01	0.09	-.01	0.03	0.10	.01
	$R^2$	$\Delta R^2$		$R^2$	$\Delta R^2$		$R^2$	$\Delta R^2$	
Step 1	.03***			.02***			.01**		
Step 2	.06***	.05***		.04***	.03**		.04***	.03***	

Note. CSA = childhood sexual abuse, WDV = Witnessed Partner Violence

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Table 5

Regression analysis for CSA and cumulative variables predicting three indicators of women's sexual health ( $N = 889$ )

Predictor	Sexual risk behaviors			Sexual problems			Sexual self-concept		
	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$
Step 1									
CSA severity	0.23	0.04	.18***	0.11	0.03	.15***	0.10	0.03	.12**
Step 2									
CSA severity	0.19	0.04	.15***	0.09	0.03	.12***	0.07	0.03	.08*
cumulative index	0.24	0.05	.15***	0.08	0.02	.12***	0.13	0.03	.17***
	$R^2$	$\Delta R^2$		$R^2$	$\Delta R^2$		$R^2$	$\Delta R^2$	
Step 1	.03***			.02***			.01***		
Step 2	.06****	.05***		.04***	.03**		.04***	.04***	

Note. CSA = childhood sexual abuse, cumulative index = cumulative exposure to multiple forms of victimization.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

## DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif général de la présente thèse était d'examiner le lien entre l'ASE et les conséquences associées à plusieurs dimensions de la santé sexuelle des femmes. Bien que les chercheurs ont récemment souligné l'importance d'utiliser des mesures plus complètes afin d'évaluer la santé sexuelle, les études menées à ce jour ont porté presque exclusivement sur des aspects reliés aux comportements sexuels à risque (Lemieux & Byers, 2008). Ainsi, afin de répondre à certaines limites des études antérieures, la présente recherche proposait d'examiner plusieurs indicateurs reliés à la santé sexuelle des femmes, notamment, les comportements sexuels à risque, les problèmes sexuels ainsi que l'évaluation subjective de la santé sexuelle (c.-à-d. concept de soi sexuel; p. ex., la satisfaction sexuelle, l'anxiété sexuelle). Par conséquent, cette étude visait à favoriser une meilleure compréhension des effets de l'ASE sur plusieurs dimensions de la santé sexuelle des femmes.

Tout d'abord, les résultats de la présente étude ont révélé que plus de 30% des jeunes femmes adultes provenant d'un échantillon communautaire indiquaient avoir vécu une ASE. Ces données concordent avec les résultats obtenus dans d'autres études qui ont indiqué qu'entre 15% et 30% des femmes rapportaient avoir vécu une ASE (Pereda et al., 2009). La définition d'ASE utilisée dans la présente étude comportait plusieurs activités sexuelles non désirées incluant les actes sans contact sexuel (c.-à-d. l'exhibitionnisme), les attouchements ainsi que les pénétrations et les tentatives de pénétration. Par conséquent, l'utilisation d'une définition « large » de ce que constitue une ASE en incluant les actes sans contact sexuel peut avoir contribué à un taux de prévalence plus élevé que celui rapporté par les femmes (c.-à-d. 22%) dans un récent sondage effectué auprès d'adultes québécois (Hébert et al., 2009). De plus, il est également possible que l'utilisation d'un questionnaire informatisé pour évaluer la présence d'une histoire d'ASE peut également avoir facilité le dévoilement d'une



ASE et ainsi contribué à une divulgation plus juste puisque cette méthode de divulgation procure une atmosphère d'anonymat (Turner et al., 1998).

Néanmoins, le taux de prévalence rapporté dans la présente thèse est similaire à celui provenant d'autres études portant sur des échantillons issus de la communauté (Briere & Elliott, 2003; Pereda et al., 2009). Ainsi, ces données offrent davantage de soutien voulant que l'ASE constitue un enjeu majeur de santé publique (Lemieux & Byers, 2008; MacMillan et al., 2001). Les sections suivantes discutent des principaux résultats obtenus dans les deux articles exposés dans la présente thèse, notamment: 1) le lien entre la sévérité de l'ASE et la santé sexuelle des femmes est abordé; 2) l'impact des variables personnelles telles que les stratégies d'adaptation et l'optimisme; 3) l'impact de la cooccurrence des autres formes de victimisation et de l'exposition à de multiples formes de victimisation à l'enfance.

#### *Le lien entre la sévérité de l'ASE et la santé sexuelle des femmes*

Les résultats provenant du chapitre I de la présente thèse ont permis de mettre en lumière l'importance de considérer la sévérité de l'ASE lors de l'évaluation des conséquences reliées à la santé sexuelle associées à la violence sexuelle vécue pendant l'enfance. En effet, les résultats de la première étude ont révélé que les survivantes d'ASE plus sévère (c.-à-d. avec pénétration ou tentative de pénétration) rapportaient davantage de comportements sexuels à risque et de problèmes sexuels comparativement aux participantes sans histoire d'ASE. De plus, les survivantes d'ASE avec contact (c.-à-d. attouchement sexuel seulement) indiquaient avoir davantage de problèmes sexuels et de concept de soi sexuel négatif comparativement aux femmes non abusées. Ces résultats concordent avec ceux provenant des études antérieures (p. ex., Lemieux & Byers, 2008) et procurent davantage d'appui à savoir que l'ASE plus sévère peut mener à davantage de sexualisation traumatique et ainsi, à



un risque accru d'être aux prises avec des difficultés subséquentes reliées à la santé sexuelle (Finkelhor & Browne, 1985; Lemieux & Byers, 2008).

De façon surprenante, les données ont indiqué que ce sont les femmes ayant vécu une ASE avec contact et non une ASE sévère qui présentaient un concept de soi sexuel plus négatif. Les participantes du groupe avec ASE sévère présentaient un concept de soi sexuel négatif mais pas autant que les participantes du groupe ASE avec contact. De plus, les résultats ont révélé que les survivantes d'ASE provenant des groupes ASE avec contact et ASE sévère présentaient beaucoup de problèmes sexuels physiques et ne différaient pas au niveau de cet indicateur. Certaines caractéristiques reliées aux ASE qui n'étaient pas incluses dans la présente étude telles que la relation avec l'agresseur pourraient offrir une explication à ces résultats. Par exemple, certains auteurs ont stipulé que l'ASE perpétuée par un membre de la famille immédiate ou une figure paternelle peut être plus dommageable que l'ASE perpétuée par un ami ou un inconnu (Noll et al., 2003). En effet, il semble que l'ASE, par l'entremise de la dynamique de trahison proposée dans le modèle de Finkelhor et Browne (1985), pourrait contribuer au développement d'une association entre les émotions négatives reliées à l'expérience d'ASE et les relations intimes ou sexuelles particulièrement lorsque l'agresseur est une personne très proche de la victime (Watson & Halford, 2010). En comparant les survivantes d'ASE selon la sévérité de leur expérience d'ASE de même que de leur relation avec leur agresseur (c.-à-d. intrafamiliale sévère vs. extrafamiliale sévère), les chercheurs pourraient peut-être arriver à des conclusions différentes. De plus, d'autres mécanismes tels que la dissociation ou les difficultés reliées à la régulation émotionnelle pourraient permettre de mieux rendre compte de ces résultats et ainsi contribuer à mieux comprendre le fonctionnement sexuel des survivantes d'ASE. Par exemple, certains chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle les survivantes d'ASE plus sévère sembleraient être moins conscientes de leur expérience sexuelle subjective, et ce, en raison de leur recours à des stratégies telles que la dissociation dont la fonction est d'éviter les

émotions et les pensées négatives associées avec leur expérience d'abus qui sont déclenchées lors des activités sexuelles ou les relations plus intimes (Polusny & Follette, 1995).

Par ailleurs, les résultats provenant de cette étude ont également permis de constater que les survivantes ayant vécu une ASE impliquant seulement l'exhibitionnisme ne différaient pas des participantes n'ayant pas vécu d'ASE en ce qui a trait à l'ensemble des indicateurs de santé sexuelle. Malgré l'absence de différence, il n'est toutefois pas possible d'affirmer avec certitude que les survivantes d'ASE sans contact sexuel ne sont pas aux prises avec certaines difficultés en ce qui a trait à leur santé sexuelle, non évaluée dans la présente étude (Zwickl & Merriman, 2011). De plus, les données issues de la présente étude indiquent que les survivantes d'ASE sans contact ne différaient pas de façon significative des survivantes d'ASE avec contact et d'ASE sévère. Le nombre de participantes peu élevé ( $n = 52$ ) du groupe d'ASE sans contact peut expliquer l'absence d'une différence significative. Il est également possible d'envisager que certaines femmes ayant vécu une ASE sans contact peuvent ne pas considérer cette expérience comme un événement traumatique. En effet, certains chercheurs ont souligné l'importance d'examiner la perception subjective de l'ASE puisque des données issues d'une récente étude suggèrent que certaines personnes pourraient ne pas se définir comme étant des victimes d'ASE (Senn, Carey, & Coury-Doniger, 2011). En conséquence, l'ajout de questions au sujet de la perception subjective de l'ASE pourrait permettre de répondre à cette question et ainsi contribuer à une meilleure compréhension de l'impact de l'ASE lors de recherches futures.

De plus, les résultats concernant l'absence de différence statistiquement significative entre les survivantes d'ASE sévère et les femmes sans histoire d'ASE en ce qui a trait au concept de soi sexuel négatif sont quelque peu surprenants. Toutefois, certaines caractéristiques spécifiques à l'ASE n'ayant pas été considérées lors de la

présente étude pourraient possiblement expliquer ces résultats. Par exemple, il est possible que les ASE impliquant seulement des attouchements sexuels aient été perpétrées par des membres de la famille immédiate ou de la famille élargie. Par conséquent, les ASE perpétrées par une personne en qui l'enfant a confiance peuvent engendrer davantage de sentiments de trahison et de stigmatisation qui peuvent, en retour, se traduire par davantage de sentiments négatifs à l'égard des relations intimes ou sexuelles (Finkelhor & Browne, 1985; Zwickl & Merriman, 2011). Cependant, d'autres variables personnelles incluant le recours à des stratégies d'évitement telles que la dissociation ou à des stratégies autodestructrices telles que l'usage abusif de substance (p. ex., drogue ou alcool) ou l'implication dans des comportements sexuels à risque dont la fonction est de minimiser l'impact émotionnel de l'ASE pourraient également rendre compte de certaines différences observées entre les survivantes d'ASE et les femmes sans histoire d'ASE.

*Le rôle des variables personnelles : les stratégies d'adaptation et de l'optimisme*

L'objectif de la première étude de cette présente thèse visait également à vérifier l'hypothèse selon laquelle les stratégies d'adaptation et le niveau d'optimisme pouvaient agir comme des variables médiatrices ou modératrices dans l'association entre l'ASE et les conséquences reliées à la santé sexuelle. En effet, plusieurs chercheurs ont souligné l'importance d'identifier les facteurs pouvant être associés à l'expérience d'ASE et pouvant potentiellement expliquer les conséquences reliées à la santé sexuelle (Senn et al., 2008; Zwickl & Merriman, 2011).

En ce qui a trait aux stratégies d'adaptation inefficaces (c.-à-d. les stratégies d'évitement et axées sur les émotions), les résultats ont indiqué que seules les stratégies axées sur les émotions semblaient agir comme variable médiatrice dans le lien entre l'ASE et les conséquences reliées au concept de soi sexuel négatif. Cependant, les stratégies axées sur les émotions ne semblaient pas agir comme

variable médiatrice en ce qui a trait aux conséquences reliées aux comportements sexuels à risque et aux problèmes sexuels. Ainsi, ces résultats offrent un certain soutien pour ce qui est du rôle médiateur potentiel des stratégies d'adaptation inefficaces dans l'association entre l'ASE et certaines conséquences reliées à la santé sexuelle des femmes (Senn et al., 2008; Walsh et al., 2010; Zwickl & Merriman, 2011). Sur un plan plus concret, l'expérience d'ASE pourrait avoir une influence sur le développement d'une association entre l'affect négatif et les pensées aversives reliées au trauma sexuel et les relations sexuelles ou intimes. Dans le but d'éviter ou de réduire les pensées et les émotions associées négativement avec les activités sexuelles et l'intimité, certaines survivantes d'ASE utiliseraient davantage de stratégies d'adaptation dont la fonction est l'évitement. En retour, un plus grand recours à ce type de stratégies, bien qu'il peut permettre la réduction des émotions et des pensées négatives liées au trauma sexuel à court terme, peut contribuer au développement et au maintien des difficultés reliées à la sexualité et à l'intimité et ne permet pas l'intégration et la résolution du trauma à plus long terme (Wright et al., 2007).

Les résultats de la présente étude n'ont pas été concluants en ce qui a trait au rôle médiateur des stratégies axées sur les émotions entre une histoire d'ASE et les problèmes sexuels physiques. En effet, il est probable que d'autres médiateurs peuvent davantage rendre compte du lien entre une histoire d'ASE et le développement subséquent de problèmes sexuels physiques à l'âge adulte. Par exemple, le recours à des stratégies d'adaptation de type autodestructrice telles que l'usage abusif d'alcool ou de drogue pourrait s'avérer être des médiateurs potentiellement importants afin de comprendre les mécanismes par lesquels l'expérience d'ASE favorise l'implication dans des comportements sexuels à risque qui, en retour, peuvent compromettre davantage la santé sexuelle (p. ex., par l'acquisition d'ITS) (Senn et al., 2008). De plus, certains auteurs ont stipulé que les comportements sexuels à risque peuvent être conceptualisés comme étant une forme



de stratégies d'adaptation autodestructrices dont la fonction est d'éviter l'affect négatif relié au trauma sexuel et peuvent donc également représenter un mécanisme pouvant expliquer le lien entre une histoire d'ASE et le développement ultérieur de problèmes sexuels physiques. Par ailleurs, des données issues de la littérature tendent à démontrer que l'implication dans des comportements sexuels à risque semble être un facteur de risque particulièrement important pour ce qui est de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte et ainsi, pour le développement subséquent de problèmes sexuels physiques pouvant compromettre davantage la santé et le bien-être sexuel des survivantes d'ASE (Zwickl et Merriman, 2011).

Par ailleurs, il n'a pas été possible de tester un modèle médiateur avec les stratégies d'évitement puisque ces dernières n'étaient pas associées avec l'ASE. Ces résultats peuvent paraître surprenants puisque plusieurs recherches antérieures citées dans l'étude de Walsh et ses collègues (2010) ont rapporté la présence d'un lien significatif entre l'ASE et le recours aux stratégies d'évitement. Par contre, cette disparité peut être liée à l'instrument utilisé pour mesurer les stratégies d'adaptation (c.-à-d. *CISS*), qui est une mesure générale des stratégies d'adaptation pour faire face au stress quotidien et non pas une mesure de stratégies spécifiques utilisées pour faire face à la situation d'ASE. Ainsi, il est possible que l'utilisation de différents instruments permettant d'évaluer le recours à des stratégies spécifiques à l'expérience d'ASE pourraient mener à des résultats différents (Senn et al., 2008; Walsh et al., 2010) d'où l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine. Par exemple, certains chercheurs ont suggéré que les mesures de stratégies d'adaptation spécifiques aux ASE peuvent mieux prédire les conséquences à long terme que les mesures plus générales de stratégies d'adaptation permettant de faire face aux événements stressants de la vie quotidienne (Merrill et al., 2001). Par ailleurs, Zwickl et Merriman (2011) ont plutôt mentionné l'importance de prendre en considération la fonction spécifique des stratégies d'adaptation. Par exemple, les stratégies d'évitement ont été décrites comme étant des stratégies axées sur les émotions puisqu'elles servent à

réguler la douleur émotionnelle associée avec l'ASE et ce, par l'entremise de pensées et de comportements dont la fonction est l'évitement (Wright et al., 2007; Zwickl & Merriman, 2011). De plus, Zwickl et Merriman (2011) ont également souligné l'importance de considérer les stratégies d'adaptation autodestructrices telles que l'usage abusif d'alcool ou de drogue de même que les comportements sexuels à risque puisque ces comportements peuvent contribuer au développement et au maintien de problèmes de santé sexuelle.

Pour ce qui est de l'optimisme, les résultats obtenus révèlent que cette variable semble jouer un rôle en tant que médiateur du lien entre l'ASE et les conséquences reliées au concept de soi sexuel négatif et à la participation dans des comportements sexuels à risque. Par contre, il n'y avait aucun effet médiateur de l'optimisme pour ce qui est des conséquences reliées aux problèmes sexuels. Les données issues de la présente étude concordent avec les études antérieures en ce qui a trait à l'effet médiateur potentiel de l'optimisme dans le lien entre l'exposition à un événement traumatique et les conséquences néfastes subséquentes à l'âge adulte (Brodhagen & Wise, 2008). En effet, les données indiquent que l'exposition à un événement traumatique semble mener à une diminution du niveau d'optimisme et, en retour, un faible niveau d'optimisme semble mener à davantage de difficultés subséquentes (Peterson, 2000), notamment, à un risque accru de participer dans des comportements sexuels à risque (Nyamathi et al., 1997).

Certains auteurs ont postulé qu'un faible niveau d'optimisme à l'égard du futur pourrait avoir une influence sur le développement de sentiments d'indifférence à l'égard de la maladie ou de la mort (Slonim-Nevo & Mukuka, 2007). Les données issues de la présente thèse indiquent que les adultes rapportant un faible niveau d'optimisme semblent en effet être plus susceptible de s'engager dans des comportements sexuels à risque, et ce, possiblement en raison de leur indifférence à l'égard des conséquences futures en ce qui a trait à leur santé (Slonim-Nevo &

Mukuka, 2007). Selon certains chercheurs, l'expérience d'ASE pourrait d'une part engendrer des sentiments de désespoir à l'égard du futur et d'autre part, pourrait avoir une influence sur le développement de représentations plus négatives à l'égard du monde ou de soi par l'entremise de mécanisme tel que la dynamique de l'impuissance proposée dans le modèle de Finkelhor et Browne (1985) ce qui, en retour, pourrait contribuer à miner le sentiment d'optimisme à l'égard de l'avenir et ainsi à adopter un modèle de soi sexuel plus négatif (Quina, Morokeff, Harlow, & Zurbriggen, 2004).

Les résultats de la présente étude n'ont pas permis de valider le rôle modérateur potentiel des stratégies d'adaptation inefficaces ou de l'optimisme dans le lien entre l'ASE et les conséquences reliées à la santé sexuelle. Bien que ces résultats concordent avec certaines données d'études issues de récentes recensions des écrits portant sur le rôle des stratégies d'adaptation (Walsh et al., 2010) et de l'optimisme (Carver et al., 2010), les résultats diffèrent cependant de certaines autres recherches offrant un soutien pour le rôle modérateur des stratégies d'adaptation inefficaces (p. ex., Merrill et al., 2001) et de l'optimisme (p. ex., Brodhagen & Wise, 2008) issues de ces deux mêmes recensions. La disparité des résultats entre les différentes études pourrait s'expliquer par la variété des définitions utilisées pour mesurer l'ASE et les indicateurs de santé sexuelle de même que par les instruments de mesure utilisés pour évaluer les stratégies d'adaptation. Certaines études ont utilisé des mesures de stratégie d'adaptation d'évitement et autodestructrice spécifiques à l'ASE (p. ex., Merrill et al., 2001). De plus, il semble que l'utilisation de mesures de stratégies d'adaptation spécifiques à l'ASE pourrait davantage prédire le développement subséquent de conséquences néfastes à long terme sur la santé sexuelle que les mesures plus générales de stratégies d'adaptation pour faire face aux situations stressantes de la vie quotidienne (Zwickl & Merriman, 2011). Outre l'influence de l'optimisme et des stratégies d'adaptation, d'autres variables pourraient davantage rendre compte des conséquences en matière de santé sexuelle auprès des survivantes d'ASE. Par exemple, la présence d'autres formes de victimisation a été suggérée par

plusieurs auteurs comme étant une variable potentiellement importante à considérer afin d'expliquer les difficultés ultérieures des survivantes d'ASE et ainsi d'implanter des interventions adaptées aux besoins spécifiques permettant de favoriser la santé et le bien-être sexuel auprès de cette clientèle (Hahm et al., 2010; Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2008).

*L'impact de la cooccurrence des autres formes de victimisation et de l'exposition à de multiples formes de victimisation à l'enfance*

Le deuxième article de la présente thèse proposait également de pallier certaines des lacunes identifiées dans les études antérieures. Plus spécifiquement, cette étude visait à examiner si les femmes ayant vécu à la fois une expérience passée d'ASE et l'exposition à de multiples autres formes de violence durant l'enfance rapporteraient davantage de conséquences néfastes sur le plan de leur santé sexuelle comparativement aux femmes n'ayant pas vécu ces deux différentes formes de victimisation.

En concordance avec certaines recherches antérieures, les données ont révélé que les survivantes d'ASE étaient plus à risque de mentionner la présence de plusieurs autres formes de victimisation durant leur enfance (Clemmons et al., 2007; Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2007; Higgins & McCabe, 2001; Meston et al., 1999; Mullen et al., 1996). Ainsi, les survivantes d'ASE rapportent plus souvent une expérience passée de violence psychologique, de violence physique, d'avoir été témoin de violence conjugale (psychologique et physique) et d'avoir été exposées à de multiples formes de victimisation que les femmes sans histoire d'ASE. Ainsi, ces résultats corroborent les données antérieures en ce qui a trait à la cooccurrence élevée entre les différentes formes de victimisation à l'enfance.



Les données provenant du deuxième chapitre indiquent également que les femmes ayant vécu à la fois une ASE et de multiples autres formes de violence rapportaient davantage de comportements sexuels à risque, de problèmes sexuels et de concept de soi sexuel négatif comparativement aux autres participantes n'ayant pas vécu de violences multiples. Ces résultats concordent avec les données de certaines études antérieures et offrent un soutien à l'hypothèse d'un possible effet cumulatif de l'exposition à de multiples formes de violence auprès des femmes ayant vécu de la violence sexuelle (Dong et al., 2003; Finkelhor et al., 2007; Hahm et al., 2010) ainsi qu'à l'importance de considérer la présence possible de « polyvictimisation » auprès des victimes de violence à l'enfance (Finkelhor et al., 2007). De façon surprenante, les résultats ont également révélé que les femmes ayant vécu seulement une histoire d'ASE ne différaient pas de façon significative des participantes sans aucune histoire de victimisation à l'enfance ni des participantes du groupe composé de victimes d'une seule forme de violence non sexuelle ou du groupe composé de victimes d'ASE ayant vécu également une autre forme de victimisation en ce qui a trait aux conséquences reliées à la santé sexuelle. Cependant, ce résultat pourrait s'expliquer par la taille ( $n = 73$ ) du groupe de survivantes d'ASE seulement.

Ces résultats sont contradictoires aux résultats de certaines études antérieures suggérant que seule l'ASE semble associée avec des conséquences reliées à la santé sexuelle en raison de l'impact unique de la violence sexuelle sur la sexualisation traumatique (Senn & Carey, 2010). Ainsi, la cooccurrence entre l'expérience d'ASE couplée avec l'exposition à de multiples formes de violence semble mener à davantage de sexualisation traumatique auprès de certaines survivantes d'ASE. Ce résultat reflète également que le cumul des types de violence en plus de l'ASE est tellement plus dommageable que toutes les autres formes de victimisation. La prévalence plus élevée d'ASE avec d'autres formes de victimisation justifie d'autant plus l'examen des cooccurrences de violence dans l'enfance. Par ailleurs, ces résultats témoignent de la diversité des profils chez les femmes ayant vécu une ASE.

Les résultats des analyses de régressions hiérarchiques ont également révélé que l'ASE prédisait les conséquences reliées à la santé sexuelle incluant les comportements sexuels à risque, les problèmes sexuels physiques et le concept de soi sexuel négatif même lorsque l'on contrôlait pour les effets des autres types de violence. Bien que l'expérience de violence physique à l'enfance était également associée avec les variables de santé sexuelle reliées aux comportements sexuels à risque et aux problèmes sexuels physiques, l'ASE demeurait néanmoins associée de façon significative avec chacune de ces variables reliées à la santé sexuelle des femmes. De plus, la violence psychologique à l'enfance demeurait une variable importante dans la prédiction du concept de soi sexuel négatif. Ainsi, les résultats de la présente étude suggèrent qu'il est important de porter attention à la fois à l'ASE ainsi qu'à la présence d'autres formes de victimisation à l'enfance notamment la violence psychologique et physique.

Par ailleurs, des analyses de régressions subséquentes ont indiqué que l'exposition à de multiples formes de victimisation s'avérait être également une variable importante pouvant prédire les conséquences reliées à la santé sexuelle. Ainsi, l'exposition à de multiples formes de violence durant l'enfance contribue à la prédiction des conséquences relatives aux comportements sexuels à risque, aux problèmes sexuels et au concept de soi sexuel négatif. De plus, ces analyses ont également révélé la contribution unique de l'ASE dans l'explication des comportements sexuels à risque, des problèmes sexuels physiques et du concept de soi sexuel négatif. Les résultats de la présente étude abondent dans le même sens que plusieurs récentes recherches portant sur les effets cumulatifs de plusieurs formes de victimisation à l'enfance (Finkelhor et al., 2009; Senn & Carey, 2010). Selon certains auteurs, l'accumulation de trauma au cours de la vie serait plus dommageable pour les individus car elle serait associée avec davantage de problèmes de santé physique et mentale à l'âge adulte (Chartier, Walker, & Naimark, 2010).

Malgré la concordance entre les résultats de cette étude et la littérature grandissante au sujet de l'effet potentiellement cumulatif ou additif relié à l'exposition à de multiples formes de violence durant l'enfance, des données issues de certaines récentes études ne révèlent aucun effet cumulatif ou additif des différentes formes de victimisation vécues à l'enfance (p. ex., Senn & Carey, 2010). Ainsi, des études supplémentaires sont nécessaires afin d'identifier et de mieux comprendre les mécanismes pouvant expliquer la présence d'un possible effet cumulatif découlant de l'exposition à de multiples formes de victimisation auprès des survivantes d'ASE (Elliott, Alexander, Pierce, Aspelmeier, & Richmond, 2009).

### **Limites de la présente thèse**

Les conclusions de la présente recherche doivent être interprétées avec prudence en raison des nombreuses limites méthodologiques. Tout d'abord, le recours à des questionnaires auto-rapportés est assujéti aux biais de rappel. Ensuite, comme la plupart des autres recherches portant sur la violence sexuelle, les données sont de nature corrélationnelle donc il est impossible de tirer des interprétations de cause à effet à partir de ces résultats. De plus, le caractère rétrospectif de l'étude, qui peut toujours introduire des biais de rappel.

Par ailleurs, les mesures utilisées pour évaluer les stratégies d'adaptation inefficaces des participantes n'étaient pas spécifiques à l'ASE mais plutôt aux stratégies d'adaptation utilisées pour faire face aux événements stressants. Les recherches futures pourraient incorporer plusieurs mesures différentes de stratégies d'adaptation ayant été identifiées par d'autres chercheurs dans le domaine de l'ASE (Senn et al., 2008; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Par exemple, certains chercheurs ont stipulé que les mesures de stratégies d'adaptation spécifiques aux ASE pourraient mieux prédire les conséquences à long terme que les mesures de stratégies d'adaptation plus générales pour faire face au stress quotidien (Merrill et al., 2001).



De plus, il est possible que certaines survivantes réagissent à leur ASE par l'évitement complet des activités sexuelles (Merrill et al., 2003). Puisque cette étude comprenait seulement les femmes actives sexuellement, les survivantes d'ASE ayant recours principalement à des stratégies d'évitement incluant l'évitement ou l'abstinence volontaire des activités sexuelles pourraient avoir été exclues de la présente recherche (Lemieux & Byers, 2008; Merrill et al., 2003; Simon & Feiring, 2008). Par ailleurs, d'autres auteurs ont plutôt suggéré d'inclure l'évaluation de la fonction précise des stratégies d'adaptation lors des recherches car celles-ci peuvent être associées avec la régulation de l'affect et la dissociation (Zwickl & Merriman, 2011). Par exemple, certaines stratégies d'adaptation centrées sur les émotions peuvent servir à la régulation des émotions, et ce par l'évitement des émotions et des pensées douloureuses associées avec l'expérience d'ASE.

Bien que les analyses statistiques démontrent des résultats significatifs, ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence puisque les pourcentages de variance expliquée, bien que comparables à ceux des études publiées dans le domaine, demeurent relativement faibles (moins de 6%). Ainsi, les conséquences au plan de la santé sexuelle sont possiblement influencées par d'autres variables n'ayant pas été considérées dans la présente recherche. Par exemple, plusieurs chercheurs ont proposé le soutien social comme une variable importante pouvant potentiellement influencer les conséquences à long terme auprès des survivantes d'ASE (Senn et al., 2008). De plus, certaines formes de victimisation n'ont pas été considérées dans la présente étude pourraient également avoir eu une influence sur les conséquences reliées à la santé sexuelle notamment, la négligence parentale à l'enfance, les violences subies dans le cadre des relations amoureuses tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte et la présence d'autres événements potentiellement traumatiques incluant l'exposition à la violence dans la communauté, ainsi que l'harcèlement par les pairs (Elliott et al., 2009; Finkelhor et al., 2007; Schloretdt & Heiman, 2003; Zwickl & Merriman, 2011).



### **Forces de la présente thèse**

Malgré les limites soulevées, la présente recherche possède néanmoins quelques forces sur le plan méthodologique notamment, l'utilisation de plusieurs indicateurs reliés à la santé sexuelle de même que le recours à des questionnaires validés lors d'études antérieures et reconnus pour leurs qualités psychométriques (p. ex., *CTSPC*, Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) pour évaluer la présence de plusieurs formes de victimisation.

De plus, la présente étude compte sur un large échantillon de jeunes femmes adultes tirées de la communauté ce qui représente une force majeure puisque la majorité des études antérieures comportaient des échantillons de femmes issues de milieux cliniques, de milieux universitaires ou encore, de milieux défavorisés. De la même façon, l'inclusion de certaines formes de violence à l'enfance telle que d'être témoin de violence conjugale de même que la considération d'une variable très peu considérée dans ce domaine, soit l'optimisme, représente des atouts majeurs de la présente recherche.

Enfin, à notre connaissance, il n'existe aucune autre étude ayant également exploré à la fois le rôle de l'optimisme et des stratégies d'adaptation inefficaces (c.-à-d. stratégies d'évitement et axées sur les émotions) en tant que variables modératrices et/ou médiatrices potentielles du lien entre l'ASE et la santé sexuelle de femmes adultes. De plus, très peu d'études ont également considéré l'impact de l'exposition à de multiples formes différentes de violence à l'enfance sur l'état de santé sexuelle de femmes ayant vécu une ASE.

### **Implications cliniques**

Les résultats de la présente thèse permettent de mettre en lumière l'importance de poursuivre les recherches afin de mettre en place des programmes adaptés aux besoins spécifiques des victimes. Il importe également de continuer les efforts en

matière de prévention de l'ASE de même que d'instaurer des stratégies afin de favoriser le dévoilement des cas d'ASE. Par exemple, il serait pertinent d'aborder le thème de l'ASE en milieu scolaire lors des discussions au sujet de la sexualité. Ainsi, en incorporant une composante reliée aux conséquences de l'ASE et des autres formes de victimisation sur la santé sexuelle dans les cours d'éducation à la sexualité, cela pourrait avoir comme effet de faciliter le dévoilement de même que de permettre une intervention plus précoce auprès des jeunes. Certains auteurs mentionnent également l'importance de mettre des programmes de prévention de la maltraitance à l'enfance par l'entreprise de campagne médiatique s'adressant à la population générale (Lalor & McElvaney, 2010). En favorisant le dévoilement par l'entremise de campagne de sensibilisation et de prévention, les intervenants et cliniciens pourraient possiblement identifier les enfants et adolescents plus vulnérables au phénomène de la polyvictimisation ce qui leur permettraient de mettre en place des interventions afin de prévenir davantage de conséquences néfastes en raison du cumul des abus.

Les données issues de cette recherche suggèrent que les survivantes d'ASE semblent être plus susceptibles de s'engager dans une variété de comportements sexuels à risque pouvant non seulement compromettre davantage leur santé sexuelle mais également augmenter leur risque de subir à nouveau une expérience de violence sexuelle. En effet, plusieurs études ont noté un risque accru de revictimisation sexuelle auprès des survivantes d'ASE qui ont tendance à s'engager dans des comportements sexuels à risque (Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010). Par exemple, Messman-Moore et ses collègues (2010) postulent que les comportements sexuels à risque peuvent agir en tant que médiateur du lien entre l'ASE et la revictimisation sexuelle. Ainsi, il est important que les stratégies d'interventions offertes auprès de ces survivantes abordent des éléments telles que la pratique d'activités sexuelles plus sécuritaires (Hansen, Mann, McMahan, & Wong, 2004; Parillo et al., 2001). En effet, les survivantes d'ASE pourraient tirer avantage des stratégies visant à les informer au sujet des conséquences néfastes associées à la

pratique des comportements sexuels à risque incluant la possibilité de contracter des ITS ou encore, de subir de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte.

De plus, les femmes avec une histoire d'ASE pourraient également bénéficier des stratégies psychoéducatives visant à les informer à propos de l'impact négatif potentiel de la violence sexuelle sur leur santé sexuelle. Par exemple, par l'entremise d'éléments provenant du modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor & Browne, 1985), les intervenants pourraient fournir des informations au sujet de la dynamique de sexualisation traumatisante qui peut influencer certains comportements incluant, dans certains cas, l'utilisation des activités sexuelles comme un moyen pour obtenir de l'affection et de l'attention (Van Bruggen, Runtz, & Kadlec, 2006). De plus, les différentes initiatives de prévention pourraient aborder certains éléments tels les comportements sexuels à risque associés à un risque accru d'acquisition d'ITS incluant le VIH (Hansen et al., 2004). De plus, il serait également pertinent d'évaluer l'impact potentiel de la sévérité de l'ASE et de la présence d'autres formes de victimisation (p. ex., violence physique) sur la dynamique de sexualisation traumatique auprès des survivantes afin d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de ces dernières, notamment en abordant la réduction des comportements sexuels à risque.

Les résultats de la présente recherche soulignent également l'importance de considérer et tenter d'évaluer le niveau d'optimisme et la vision à l'égard du futur chez les survivantes d'ASE (Brodhagen & Wise, 2008). Entretenir une vision plus négative à l'égard du futur peut mener à davantage de risque de s'engager dans des comportements sexuels pouvant compromettre la santé sexuelle des survivantes d'ASE représentant ainsi un obstacle possible à leur bien-être sexuel (Lemieux & Byers, 2008). De plus, plusieurs recherches récentes ont documenté l'effet positif de l'optimisme sur le bien-être psychologique à l'âge adulte, et ce particulièrement auprès de personnes ayant été exposé à une expérience traumatisante (Ai, Evans-

Campbell, Santangelo, & Cascio, 2006). En effet, il semble que l'optimisme et le fait d'entretenir une vision plus positive à l'égard du futur pourraient être très importants dans la prévention de développement ultérieur de conséquences néfastes auprès de personnes plus vulnérables telles que les survivantes d'ASE. Ainsi, des stratégies d'interventions cognitives et comportementales ciblant la réduction des comportements sexuels à risque, la promotion des comportements sexuels sécuritaires de même que la promotion de l'optimisme pourraient produire des effets bénéfiques au sein de cette population (Lemieux & Byers, 2008; Merrill et al., 2003).

Par ailleurs, selon Merrill et ses collègues (2003), la diminution du recours à des stratégies d'adaptation inefficaces incluant les stratégies axées sur les émotions pourrait être une stratégie à privilégier dans le cadre des interventions auprès des survivantes d'ASE. Par exemple, les cliniciens pourraient utiliser des interventions cognitives et comportementales proposées par la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) telles que la pleine conscience (mindfulness), la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle afin d'aider certaines survivantes d'ASE à développer des stratégies d'adaptation alternatives. De plus, puisque les données indiquent que l'ASE survient souvent en cooccurrence avec d'autres formes de violence, il serait important pour les professionnels de la santé travaillant auprès des survivantes d'ASE d'évaluer la présence possible des autres formes de victimisation. Ainsi, ces derniers pourraient mieux adapter leurs interventions selon le vécu de chacune des survivantes d'ASE (Hahm et al., 2010; Lemieux & Byers, 2008; Senn et al., 2008; Senn & Carey, 2010).

Il serait également pertinent de développer et d'adapter des cibles d'intervention pour le concept de soi sexuel incluant la présence de sentiments négatifs (p. ex., honte, peur, dégoût) lors des activités sexuelles, la peur de la sexualité, l'anxiété sexuelle et les difficultés au niveau de la satisfaction sexuelle. En effet, les données issues de la présente thèse suggèrent que les survivantes d'ASE



éprouvent des difficultés au niveau de leur concept sexuel de soi de même que des problèmes physiques d'ordre sexuel. Par exemple, les cliniciens pourraient offrir des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale afin d'aborder les distorsions cognitives et les comportements autodestructeurs auprès des survivantes d'ASE.

Certaines composantes de la thérapie dialectique comportementale de Linehan (1993) pour le traitement des personnalités limites pourraient s'avérer très efficaces pour la gestion de certains comportements destructeurs (p. ex., comportements sexuels à risque), la régulation émotionnelle et la pleine conscience auprès de certaines survivantes d'ASE et en particulier, pour celles ayant été exposées à d'autres formes de victimisation durant leur enfance. En effet, les données issues de la présente thèse indiquent que plusieurs survivantes d'ASE ont été exposées à plusieurs autres formes de violence à l'enfance. L'exposition à la polyvictimisation représente un facteur de risque important pour le développement de problèmes ultérieurs en matière de santé sexuelle. Ainsi, il importe que les cliniciens portent attention à la présence de polyvictimisation ce qui pourrait augmenter encore plus la probabilité d'être aux prises avec des difficultés sexuelles. Il est possible que ce sous-groupe de survivantes d'ASE soit plus susceptible d'éprouver des difficultés au niveau de la régulation de leurs émotions. De plus, elles pourraient être portées à recourir davantage aux stratégies d'adaptation inefficaces dans une tentative de diminuer la détresse associée à leurs multiples expériences de victimisation à l'enfance.

### **Pistes de recherches futures**

Puisque les femmes exposées à la fois à l'ASE ainsi qu'à d'autres formes de violence à l'enfance semblent être plus à risque de rapporter davantage de conséquences néfastes reliées à leur santé sexuelle, il est important de poursuivre les recherches afin d'identifier et de mieux comprendre les mécanismes associés aux effets reliés à l'exposition à de multiples formes de victimisation.

De la même façon, les recherches futures seront également nécessaires afin d'explorer d'autres possibles variables médiatrices ou modératrices incluant les stratégies d'adaptation de type autodestructrices (p. ex., l'usage de drogue ou d'alcool lors des relations sexuelles). Par exemple, certaines survivantes d'ASE peuvent avoir recours aux activités sexuelles ou à l'usage d'alcool ou de drogue comme stratégie de distraction ou d'évitement des émotions négatives pouvant découler de leur expérience d'ASE ou afin de gérer les effets reliés à leur trauma sexuel (Briere, 1992; Senn et al., 2008).

De plus, l'ASE peut miner l'optimisme et ainsi mener à des sentiments de désespoir à l'égard du futur, et ce par l'entremise de la dynamique de l'impuissance proposée par le modèle de Finkelhor et Browne (1985). En retour, un faible niveau d'optimisme peut mener à la participation dans des comportements sexuels à risque à l'âge adulte (Quina et al., 2004). Ainsi, des recherches futures sont nécessaires afin de valider cette hypothèse. Le fait d'être exposé à la fois à l'ASE ainsi qu'à de multiples formes de violence à l'enfance pourrait possiblement mener à davantage de sentiments de désespoir et donc, à une vision moins optimiste à l'égard du futur. Ainsi, des recherches futures pourraient examiner si l'optimisme peut agir en tant que variable médiatrice entre l'exposition à l'ASE et à de multiples formes de victimisation et des conséquences subséquentes reliées à la santé sexuelle.

Les recherches futures pourraient inclure des devis longitudinaux afin d'établir des liens de causalité entre l'expérience d'ASE et les conséquences sur la santé sexuelle. Il serait également pertinent de faire des études permettant d'évaluer l'impact de l'ASE sur le fonctionnement sexuel et conjugal en examinant les indicateurs de santé sexuelle auprès des deux partenaires du couple ainsi que la contribution de la survivante d'ASE sur la sexualité vécue par son conjoint.

Les études pourraient également inclure d'autres indicateurs de santé sexuelle tels que la présence de grossesse non désirée ou d'avortement, l'échange d'activités sexuelles contre de l'argent, de la drogue ou de l'alcool. De plus, les recherches futures portant sur le lien entre l'expérience d'ASE et la santé sexuelle à l'âge adulte pourraient également incorporer d'autres médiateurs et modérateurs potentiels soulevés dans la littérature tels que les stratégies d'adaptation autodestructrices incluant l'abus de substance (Zwickl & Merriman, 2011), une faible estime de soi (Senn et al., 2008), les difficultés de régulation des émotions (Messman-Moore et al., 2010), la dissociation (Polusny & Follette, 1995), et l'insécurité au niveau de l'attachement (Alexander, 1992).

Bien que la présente étude porte uniquement sur les femmes, les chercheurs pourraient également examiner l'impact de l'ASE sur les indicateurs de santé sexuelle sur un échantillon représentatif d'hommes. En effet, les données issues de certaines études auprès d'échantillons nationaux estiment qu'environ 15% des hommes rapporteraient avoir vécu une ASE (Briere & Elliott, 2003; Finkelhor et al., 1989). Par ailleurs, certains auteurs soulignent que très peu d'études se sont penchées sur l'association entre l'ASE et les indicateurs de santé sexuelle à l'âge adulte incluant les comportements sexuels et les dimensions subjectives de la santé sexuelle auprès d'échantillons communautaires représentatifs des hommes hétérosexuels (Senn et al., 2008). Cependant, la majorité des études répertoriées dans une récente recension des écrits portant sur l'association entre l'ASE et les comportements sexuels à risque a été effectuée auprès d'échantillons d'hommes provenant de milieux plus à risque tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des personnes du même sexe (Senn et al., 2008). Toutefois, le peu d'études qui sont disponibles auprès d'échantillons d'hommes et qui sont mentionnées dans la recension de Senn et ses collègues (2008) soutiennent également l'idée que l'ASE est associée avec la présence subséquente de comportements sexuels à risque (p. ex., relations sexuelles non protégées; acquisition



du VIH; multiples partenaires sexuels) à l'âge adulte auprès de cette population (Senn et al., 2008).

Selon les conclusions de la recension des études de Senn et ses collègues (2008), peu d'études se sont penchées sur le rôle modérateur du sexe dans le lien entre une histoire d'ASE les comportements sexuels à risque et des recherches futures sont donc nécessaires afin de vérifier si le sexe agit en effet en tant que variable modératrice. Par conséquent, Senn et ses collègues (2008) recommandent que lorsque possible les chercheurs incluent à la fois les femmes et les hommes dans les recherches sur l'ASE.

Par ailleurs, les résultats provenant de certaines études suggèrent que les interventions visant à réduire les risques auprès d'individus avec une histoire d'ASE devraient être développées séparément pour les femmes et les hommes (Senn et al., 2006). Puisque la majorité des modèles portant sur les conséquences de l'ASE ont été développés à partir de données issues d'échantillons de femmes ou d'adolescentes, il demeure important de poursuivre les recherches auprès des hommes afin d'instaurer des stratégies adaptées à leurs besoins (Senn et al., 2008). Dans un premier temps, l'implantation de stratégies favorisant le dévoilement de l'ASE auprès des garçons et des adolescents est nécessaire puisque les données indiquent que les garçons sont plus réticents à dévoiler (Holmes & Slap, 1998). En effet, certains chercheurs ont suggéré que les hommes peuvent être réticents à dévoiler une histoire d'ASE principalement en raison des sentiments de honte de la crainte d'être étiquetés comme homosexuels si l'agresseur est un homme ou d'être considérés faibles si l'agresseur est une femme (Holmes & Slap, 1998). Dans un deuxième temps, il est important de sensibiliser les cliniciens et les professionnels de la santé sur l'importance de questionner les patients de sexe masculin au sujet des expériences passées d'ASE. Troisièmement, il demeure tout aussi impératif de poursuivre les recherches sur le lien entre l'ASE et la santé sexuelle à l'âge adulte auprès des hommes afin de développer des programmes



d'interventions adaptées aux besoins spécifiques de cette clientèle (Purcell, Malow, Dolezal, & Carballo-Diéguez, 2004).

### CONCLUSION GÉNÉRALE

Les résultats de la présente thèse suggèrent que l'ASE représente un enjeu majeur de santé publique. En effet, les données issues de la présente étude indiquent que les survivantes d'ASE sont plus susceptibles de rapporter la présence de conséquences néfastes reliées à leur santé sexuelle comparativement aux femmes sans histoire d'ASE incluant davantage de participation dans des comportements sexuels à risque, de problèmes sexuels et de concept de soi sexuel négatif. Plus spécifiquement, les survivantes d'ASE impliquant un contact sexuel, et en particulier une agression sévère (c.-à-d. pénétration ou tentative de pénétration) semblent particulièrement vulnérables à développer des difficultés subséquentes reliées à leur santé sexuelle.

De plus, les données de la présente thèse ont permis d'identifier des caractéristiques personnelles pouvant agir en tant que variables médiatrices dans la relation entre l'ASE et la santé sexuelle des femmes. Ainsi, la présente étude suggère que les stratégies d'adaptation inefficaces telles que les stratégies axées sur les émotions de même que l'optimisme représentent des variables médiatrices importantes pouvant potentiellement influencer le lien entre la violence sexuelle et les conséquences néfastes reliées à la santé sexuelle.

Enfin, les résultats de la présente thèse indiquent que les femmes ayant été exposées à la fois à l'ASE et à de multiples formes de victimisation durant leur enfance sont davantage à risque de relater des conséquences néfastes en ce qui a trait à leur santé sexuelle. De plus, les femmes révélant avoir vécu uniquement une expérience d'ASE ne semblent pas être plus à risque de rapporter davantage de problèmes reliés à leur santé sexuelle comparativement aux femmes sans histoire d'ASE. Ainsi, il semble que l'exposition à l'ASE lorsque combinée avec d'autres

formes de victimisation représente un facteur de risque plus important et plus susceptible de mener à des conséquences néfastes sur le plan de la santé sexuelle que l'exposition à la violence sexuelle seulement.

Les résultats issus de cette recherche suggèrent également que l'expérience d'ASE est rarement un événement isolé, mais survient souvent en concomitance avec d'autres formes de violence. Ces données soulignent donc l'importance de ne pas cibler uniquement une seule forme de violence lors des recherches, mais plutôt d'évaluer différentes formes de victimisation à l'enfance pouvant expliquer davantage les conséquences observées auprès des survivantes d'ASE (Clemmons et al., 2007; Finkelhor et al., 2007; Senn & Carey, 2010). À défaut de considérer plusieurs formes de victimisation lors de leurs études, les chercheurs pourraient conclure à une surestimation de l'impact des certaines formes individuelles de violence à l'enfance sur les conséquences ultérieures à l'âge adulte (Elliott et al., 2009).

## RÉFÉRENCES

- Ai, A. L., Evans-Campbell, T., Santangelo, L. K., & Cascio, T. (2006). The traumatic impact of the September 11, 2001, terrorist attacks and the potential protection of optimism. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 689-700.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 185-195.
- Arriola, K. R. J., Loudon, T., Doldren, M. A., & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect, 29*, 725-746.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect, 27*, 883-897.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 697-715.
- Bartoi, M. G., & Kinder, B. N. (1998). Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy, 24*, 75-90.
- Bennett, S. E., Hugues, H. M., & Luke D. A. (2000). Heterogeneity in patterns of child sexual abuse, family functioning, and long-term adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 134-157.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine, 18*, 151-158.
- Brand, B. L., & Alexander, P. C. (2003). Coping with incest: The relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 285-293.

- Brener, N. D., McMahon, P. M., Warren, C. W., & Douglas, K. A. (1999). Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 252-259.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 175-203). 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 284-288.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 223-226.
- Brodhagen, A., & Wise, D. (2008). Optimism as a mediator between the experience of child abuse, other traumatic events, and distress. *Journal of Family Violence, 23*, 403-411.
- Browning, C. R., & Laumann, E. O. (1997). Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *American Sociological Review, 62*, 540-560.
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women, 14*, 886-904.
- Camuso, J., & Rellini, A. H. (2010). Sexual fantasies and sexual arousal in women with a history of childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 275-288.



- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.
- Champion, J. D., Piper, J., Shain, R. N., Perdue, S. T., & Newton, E. R. (2001). Minority women with sexually transmitted diseases: Sexual abuse and risk for pelvic inflammatory disease. *Research in Nursing & Health, 24*, 38-43.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect, 34*, 454-464.
- Chen, J. Q., Dunne, M. P., & Han, P. (2004). Child sexual abuse in China: A study of adolescents in four provinces. *Child Abuse & Neglect, 28*, 1171-1186.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12*, 172-181.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). The relation between methods of coping during adulthood with a history of childhood sexual abuse and current psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1090-1093.
- Doll, L. S., Koenig, L. J., & Purcell, P. W. (2004). Child sexual abuse and adult sexual risk: Where are we now? In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk. Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect, 27*, 625-639.
- Easton, S. D., Coohy, C., O'Leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence, 26*, 41-50.

- Elliott, A. N., Alexander, A. A., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Richmond, J. M. (2009). Childhood victimization, poly-victimization, and adjustment to college in women. *Child Maltreatment, 14*, 220-343.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction of many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*, 789-803.
- Fergusson, D. M., & Mullen, P. E. (1999). *Childhood sexual abuse- An evidenced based perspective*. Sage, CA: Thousand Oaks.
- Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 348-366.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Finkelhor, D., & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist, 49*, 173-183.
- Finkelhor, D., Hotaling, G. T., Lewis, I. A., & Smith, C. (1989). Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 379-399.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology, 19*, 149-166.
- Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora K. J., & Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics, 101*, 620-629.

- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect, 23*, 145-159.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839-852.
- Gorey, K. M., & Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review, adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect, 21*, 391-398.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec: Bibliothèque Nationale du Québec.
- Greenberg, J. B. (2001). Childhood sexual abuse and sexually transmitted diseases in adults: A review of and implications for STD/HIV programmes. *International Journal of STD and Aids, 12*, 777-783.
- Greenberg, J., Hennessy, M., Lifshay, J., Kahn-Krieger, S., Bartelli, D., Downer, A., & Bliss, M. (1999). Childhood sexual abuse and its relationship to high-risk behavior in women volunteering for an HIV and STD prevention Intervention. *Aids and Behavior, 3*, 149-156.
- Greenwald, E., Leitenberg, H., Cado, S., & Tarran, M. J. (1990). Childhood sexual abuse: Long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult women. *Child Abuse & Neglect, 14*, 503-513.
- Grimstad, H., & Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*, 81-90.
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Van Wert (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 528-540.



- Hansen, L., Mann, J., McMahon, S., & Wong, T. (2004). Sexual health. *BMC Women's Health*, 4, 1-8.
- Haugaard, J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55, 1036-1039.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & 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, 631-636.
- Heiman, J. R., & Heard-Davison, A. R. (2004). Child sexual abuse and adult sexual relationships: Review and perspective. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk. Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 13-47). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hendriks, A. (1992). The political and legislative framework in which sexual health takes place. In H. Curtis (Ed.), *Promoting sexual health*. (pp. 155-166). London: BMA foundation For AIDS.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547-578.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33, 206-211.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: A retrospective study. *Pediatrics*, 106, e11.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1855-1862.
- Hulme, P. A. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1471-1484.



- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M., & Habib, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 211-221.
- Johnsen, L. W., & Harlow, L. L. (1996). Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization, and AIDS-risk. *AIDS Education and Prevention, 8*, 44-57.
- Johnson, D. M., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 25*, 179-198.
- Kalmuss, D. (2004). Nonvolitional sex and sexual health. *Archives of Sexual Behavior, 33*, 197-209.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kenney, J. W. R., Reinholtz, C. M., & Angelini, P. J. B. (1998). Sexual abuse, sex before age 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 27*, 54-63.
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse, 11*, 159-177.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association, 281*, 537-544.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Leintenberg, H., Greenwald, E., & Cado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse & Neglect, 16*, 399-407.
- Lemieux, S. R. (2003). *The sexual functioning of female survivors of child sexual abuse* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (Publication No. AAT NQ87630).
- Lemieux, S. R., & Byers, S. E. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*, 126-144.
- Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research, 13*, 346-387.
- Lesserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators and psychological adjustment. *Psychosomatic Medicine, 67*, 906-915.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner D. L., Lin, E., M. H. Boyle, Jamieson, E...Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1878-1883.
- Maltz, W. (2001). *The sexual healing journey: A guide for survivors of sexual abuse* (rev. ed.). New York: Harper Collins.
- Medrano, M. A., Desmond, D. P., Zule, W. A., & Hatch, J. P. (1999). Histories of childhood trauma and the effects on risky HIV behavior in a sample of women drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*, 593-606.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 987-996.

- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., & Milner, J. S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 992-1006.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect, 34*, 967-976.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research, 36*, 385-395.
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 229-236.
- Molitor, F., Ruiz, J. D., Klausner, J. D., & McFarland W. (2000). History of forced sex in association with drug use and sexual HIV risk behaviors, infection with STDs, and diagnostic medical care. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 262-278.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal, and sexual functioning. *The British Journal of Psychiatry, 165*, 35-47.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect, 20*, 7-21.
- Mullings, J. L., Marquart, J. W., & Brewer, V. E. (2000). Assessing the relationship between child sexual abuse and marginal living conditions on HIV/AIDS-related risk behavior among women prisoners. *Child Abuse & Neglect, 24*, 677-688.
- NIMH Multisite HIV Prevention Trial. (2001). A test of factors mediating the relationship between unwanted sexual activity during childhood and risky

- sexual practices among women enrolled in the NIMH Multisite HIV Prevention Trial. *Women & Health, 33*, 163-179.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 575-586.
- Nyamathi, A., Flaskerud, J., & Leake, B. (1997). HIV-risk behaviors and mental health characteristics among homeless or drug-recovering women and their closest sources of social support. *Nursing Research, 46*, 133-137.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- Parillo, K. M., Freeman, R. C., Collier, K., & Young, P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse & Neglect, 25*, 335-346.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44-55.
- Petrak, J., Byrne, A., & Baker, M. (2000). The association between abuse in childhood and STD/HIV risk behaviors in female genitourinary (GU) clinic attendees. *Sexually Transmitted Infections, 76*, 457-461.
- Pettigrew, J., & Burcham, J. (1997). Characteristics of childhood sexual abuse and adult psychopathology in female psychiatric patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 3*, 200-207.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*, 143-166.
- Purcell, D. W., Malow, R. M., Dolezal, C., & Carballo-Diéguez, A. (2004). Sexual abuse of boys: Short- and long-term associations and implications for HIV



- prevention. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 93-114). Washington, DC: American Psychological Association.
- Quina, K., Morokoff, P., Harlow, L., & Zurbriggen, E. (2004). Cognitive and attitudinal paths from childhood trauma to adult HIV risk. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization and intervention*. (pp. 117-134). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect, 28*, 575-586.
- Roosa, M. W., Tein, J-Y., Reinholtz, C., & Angelini, P. A. (1997). The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and Family, 59*, 119-130.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 24*, 951-964.
- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*, 211-226.
- Santé Canada (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa, Santé Canada.
- Sarwer, D. B., & Durlak, J. A. (1996). Child sexual abuse as a predictor of adult sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse & Neglect, 20*, 963-972.
- Schloretdt, K. A., & Heiman, J. R. (2003). Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 275-284.

- Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment, 15*, 324-335.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behavior: Results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child Abuse & Neglect, 35*, 353-362.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Vanable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review, 28*, 711-735.
- Senn, T. E., Carey, M. P., Vanable, P. A., Coury-Doniger, P., & Urban, M. A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 720-731.
- Shrier, L. A., Pierce, J. D., Emans, S. J., & DuRant, R. H. (1998). Gender differences in risk behaviors associated with forced or pressured sex. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 152*, 57-63.
- Simon, V. A., & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment, 13*, 167-181.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*, 216-269.
- Slonim-Nevo, V., & Mukuka, L. (2007). Child abuse and AIDS-related knowledge, attitudes and behavior among adolescents in Zambia. *Child Abuse & Neglect, 31*, 143-159.
- Solberg Nes, L., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 235-251.

- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *116*, 340-362.
- Steed, L. G. (2002). A psychometric comparison of four measures of hope and optimism. *Educational and Psychological Measurement*, *62*, 466-482.
- Steel, J., & Herlitz, C. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behaviors: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 1141-1153.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 785-801.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American Parents. *Child Abuse & Neglect*, *22*, 249-270.
- Swanston, H. Y., Nunn, K. P., Oates, R. K., Tebbutt, J. S., & O'Toole, B. I. (1999). Hoping and coping in young people who have been sexually abused. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *8*, 134-142.
- Thompson, N. J., Potter, J. S., Sanderson, C. A., & Maibach, E. W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse & Neglect*, *21*, 149-156.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, *23*, 929-945.
- Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, I. H., & Sonenstein, F. L. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science*, *280*, 867-873.
- Van Bruggen, L. K., Runtz, M. G., & Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization: the role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment*, *11*, 131-145.



- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect, 33*, 161-172.
- Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., Wonderlich, S. A., & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. *Child Abuse & Neglect, 23*, 579-592.
- Walser, R. D., & Kern, J. M. (1996). The relationships among childhood sexual abuse, sex guilt, and sexual behavior in adult clinical samples. *The Journal of Sex Research, 33*, 321-326.
- Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 1-84.
- Watson, B., & Halford, K. W. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationship. *Violence and Victims, 25*, 518-535.
- Weinreb, L., Goldberg, R., Lessard, D., Perloff, J., & Bassuk, E. (1999). HIV-risk practices among homeless and low-income housed mothers. *Journal of Family Practice, 48*, 859-867.
- Wenninger, K., & Heiman, J. R. (1998). Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 543-562.
- Westerlund, E. (1992). *Women's sexuality after childhood incest*. New York, NY: Norton.
- Widom, C. S., & Kuhns, J. B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: A prospective study. *American Journal of Public Health, 86*, 1607-1612.
- Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 264-271.



- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (1997). Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African-American women. *American Journal of Preventive Medicine, 13*, 380-384.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding, and meaning-making. *Journal of Family Violence, 22*, 597-608.
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 410-421.
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy, 26*, 16-32.

## ANNEXE A

LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION ET  
L'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE I

NOM DE LA REVUE : Child Abuse & Neglect

NOMS DES ÉDITEURS: Davie Wolfe, Editor-in-Chief  
Conor Lovett, Journal manager

TITRE DE L'ARTICLE: «Sexual health of women reporting s history of child  
sexual abuse». (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, &  
Tremblay)  
(CHIABUNEG-D-10-00219R2)  
article soumis et accepté pour publication.

30-august-2010.

Ms. Ref. No.: CHIABUNEG-D-10-00219

Title: Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse.

Child Abuse & Neglect

Dear Mrs Céline Lacelle,

Your submission entitled "Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse." has been assigned the following manuscript number: CHIABUNEG-D-10-00219.

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <http://ees.elsevier.com/chiabuneg/>.

If you need to retrieve password details, please go to:

[http://ees.elsevier.com/EESACRONYM/automail\\_query.asp](http://ees.elsevier.com/EESACRONYM/automail_query.asp)

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Conor Lovett

Journal Manager

Child Abuse & Neglect

20 April 2011.

Ms. Ref. No.: CHIABUNEG-D-10-00219R1

Title: Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse.

Child Abuse & Neglect

Dear Mrs Céline Lacelle,

Your revised manuscript was received for reconsideration for publication in Child Abuse & Neglect.

You may check the status of your manuscript by logging onto the Elsevier Editorial System as an Author at <http://ees.elsevier.com/chiabuneg/>.

If you need to retrieve password details, please go to:

[http://ees.elsevier.com/EESACRONYM/automail\\_query.asp](http://ees.elsevier.com/EESACRONYM/automail_query.asp)

Kind regards,

Elsevier Editorial System

Child Abuse & Neglect



27 October 2011.

Ms. Ref. No.: CHIABUNEG-D-10-00219R2

Title: Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse.  
Child Abuse & Neglect

Dear Mrs Céline Lacelle,

Your revised manuscript was received for reconsideration for publication in Child Abuse & Neglect.

You may check the status of your manuscript by logging onto the Elsevier Editorial System as an Author at <http://ees.elsevier.com/chiabuneg/>.

If you need to retrieve password details, please go to:  
[http://ees.elsevier.com/EESACRONYM/automail\\_query.asp](http://ees.elsevier.com/EESACRONYM/automail_query.asp)

Kind regards,

Elsevier Editorial System  
Child Abuse & Neglect

31 October 2011.

Ms. Ref. No.: CHIABUNEG-D-10-00219R2

Title: Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse.  
Child Abuse & Neglect

Dear Mrs Céline Lacelle,

I am pleased to confirm that your paper "Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse." has been accepted for publication in Child Abuse & Neglect.

Thank you for submitting your work to this journal. Our managing editor will be in touch with you prior to publication with any necessary copyediting changes.

With kind regards,

David A. Wolfe, Ph.D.  
Editor-in-Chief  
Child Abuse & Neglect

## ANNEXE B

LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION ET  
L'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE II

NOM DE LA REVUE : Journal of Child Sexual Abuse

NOMS DE L'ÉDITEUR: Dr Robert Geffner, Editor-in-Chief

TITRE DE L'ARTICLE: «Child sexual abuse and women's sexual health: The  
contribution of CSA severity and exposure to multiple  
forms of childhood victimization».  
(Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay)  
(WCSA-2011-0046.R1)

22-Apr-2011

Dear Mrs Lacelle:

Your manuscript entitled "Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.

Your manuscript ID is WAMT-2011-0029.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/wamt> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Centre after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/wamt> .

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.

Sincerely,

Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma Editorial Office



28-Apr-2011

WAMT-2011-0029 - Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization.

Dear Mrs Céline Lacelle:

Our Senior Editor feels as though your manuscript is more appropriate for our Journal of Child Sexual Abuse. With your permission, we would like to transfer the manuscript from the JAMT to the JCSA for you. If this is agreeable to you please let me know and I will transfer it.

Sincerely,

Ms Amber Ulrich

Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma

20-Jul-2011

Dear Mrs Lacelle:

Your revised manuscript entitled "Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of Child Sexual Abuse.

Your manuscript ID is WCSA-2011-0046.R1.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/wcsa> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/wcsa> .

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Child Sexual Abuse.

Sincerely,

Journal of Child Sexual Abuse Editorial Office

25-jul-2011.

Journal of Child Sexual Abuse - Decision on Manuscript ID WCSA-2011-0046.R1

Dear Author,

Our referees have recommended publication of your above-titled manuscript in the Journal of Child Sexual Abuse. We are pleased to accept your paper in its current form; the manuscript will now be forwarded to one of our Assistant Editors for copy editing. Our Assistant Editor will contact you for any final revisions that are needed prior to submitting the manuscript to the publisher.

On the attached form please pay special attention to write the exact title of your manuscript, print all author names below it, and then sign and print your name at the bottom of the form. If possible, please then scan the document to PDF and email to us at [journals@alliant.edu](mailto:journals@alliant.edu); otherwise, you can fax to our office: (858) 527-1743

Thank you for your contribution to the Journal of Child Sexual Abuse and we look forward to receiving further submissions from you.

Sincerely,

Dr Bob Geffner  
Editor, Journal of Child Sexual Abuse  
[JOURNALS@alliant.edu](mailto:JOURNALS@alliant.edu)