

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ATTACHEMENT, L'AFFIRMATION DE SOI ET L'ADAPTATION SEXUELLE DES
FEMMES PRÉSENTANT UNE DYSPAREUNIE ET LEURS PARTENAIRES : UN MODÈLE DE
MÉDIATION

ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
BIANCA LECLERC

JUIN 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.07-2011). 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 d'abord à remercier ma directrice de recherche, Dre Sophie Bergeron, pour la qualité de son travail de révision, pour sa patience, et pour avoir pris soin de souligner les forces de mon travail, et non seulement les manques. Je tiens à remercier Dre Audrey Brassard qui a grandement contribué aux analyses statistiques, de même qu'à la révision de l'article accepté au périodique *Archives of Sexual Behavior*. Je tiens à souligner le soutien de My-Loan Truong qui a travaillé bénévolement comme assistante de recherche. Je remercie en même temps toutes les collègues du laboratoire de recherche sur la douleur gynécologique que j'ai croisées pendant ces longues années.

Bien sûr, j'ai été accompagnée par de nombreuses personnes sur mon parcours. Je tiens à remercier mon conjoint Simon Hardy, qui a été ma principale source de soutien. Il a su m'encourager, m'aider à respecter mes limites, et me pousser dans les bons moments. Ce doctorat, il l'a porté avec moi. Du fond du cœur, je tiens à remercier mes amies du doctorat : Priscilla, Danièle, Tina et Jacinthe. Vous comprenez le doctorat en psychologie pour l'avoir vécu de l'intérieur, avec tous les efforts et les luttes émotionnelles que cela peut impliquer. Vous êtes à mes yeux des modèles à suivre, et je me sens privilégiée d'avoir eu la chance de vous connaître de plus près. Si j'avais à recommencer, je le ferais sans hésiter, juste pour ces rencontres qui donnent toute la signification humaine au parcours.

Pour terminer, je remercie ma famille. C'est à partir de vous que mon chemin s'est tracé jusqu'ici.

À vous tous, merci infiniment !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: CADRE CONCEPTUEL, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	4
1.1 Recension des écrits	4
1.1.1 Définition, critères diagnostics et classification de la vestibulodynie	4
1.1.2 Modèles biopsychosociaux de la douleur	6
1.1.3 Justification du choix des variables	7
1.1.4 Éléments de la théorie de l'attachement	9
1.1.5 Sexualité et attachement	11
1.1.6 Vestibulodynie et attachement	14
1.1.7 Proposition d'une variable médiatrice : l'affirmation de soi	16
1.1.8 Objectifs et hypothèses de la recherche	20
CHAPITRE II: PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	23
Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model	24
Abstract	25
Introduction	27
Methods	33
Participants	33
Measures	34
Procedure	37
Data analyses	38
Results	39
Descriptive Statistics	39
Zero-order Correlations	39
Attachment in relation to Sexual Outcomes	40
Mediation of Sexual Outcomes by Sexual Assertiveness	41
Discussion	42
References	48

Tables and Figures	57
CHAPITRE III: DISCUSSION GÉNÉRALE	61
3.1 Rappel des objectifs et hypothèses de recherche	61
3.2 Principaux résultats et interprétation	62
3.3 Limites et contributions cliniques et théoriques	74
APPENDICE A	
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE DE L'UQAM	77
APPENDICE B	
APPROBATION ÉTHIQUE DU CHUM	79
APPENDICE C	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	81
APPENDICE D	
CAHIERS QUESTIONNAIRES DE L'ÉTUDE.....	87
D.1 Version des femmes	88
D.2 Version des partenaires	109
RÉFÉRENCES	123

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Means and standard deviations for attachment dimensions and sexuality outcomes in women and men ($N = 101$).....57

Tableau 2. Correlations between attachment dimensions and main sexual outcomes in women and their partners ($N = 101$).....58

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Sexual assertiveness as a mediator of the relationship between attachment and sexual satisfaction.....59

Figure 2. Sexual assertiveness as a mediator of the relationship between attachment and sexual functioning.....60

RÉSUMÉ

La dyspareunie touche de 15 à 21% des femmes préménopausées de la population générale. La vestibulodynie provoquée (VP), un trouble de douleur localisé au vestibule vaginal, en est la cause la plus fréquente. Ce trouble est associé à des difficultés sur le plan du fonctionnement et de la satisfaction sexuelle. L'attachement est une variable pertinente à étudier en lien avec la vestibulodynie puisqu'elle est associée autant à l'expérience de la douleur qu'à la sphère sexuelle. La théorie de l'attachement a donc été utilisée afin de mieux comprendre l'adaptation sexuelle des couples qui sont confrontés à la VP. La présente étude a évalué les associations entre l'attachement, la douleur, le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuelle chez un échantillon de 101 couples dont la femme présente une VP. Le modèle statistique « Actor-Partner Interdependence Model » (APIM) a été utilisé afin de tenir compte de l'interdépendance des données des couples et investiguer les effets acteurs, ainsi que les effets partenaires. Cette étude a aussi vérifié le rôle de l'affirmation sexuelle de soi en tant que médiateur de ces associations. Les participantes ont complété une mesure d'intensité de douleur, et les deux membres du couple ont complété des mesures d'attachement romantique, d'affirmation sexuelle, de fonctionnement sexuel et de satisfaction sexuelle. Les résultats ont montré que les dimensions de l'attachement ne prédisaient pas l'intensité de la douleur. Les femmes plus anxieuses et plus évitantes dans leur attachement présentaient une plus faible satisfaction sexuelle. Les femmes plus évitantes dans leur attachement présentaient un plus faible fonctionnement sexuel. L'affirmation sexuelle est ressortie comme un médiateur significatif de ces associations. Finalement, les effets partenaires ont montré une plus grande satisfaction sexuelle chez les hommes lorsque la femme s'affirmait davantage. En conclusion, les résultats de l'étude soulignent l'importance de s'attarder à des variables interpersonnelles telles que l'attachement lorsque nous tentons de comprendre l'adaptation sexuelle des couples confrontés à une problématique de VP.

Mots clés : Vestibulodynie provoquée, dyspareunie, attachement, affirmation sexuelle, fonctionnement sexuel, satisfaction sexuelle.

ABSTRACT

Provoked vestibulodynia (PVD) is a prevalent women's sexual pain disorder, which is associated with sexual function difficulties. Attachment theory has been used to understand adult sexual outcomes, providing a useful framework for examining sexual adaptation in couples confronted with PVD. Research to date indicates that anxious and avoidant attachment dimensions correlate with worse sexual outcomes in community and clinical samples. The present study examined the association between attachment, pain, sexual function and sexual satisfaction in a sample of 101 couples in which the women presented with PVD. The Actor-Partner Interdependence Model was used in order to investigate both actor and partner effects. This study also examined the role of sexual assertiveness as a mediator of these associations via structural equation modeling. Women completed measures of pain intensity and both members of the couple completed measures of romantic attachment, sexual assertiveness, sexual function and satisfaction. Results indicated that attachment dimensions did not predict pain intensity. Both anxious and avoidant attachment were associated with lower sexual satisfaction. Only attachment avoidance predicted lower sexual function in women. Partner effects indicated that higher sexual assertiveness in women predicted higher sexual satisfaction in men. Finally, women's sexual assertiveness was found to be a significant mediator of the relationship between their attachment dimensions, sexual function and satisfaction. Findings highlight the importance of examining how anxious and avoidant attachment may lead to difficulties in sexual assertiveness and to less satisfying sexual interactions in couples where women suffer from PVD.

Keywords: Provoked Vestibulodynia; dyspareunia; attachment; sexual assertiveness; sexual function; sexual satisfaction

INTRODUCTION

La dyspareunie, qui signifie une douleur ressentie pendant les relations sexuelles, touche de 15 à 21% des femmes préménopausées de la population générale (Harlow, Wise & Stewart, 2001). La vestibulodynie provoquée (VP) en est la forme la plus fréquente. Définie comme une douleur localisée au vestibule vaginale, la vestibulodynie est un problème de santé relativement méconnu de la population générale et trop souvent mal diagnostiqué par les professionnels de la santé. Il n'est pas rare de voir des femmes consulter plusieurs professionnels de la santé avant d'obtenir un diagnostic de vestibulodynie et ce, après plusieurs années de douleurs récurrentes (Harlow et al., 2001). Avant de recevoir un traitement, les femmes atteintes de vestibulodynie auront consulté en moyenne trois médecins et souffert de douleurs vulvo-vaginales pour une durée moyenne de cinq années consécutives (Harlow et al., 2001). Pourtant, la prévalence de vestibulodynie est très élevée. Une étude épidémiologique conduite auprès de 1500 jeunes femmes américaines âgées entre 18 et 29 ans a démontré qu'environ une femme sur cinq souffrait de douleur pendant les relations sexuelles (Laumann, Paik & Rosen, 1999). Dans le cas spécifique de la vestibulodynie, sa prévalence est actuellement évaluée à 12% (Harlow et al., 2001). Au delà de la douleur, la vestibulodynie est aussi associée à des déficits au niveau de la fonction sexuelle, à des niveaux plus élevés de détresse psychologique (Desrochers, Bergeron, Landry & Jodoin, 2008).

Malgré la prévalence élevée et l'impact considérable de la douleur sur la santé des femmes atteintes de vestibulodynie, peu d'études nous informent sur l'étiologie de ce problème. Pour l'instant, certains facteurs de risques biomédicaux et psychologiques ont été proposés afin d'expliquer le développement et le maintien de la vestibulodynie. Selon Zolnoun, Hartmann, Lamvu, As-Sanie, Maixner et Steege (2006), la vestibulodynie résulterait de la convergence d'une variété de mécanismes pathophysiologiques incluant : (1) un déséquilibre entre les forces pro-inflammatoires et anti-inflammatoires du système immunitaire menant à une tendance de la muqueuse vaginale à développer une réaction inflammatoire accrue; (2) une dysfonction des muscles du plancher pelvien; (3) une histoire d'exposition à des traumatismes de la muqueuse vaginale (p. ex., accouchement, infections vaginales

répétées); (3) des déficits au niveau de la régulation du système nerveux central impliqué dans le traitement des signaux de douleur; (4) de même que la modulation de la douleur par certaines variables psychologiques.

Ces résultats cadrent avec la recherche dans le domaine plus général des douleurs chroniques où les modèles biopsychosociaux sont de plus en plus reconnus (Asmundson & Wright, 2004; Vlaeyen & Linton, 2000). Il est maintenant bien démontré que l'expérience de douleur est influencée par une série de variables à la fois biologiques et psychologiques. Plus spécifiquement, la recherche indique que certaines variables psychologiques sont des antécédents de la chronicisation des problèmes de douleur (Gatchel & Turk, 1999; Vlaeyen & Linton, 2000). Ainsi, certaines caractéristiques psychologiques interagiraient avec les déterminants biologiques et rendraient un individu plus à risque de développer un problème de douleur chronique lorsqu'il fait face à une douleur aiguë. L'anxiété, la peur de la douleur, l'hypervigilance, la catastrophisation et l'évitement comportemental figurent parmi les déterminants psychologiques les mieux documentés (Vlaeyen & Linton, 2000).

Les modèles biopsychosociaux de la douleur identifient également les variables relationnelles au sein des variables potentiellement impliquées dans l'étiologie et la modulation des expériences de douleur. Suite à une recension répertoriant seize études concernant le rôle des variables relationnelles dans les problématiques de douleurs chroniques, Kiecolt-Glaser et Newton (2001) concluent que l'ajustement dyadique est associé à l'expérience de la douleur et aux incapacités qui en découlent. La majorité de ces études a été réalisée auprès de participants souffrant de douleurs lombaires chroniques, ainsi que des douleurs arthritiques (ostéoarthrite, arthrite rhumatoïde). À ce jour, quelques études ont exploré ce lien chez les couples dont la femme présente une dyspareunie (Bois, Bergeron, Rosen, McDuff & Grégoire, 2013; Desrosiers, Bergeron, Meana, Leclerc, Binik & Khalifé, 2008; Lemieux, Bergeron, Steben & Lambert, 2013; Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1998; Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle & Baxter, 2012; Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert & Steben, 2010). Les résultats de Meana et al. (1998) ont révélé que l'ajustement dyadique prédisait de manière indépendante les scores de douleur chez les femmes présentant une dyspareunie. Trois études ont montré que les réponses du

partenaire face à la douleur étaient associées à l'expérience de douleur (Desrosiers et al., 2008; Rosen et al., 2010, 2012). Notamment, les comportements de sollicitude (démonstration de sympathie et préoccupations excessives à propos de la douleur) et d'hostilité sont associés à des douleurs plus intenses chez les femmes présentant une vestibulodynie provoquée (Desrosiers et al., 2008; Rosen et al., 2010, 2012). Lemieux et al. (2013) se sont intéressés à une variable cognitive chez les partenaires, soit la catastrophisation qui est définie comme étant une présence de pensées exagérément négatives à propos de la douleur. Ces pensées peuvent survenir pendant l'expérience de douleur, ou dans l'anticipation de celle-ci. Lemieux et al. (2013) ont montré que la catastrophisation du partenaire était associée à l'expérience de douleur de la femme qui présente une vestibulodynie provoquée. Des pensées moins catastrophiques chez le partenaire sont associées à des douleurs moins intenses chez la femme. Finalement, une plus grande intimité sexuelle a été associée à un plus grand sentiment d'efficacité personnel à propos de la douleur dans un échantillon de femmes présentant une vestibulodynie provoquée (Bois et al., 2013).

Il est étonnant qu'aussi peu d'études se soient intéressées au rôle des variables relationnelles dans le cas spécifique de la dyspareunie considérant le contexte relationnel qui entoure ce problème de douleur. En effet, on peut penser que le rôle du partenaire risque d'être encore plus important chez cette population unique. La vestibulodynie étant une douleur récurrente déclenchée par une pression exercée au niveau du vestibule vaginal, celle-ci est donc typiquement déclenchée lors des relations sexuelles. Ainsi, le partenaire est non seulement un témoin intime de l'expérience douloureuse de la femme, mais il contribue directement au déclenchement de la douleur. De plus, compte tenu du fait que la douleur interfère avec les relations sexuelles, les conséquences néfastes de la douleur sont également vécues par le partenaire.

Tel que mentionné précédemment, très peu de recherches se sont intéressées au rôle des variables relationnelles chez les couples dont la femme souffre de douleurs vulvo-vaginales chroniques, et ce, malgré la pertinence du contexte spécifique à ce type de douleur. Le présent essai vise donc à pallier ce manque en investiguant le rôle d'une nouvelle variable relative au fonctionnement interpersonnel, soit l'attachement romantique.

CHAPITRE I

CADRE CONCEPTUEL, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Le premier chapitre de cet essai doctoral s'intéresse à la vestibulodynie et à l'adaptation sexuelle des couples qui font face à cette problématique. Dans un premier temps, la prévalence, la classification et les critères diagnostiques de la vestibulodynie seront présentés. Par la suite, nous nous intéresserons aux modèles biopsychosociaux de la douleur en portant une attention particulière aux variables psychologiques impliquées dans l'adaptation à un problème de douleur chronique, dont les variables interpersonnelles. Nous justifierons les raisons qui nous amènent à penser que l'attachement est une variable pertinente à étudier pour comprendre l'adaptation sexuelle des couples confrontés à la vestibulodynie. Des éléments de la théories de l'attachement seront présentés, de même qu'une recension des écrits sur le lien entre l'attachement et la sexualité. Nous expliquerons les raisons qui nous amènent à penser que la vestibulodynie est un problème qui est susceptible de faire ressortir les insécurités d'attachements, ainsi que le lien avec les comportements d'affirmation sexuelle que nous ciblons comme variable médiatrice. Nous terminerons ce premier chapitre en précisant nos objectifs et hypothèses de recherche.

1.1 Recension des écrits

1.1.1 Définition, critères diagnostics et classification de la vestibulodynie

Le plus récent système de classification de la vulvodynie a été publié en 2004 par les membres de la Société internationale pour l'étude des maladies vulvo-vaginales (ISSVD) (Moyal-Barracco & Lynch, 2004). Le terme vulvodynie a été retenu pour décrire toutes les formes de douleurs vulvo-vaginales ne pouvant être expliquées par des maladies spécifiques. Ensuite, la vulvodynie a été divisée en deux formes, une forme généralisée et une forme localisée. La vestibulodynie est classifiée dans cette deuxième catégorie, soit la vulvodynie localisée. Comme son nom l'indique, la vestibulodynie est caractérisée par une douleur au niveau du vestibule vaginal. Le terme vestibulodynie est une nouvelle appellation. Jusqu'à tout récemment, le terme vestibulite vulvaire était utilisé pour décrire ce type de douleur. La vestibulodynie

peut être soit provoquée, non provoquée (spontanée), ou mixte (provoquée et non-provoquée) (Moyal-Barracco & Lynch, 2004).

La vestibulodynie fait également partie d'un groupe plus général de douleurs localisées aux organes génitaux : la dyspareunie. Le DSM-IV-TR (2001) classifie la dyspareunie dans la catégorie des dysfonctions sexuelles. Elle y est définie comme une douleur génitale présente lors des relations sexuelles (critère A). La localisation exacte de la douleur n'est pas spécifiée dans les critères du DSM-IV-TR. La dyspareunie y est plutôt définie en fonction de son interférence avec les activités sexuelles. Cette classification est présentement critiquée puisque la dyspareunie ne se manifeste pas uniquement dans le contexte de la sexualité. Elle est également déclenchée dans d'autres circonstances non-sexuelles telles que l'insertion de tampons hygiéniques, et pourrait renvoyer à un syndrome de douleur qui existe bien avant la première relation sexuelle (Landry & Bergeron, 2009).

Plus spécifiquement, la vestibulodynie est définie selon trois critères diagnostics établis par Friedrich (1987). Ces critères sont connus sous le nom de triade de Friedrich: (1) la présence de douleur sévère lors du contact avec le vestibule vaginal ou lors de tentative de pénétration; (2) une sensibilité à la pression localisée au niveau du vestibule vaginal; (3) et présence de degrés variés d'érythème au niveau du vestibule vaginal. Par contre, ce dernier critère n'est pas fidèle puisqu'il a été démontré que la douleur pouvait être présente sans érythème (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas, Glazer, Meana & Amsel, 2001; Masheb, Lozano, Richman, Minkin, & Kerns, 2004). La vestibulodynie peut également se présenter sous deux formes. Dans la forme primaire, la douleur survient dès la première tentative de relation sexuelle avec pénétration, tandis que dans la forme secondaire, l'apparition de la douleur est précédée d'une période de relations sexuelles non-douloureuses.

1.1.2 Modèles biopsychosociaux de la douleur

Avant l'apparition des modèles biopsychosociaux, la douleur était perçue comme un phénomène essentiellement sensoriel. On croyait que l'intensité de la douleur était directement proportionnelle à la gravité de la lésion. Le phénomène de la douleur était alors restreint à la stimulation de nocicepteurs suite à une lésion tissulaire quelconque. Le signal de douleur était ensuite transmis via la moëlle épinière jusqu'au cerveau, où la douleur était finalement perçue (Melzack & Wall, 1989). Or, plusieurs études ont montré que cette relation ne tient pas la route, et que la gravité de la lésion ne prédit pas de manière fiable l'intensité de la douleur perçue (Melzack & Wall, 1989).

Melzack et Wall (1965), avec leur théorie du portillon, ont été les premiers à proposer un modèle explicatif de la douleur qui intègre à la fois des facteurs physiologiques et psychologiques (Turk & Flor, 1999). La théorie du portillon a non seulement mené à la reconnaissance du rôle joué par les facteurs psychologiques dans la douleur, mais elle suggère également comment certains mécanismes physiologiques du système nerveux central (SNC) peuvent sous-tendre ce phénomène. Selon leur modèle, le portillon fait référence à un mécanisme au niveau de la corne dorsale de la moëlle épinière. Un système composé de deux types de fibres neuronales agirait de manière à contrôler la transmission de l'influx nerveux porteur du message de douleur. La douleur dépendrait donc de l'équilibre entre l'activité de ces deux types de fibres (Turk & Flor, 1999). Plus spécifiquement, la théorie du portillon pose l'hypothèse que les fibres caractérisées par un petit diamètre, les fibres amyélinisées, favorisent la transmission du signal douloureux vers le cerveau. Quant au deuxième type de fibre, les fibres myélinisées à diamètre large, elles auraient l'effet contraire d'inhiber la transmission du signal douloureux vers le cerveau. Une partie de ces fibres inhibitrices provient en fait du cerveau. Ces fibres descendantes forment un système de contrôle inhibiteur diffus qui exerce une inhibition tonique sur la douleur (Melzack & Katz, 2004) Ainsi, la perception de la douleur dépendrait à la fois de l'activité ascendante, mais aussi de l'activité descendante du système nerveux central.

Plusieurs études se sont intéressées à l'identification de facteurs psychologiques pouvant être impliqués dans la perception de la douleur. Les variables les mieux documentées sont l'anxiété, la peur de la douleur, l'hypervigilance, les pensées catastrophiques, de même que certaines stratégies de coping inadaptées telles que l'évitement comportemental (Asmundson & Wright, 2004; Vlaeyen & Linton, 2000). Ces facteurs psychologiques ont récemment été regroupés dans un seul modèle qui intègre plusieurs autres modèles biopsychosociaux inspirés de la théorie du portillon: le modèle intégré diathèse-stress de la douleur chronique (Asmundson & Wright, 2004).

1.1.3 Justification du choix des variables

L'attachement est une variable pertinente à étudier en lien avec la vestibulodynie puisqu'elle semble être associée autant à l'expérience de la douleur qu'à la sphère sexuelle. Déjà, en 1973, Bowlby lui-même avait identifié la douleur comme une expérience susceptible d'activer le système d'attachement (Bowlby, 1973). Pourtant, il aura fallu attendre quelques décennies avant que les scientifiques ne s'intéressent au rôle de l'attachement dans l'expérience de la douleur. La recherche actuelle montre que les styles d'attachement dysfonctionnels sont associés à l'anticipation négative et la réaction inappropriée à toutes sortes de dangers tel la douleur qui représente une menace pour l'intégrité corporelle (Mikulincer et Shaver, 2003). Pour l'instant, les recherches qui se sont intéressées à la relation entre l'attachement et la douleur se sont surtout penchées sur des aspects intrapersonnels de l'attachement, c'est-à-dire que les individus manifestant une insécurité d'attachement se représentent la douleur comme une menace exagérée. En effet, quelques études montrent l'existence d'une relation entre les styles d'attachement, les seuils de sensibilité à la douleur, et diverses variables intrapersonnelles qui prédisent habituellement l'intensité de la douleur : anxiété, peur de la douleur, hypervigilance, catastrophisation, sentiment d'efficacité personnelle face à la douleur (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003; McWilliams & Asmundson, 2007 ; Meredith, Strong & Feeney, 2006).

Au delà de la douleur, la vestibulodynie est aussi associée à des déficits au niveau du fonctionnement sexuel. Pour l'instant, la nature corrélationnelle des études ne nous permet pas de conclure que la douleur est à l'origine de ces déficits sexuels. La plupart des options thérapeutiques validées de manière empirique pour le traitement de la vestibulodynie visent la réduction de la douleur. En réduisant la douleur, nous nous attendons à observer comme conséquence une amélioration du fonctionnement sexuel. Cependant, il semble que la diminution de la douleur n'est pas toujours suivie par une amélioration du fonctionnement sexuel tel que démontré dans une étude qui compare l'efficacité de trois options thérapeutiques (Bergeron & al., 2001). Alors que la vestibulectomie (chirurgie du vestibule) s'est montrée supérieure aux autres traitements sur le plan de la réduction de la douleur, sa capacité à améliorer le fonctionnement sexuel est équivalente aux autres options thérapeutiques, ce qui nous laisse croire que la douleur à elle seule ne peut expliquer toute l'étendue des déficits sexuels. Ainsi, d'autres variables jouent probablement un rôle dans l'altération du fonctionnement sexuel chez cette population spécifique de femmes.

Tout en reconnaissant que la douleur a certainement des conséquences importantes sur la détérioration de la fonction sexuelle et que les recherches visant la réduction de la douleur ont une place importante dans le traitement de la vestibulodynie, il pourrait également être bénéfique de bonifier la recherche en explorant d'autres prédicteurs de la fonction sexuelle chez cette population de femmes. L'identification d'autres prédicteurs du fonctionnement sexuel contribuerait certainement au développement d'options thérapeutiques complémentaires aux traitements visant la réduction de la douleur dans le but d'aider plus efficacement ces femmes à développer une vie sexuelle satisfaisante.

Parmi les variables interpersonnelles les plus susceptibles d'influencer la sphère sexuelle figure la notion d'attachement. Au cours des dix dernières années, une trentaine de recherches ont été publiées démontrant des liens entre l'attachement et la sexualité. Ces études réfèrent à différents aspects de la sexualité tel que les sentiments et les pensées que les gens entretiennent à propos de la sexualité, les fantasmes sexuelles, les motivations sexuelles, les comportements de coercition, les

comportements à risque, le fonctionnement et la satisfaction sexuelle. Comme la vestibulodynie est associée de manière constante à des difficultés sexuelles, elle constitue une problématique de choix pour investiguer l'association entre l'attachement et la santé sexuelle. La capacité d'attachement pourrait bien expliquer pourquoi certains couples réussissent mieux que d'autres à adapter leur sexualité lorsque confrontés à la vestibulodynie. Ainsi, le présent essai permettra d'améliorer notre connaissance quant aux associations entre la notion d'attachement et la sexualité dans un échantillon clinique de femmes présentant une vestibulodynie. De plus, cette étude inclus la perspective du partenaire en évaluant comment les styles d'attachement des deux membres du couple vont être associés aux variables d'ajustement sexuel.

1.1.4 Éléments de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a d'abord été développée par Bowlby (1973, 1982) pour expliquer comment les donneurs de soins servaient de figure d'attachement aux enfants. Cette théorie stipule que les interactions précoces entre l'enfant et ses principales figures d'attachement vont permettre à ce dernier de construire des modèles cognitifs à propos des relations interpersonnelles. Hazan et Shaver (1987) ont étendu la théorie de l'attachement aux relations adultes en proposant que ces modèles cognitifs ont tendance à persister à l'âge adulte. Ce sont alors les partenaires amoureux qui serviraient de figures d'attachement. Selon la théorie de l'attachement, les donneurs de soins qui sont suffisamment disponibles et qui fournissent des réponses appropriées aux enfants vont permettre le développement de représentations mentales positives à propos des relations interpersonnelles, ce qui résultera en un attachement sûr. Les individus qui possèdent une organisation d'attachement sécurisé ont appris qu'ils peuvent avoir confiance que la figure de soin sera disponible et répondra de manière appropriée lorsque le besoin se fait sentir. En conséquence, ces individus sécurisés dans leur attachement manifestent des comportements de coping adaptés lorsqu'ils sont confrontés à des situations stressantes. Par exemple, ils savent chercher la proximité d'une figure significative en cas de détresse. À l'opposé, le

contact avec des figures d'attachement qui ne sont disponibles que de manière sporadique, qui sont chroniquement indisponibles, ou qui répondent de manière inappropriée aux besoins de l'enfant, vont mener à la construction de représentations mentales négatives des relations interpersonnelles. En conséquence, les individus confrontés à de telles figures d'attachement vont développer des stratégies comportementales alternatives pour s'adapter à cet environnement social difficile.

La théorie de l'attachement décrit deux stratégies différentes pour caractériser les individus avec des organisations d'attachement dites insécurisées : les stratégies d'hyperactivation et de désactivation du système d'attachement. Par exemple, un individu peut s'adapter à une figure d'attachement sporadiquement disponible en développant des comportements excessifs de recherche de proximité (stratégie d'hyperactivation). Autrement dit, l'intensité des comportements de recherche de proximité est augmentée dans le but de maximiser les chances que l'enfant obtienne une réponse de la part de sa figure d'attachement. Par contre, quand les tentatives d'obtenir des réponses d'une figure d'attachement se soldent par des échecs à répétition, un individu peut alors s'adapter en réduisant ses comportements de recherche de proximité. Cette dernière adaptation mène à des patterns d'évitement de l'intimité (stratégies de désactivation) (Cooper et al., 2006; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2006).

La tradition de la psychologie sociale utilisent une approche catégorielle de l'attachement et classifie les individus à l'intérieur de quatre type d'organisation d'attachement : sécurisé, anxieux, évitant et désorganisé (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991). La recherche montre que ces quatre typologies peuvent être décomposées en deux dimensions sous-jacentes: l'attachement anxieux et évitant (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Brennan & Shaver, 1995; Fraley & Waller, 1998). L'attachement anxieux réfère à l'anxiété à propos de l'abandon et du rejet. Les individus anxieux dans leur attachement craignent que leur figure d'attachement ne fournira pas le soutien nécessaire en cas de besoin. Ils ont tendance à utiliser des stratégies d'hyperactivation dans le but d'assurer la proximité avec les

figures significatives. Leur désir élevé pour la proximité et l'intimité peut mener à des comportements d'accrochage (clinginess behaviors). Dans leurs relations amoureuses, ils adoptent souvent une attitude d'hypervigilance quant aux indices qui pourraient indiquer l'indisponibilité de la figure d'attachement. Ils ont tendance à entretenir des inquiétudes et des doutes concernant la possibilité que leur partenaire pourrait arrêter de les aimer. Cette insécurité peut mener à de fréquentes demandes de réassurances.

L'attachement évitant réfère à l'évitement de l'intimité. Les individus manifestant des degrés élevés d'attachement évitant entretiennent l'attente que les autres ne seront pas disponibles en cas de besoin. Ils se sont adaptés à des figures indisponibles en désactivant leur système d'attachement. Contrairement aux individus anxieux, ils ne demandent pas de soutien aux autres en cas de détresse et manifestent plutôt une inhibition des comportements de recherche de proximité. Par conséquent, ces individus disposent d'un style de coping indépendant et auto-suffisant. Ils sont en général inconfortables avec l'intimité et préfère conserver une distance émotionnelle face aux figures d'attachement, ce qui résulte en un faible investissement dans les relations interpersonnelles (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007).

1.1.5 Sexualité et attachement

La recherche empirique a permis de documenter plusieurs associations entre le système d'attachement et le système sexuel, qui implique de manière inhérente des interactions sociales très intimes. L'attachement anxieux est associé à l'érotophilie, à des fantaisies sexuelles plus fréquentes, à une prévalence plus élevée d'infidélité, à des relations sexuelles plus précoces, à une fréquence plus élevées de relations sexuelles ainsi qu'à un désir sexuel augmenté suite à une rupture amoureuse (Bogart & Sadava, 2002; Birnbaum, 2007; Brassard et al., 2007; Davis, Shaver & Vernon, 2003). Ces résultats de recherche nous amènent à penser que les stratégies d'hyperactivation observées chez les individus anxieux pourraient se traduire dans la

sphère sexuelle en une motivation sexuelle exacerbée qui pourrait servir à combler des besoins d'attachement. Les recherches investiguant les motivations sexuelles appuient cette hypothèse et montrent que les individus plus anxieux dans leur attachement ont tendance à s'engager dans des relations sexuelle pour établir une proximité émotionnelle avec le partenaire, pour se rassurer quant à l'intérêt du partenaire, pour prévenir les conflits dans la relation, pour éviter l'abandon ou la désapprobation du partenaire (Davis, Shaver & Vernon, 2004; Cooper et al., 2006; Impett & Peplau, 2002; Schachner & Shaver, 2004; Tracy, Shaver, Albino & Cooper, 2003).

Par ailleurs, les individus manifestant un attachement évitant ont des relations sexuelles plus tardivement, ont tendance à éviter les relations sexuelles, expriment des fantasmes sexuelles romantique moins fréquentes à propos de leur partenaire et présentent une fréquence moins élevée de relations sexuelles (Brassard et al., 2007; Cooper, Shaver & Collins, 1998, Gentzler & Kerns, 2004; Tracy et al, 2003). Lorsqu'ils s'engagent dans une interaction sexuelle, leurs expériences sont de nature moins intime, moins émotionnelles, temporaires et dénuées d'engagement (Birnbaum, 2007; Cooper et al., 1998, 2006; Gentzler & Kerns, 2004; Schachner & Shaver, 2002; Brennan & Shaver, 1995). Leurs motivations pour s'engager dans des interactions sexuelles sont moins reliés à des aspects interpersonnels de la sexualité et leur attention est plus souvent dirigé vers la satisfaction de leurs propres besoins (Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gilliath & Orpaz, 2006; Shachner & Shaver, 2004). Ces comportements sexuels précédemment mentionnés correspondent aux stratégies de désactivation généralement observés chez les individus évitants. Ces stratégies permettent d'empêcher que ces individus expérimentent des interactions à haut niveau d'intimité qui pourraient déclencher chez eux un grand inconfort. Mais si cet évitement des aspects intimes de la sexualité aide à prévenir un certain inconfort, il se pourrait également que ces comportements empêchent ces individus d'accéder à certains aspects plaisants de la sexualité. À cet effet, la recherche montre que les individus évitants décrivent moins de plaisir sexuel, sont plus susceptible de manifester des aversions de nature cognitive et affective envers la sexualité et sont généralement moins satisfaits de leurs interactions (Birnbaum, 2007; Birnbaum et al.,

2006; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002; Tracy et al., 2003).

Bien que les résultats de recherche montrent que les formes d'attachement insécurisées pourraient avoir des implications négatives sur plusieurs aspects de la sexualité, seulement cinq études ont spécifiquement investigué les associations avec le fonctionnement sexuel (Birnbaum, 2007; Brassard et al., 2007; Cohen & Belsky, 2008; Costa & Brody, 2011; Stephenson & Meston, 2011). Birnbaum et al. (2007) ont évalué le fonctionnement sexuel dans un échantillon de 96 femmes adultes avec un inventaire validé de 13 items qui cible quatre dimensions du fonctionnement sexuel tel que l'excitation sexuelle et la réponse orgasmique. Ils ont trouvé que seul l'attachement anxieux prédisait une plus faible excitabilité sexuelle ainsi qu'une plus faible capacité orgasmique (Birnbaum, 2007). Stephenson et Meston (2011) ont également évalué le fonctionnement sexuel à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté mesurant diverses composantes du fonctionnement sexuel chez un échantillon de 200 étudiantes universitaire. Les auteurs ont seulement inclut une mesure d'attachement anxieux (pas de mesure d'attachement évitant). Leurs résultats n'ont pas montré d'association entre les scores d'attachement anxieux et les scores de fonctionnement sexuel. Cohen et Belsky (2008) ont ciblé leur investigation sur la réponse orgasmique seulement chez un échantillon de 323 femmes. Ils ont évalué la fréquence orgasmique pendant quatre différentes activités sexuelles et ont trouvé que seule la dimension évitante prédisait la réponse orgasmique. Un degré plus élevé d'attachement évitant était associé à une fréquence orgasmique diminuée (Cohen & Belsky, 2008). Plus récemment, avec un échantillon de 80 femmes universitaires, Costa et Brody (2011) ont montré que l'attachement anxieux était associé à une fréquence diminuée d'orgasme vaginal, défini comme un orgasme déclenché par la pénétration vaginale uniquement (sans stimulation clitoridienne concomitante). Par contre l'attachement anxieux était associé à une plus grande fréquence d'orgasmes déclenchés par l'utilisation d'un vibreur et une plus grande fréquence d'orgasmes anaux. Quant à l'attachement évitant, il était aussi associé à une plus grande fréquence d'orgasmes déclenchés par l'utilisation d'un vibreur (Costa & Brody, 2011). Brassard et al. (2007) ont évalué si les participants avaient fait l'expérience d'un problème sexuel

(par exemple, un problème érectile ou une difficulté de lubrification). Ils ont enquêté 273 couples hétérosexuels issus de la communauté générale et ont trouvé que les hommes évitant rapportaient plus de problèmes sexuels et que cette association tenait uniquement quand la partenaire présentait également un attachement évitant. Ces résultats indiquent que des interactions entre les styles d'attachement des partenaires d'un couple peuvent contribuer à prédire des difficultés sexuelles (Brassard et al., 2007).

Comme pour le cas du fonctionnement sexuel, un petit nombre d'études se sont intéressées à l'association entre la satisfaction sexuelle et les insécurités d'attachement (Birnbaum, 2007; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002; Stephenson & Meston, 2011). Des degrés plus élevés d'attachement anxieux et évitant ont tous les deux été associés à une plus faible satisfaction sexuelle (Birnbaum, 2007; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002; Stephenson & Meston, 2011). Davis et al. (2006) ont investigué trois types de satisfaction sexuelle et ont montré que les associations entre la notion d'attachement et la satisfaction sexuelle variaient en fonction du type de satisfaction sexuelle évaluée. Par exemple, ils ont trouvé que les individus anxieux dans leur attachement rapportaient une moins grande satisfaction émotionnelle pendant les interactions sexuelles, alors que l'attachement évitant était plutôt associé à une plus faible satisfaction physique (Davis et al., 2006).

Une limite importante de la recherche en attachement et sexualité est le manque d'inclusion des deux membres du couple dans les études. Parce que les organisations d'attachement déterminent de quelle manière nous interagissons en relation avec les personnes significatives, incluant de quelle manière nous interagissons sur le plan sexuel, il est fort probable que les orientations d'attachement n'influencent pas seulement les variables individuelles (effet acteur), mais aussi les variables de ces personnes significatives (effet partenaire). Trois études ont commencé à documenter l'influence de l'organisation d'attachement d'un individu sur les variables sexuelles de son partenaire (effets partenaires). Par exemple, Butzer (2008) a montré que les

individus qui sont en couple avec un partenaire évitant expriment une plus faible satisfaction sexuelle. Selon les résultats de Impett et Peplau (2002), l'organisation d'attachement d'un partenaire peut prédire les motivations sexuelles de l'autre partenaire. Ils ont trouvé que les individus qui sont en couple avec des partenaires anxieux dans leur attachement s'engagent plus souvent dans une relation sexuelle dans le but de faire plaisir au partenaire ou pour éviter une réaction de colère. Quant aux individus qui sont en couple avec des partenaire évitants dans leur attachement, ils auraient davantage tendance à s'engager dans des relations sexuelles dans le but de satisfaire leur propre plaisir. Finalement, Brassard et al. (2007) ont trouvé des interactions entre les organisations d'attachement des partenaires pour prédire la fréquence des relations sexuelles et des problèmes sexuels.

1.1.6 Vestibulodynie et attachement

La théorie de l'attachement postule que le système d'attachement est activé quand un individu est confronté à trois sources de détresse (Davis, Shaver & Vernon, 2003). La présente étude fait l'hypothèse que la vestibulodynie est un problème de santé susceptible d'activer le système d'attachement par le biais de ces trois sources de détresse. Tout d'abord, le système d'attachement est déclenché lorsqu'un individu est confronté à une menace personnelle, comme la faim ou un danger physique. Parce que la douleur représente une menace pour l'intégrité corporelle, la vestibulodynie pourrait déclencher le système d'attachement via cette première voie. Deuxièmement, le système d'attachement est déclenché quand un individu est confronté à une situation qui dépasse ses ressources personnelles. Ce second déclencheur s'applique également dans le cas de la vestibulodynie, une problématique qui dépasse non seulement les ressources personnelles des femmes atteintes, mais en plus celles des professionnels de la santé qui ne sont pas toujours bien informés au sujet de cette problématique. C'est pourquoi tant de femmes cumulent des expériences d'échec en tentant de trouver des solutions dans les cabinets médicaux, les laissant avec un sentiment d'impuissance envers leur condition. Gordon, Manijeh, McComb,

Melegari et Sharp (2003) ont montré que 54% des femmes interrogées ne font pas confiance à leur médecin pour gérer efficacement leur douleur.

La perception d'une menace envers la relation avec une figure d'attachement est la troisième source de détresse qui déclenche le système d'attachement (Davis et al., 2003; Mikulincer, Gilliath & Shaver, 2002). Tel que mentionné précédemment, 76,6% des femmes interrogées par Gordon et al. (2003) craignaient que la vestibulodynie ne ruine leur relation amoureuse, ce qui suggère que les femmes peuvent interpréter la vestibulodynie comme une menace envers leur relation amoureuse. Parce que les individus anxieux dans leur attachement sont hypersensibles aux indices qui pourraient signifier la perte d'un partenaire (Fraley & Shaver, 1997), leur tendance à percevoir la vestibulodynie comme une menace pour le couple pourrait être particulièrement importante. Les résultats de Birnbaum et al. (2006) offrent un appui à cette hypothèse en montrant que les individus anxieux dans leur attachement sont plus susceptibles de développer des doutes quant à la solidité de leur relation amoureuse lorsqu'ils sont confrontés à des expériences sexuelles négatives. Plus précisément, ils ont observé que ces individus ont une tendance plus marquée à adopter la croyance que la sexualité sert de « baromètre » de la relation de couple. Autrement dit, la satisfaction sexuelle est interprétée comme un indice signifiant une bonne santé conjugale, alors que les difficultés sexuelles sont interprétées comme un indice que la relation est menacée. Parce que la vestibulodynie est typiquement associée à des déficits au niveau du fonctionnement et de la satisfaction sexuelle (Desrochers et al., 2008), cela pourrait contribuer à déclencher des insécurités interpersonnelles chez les individus qui sont particulièrement sensibles aux expériences de perte interpersonnelle.

Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick et Yovell (2011) ont été les premiers à publier une étude mettant en lien la notion d'attachement et la dyspareunie. Ils ont utilisé à la fois la mesure en continu et catégorielle pour investiguer la présence d'insécurités d'attachement au sein d'un groupe de 45 femmes souffrant de dyspareunie. En ce qui concerne leur mesure en continu, ils ont trouvé des scores d'évitement plus élevés

dans le groupe dyspareunie en comparaison au groupe témoin sans douleur. En ce qui concerne les mesures catégorielles, ils ont trouvé une plus grande incidence d'insécurité d'attachement dans le groupe dyspareunie comparativement au groupe témoin sans douleur, et ont montré que des scores plus élevés d'attachement évitant prédisaient une plus grande intensité de douleur. Sur la base de ces constatations, Granot et al. (2011) ont suggéré que la dyspareunie pourrait possiblement être une conséquence d'attitudes contradictoires face aux relations intimes, comme le désir d'intimité et de proximité contrasté à une peur de l'abandon.

1.1.7 Proposition d'une variable médiatrice : l'affirmation de soi

Plusieurs raisons nous amènent à croire que les comportements d'affirmation de soi pourraient nous aider à comprendre les associations entre l'attachement et la sexualité. Le concept d'affirmation sexuelle inclus deux composantes. La première composante est la capacité à affirmer ses préférences sexuelles, habileté qui semble compromise chez les individus anxieux dans leur attachement qui manifestent une tendance à déferer leurs besoins sexuels en faveur de ceux du partenaire (Davis et al., 2006). Quand la peur de perdre le partenaire active le système d'attachement, les individus anxieux dans leur attachement ont tendance à manifester des comportements visant à atténuer leur crainte. Face à une menace de perte interpersonnelle, ils adoptent des comportements qui favorisent le maintien de la relation, comme une recherche de proximité qui peut aller jusqu'à des comportements d'accrochage excessifs (Bowlby, 1969, 1982; Cooper et al., 2006; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2006). Birnbaum, Weisberg et Simpson (2010) ont démontré que la perception d'une menace à la relation amoureuse déclenchait un désir de satisfaire les besoins sexuels du partenaire chez les femmes plus anxieuses dans leur attachement, suggérant que leur sexualité pourrait être davantage orientée vers la satisfaction des besoins du partenaire.

Birnbaum et al. (2010) a constaté que les individus anxieux dans leur attachement avaient tendance à utiliser la sexualité pour combler leurs besoins d'attachement. Ils

sont particulièrement enclins à utiliser les relations sexuelles pour réparer une relation perçue comme étant menacée (Birnbaum et al., 2010). Accepter de continuer à pratiquer la pénétration vaginale malgré la douleur pourrait bien tenir lieu de stratégie visant à maintenir la relation de couple. En acceptant les pénétrations douloureuses, la femme favoriserait la satisfaction sexuelle de son partenaire et rassurerait du même coup sa crainte que la vestibulodynie puisse conduire à la perte de son partenaire.

L'étude réalisée par Gordon et al. (2003) appuie l'hypothèse selon laquelle les femmes atteintes de vestibulodynie sont particulièrement enclines à accepter de s'engager dans des activités de pénétrations vaginales douloureuses, nous laissant croire que ces femmes pourraient avoir des difficultés à affirmer leurs limites dans le contexte de la sexualité. Leurs résultats indiquent que seulement 22% des femmes interrogées avaient mis fin à des relations sexuelles à cause de la douleur. L'étude qualitative de Ayling & Ussher (2008) montre que certaines femmes sont prêtes à tolérer des symptômes assez sévères tels que des saignements abondants, des attaques de panique, l'impression de se faire violer, et plusieurs jours de sensation de brûlure suivant la pénétration. Hallam-Jones, Wylie, Osborne-Cribb, Harrington et Walters (2001) soulignent également cette tendance des femmes présentant une vestibulodynie de continuer à pratiquer la pénétration vaginale, malgré la douleur et la satisfaction limitée qu'elles tirent de ces expériences. Ces auteurs notent que peu de femmes mettent l'accent sur la pratique d'activités sexuelles alternatives qui ne seraient pas douloureuses (Hallam-Jones et al., 2001), ce qui suggère que leur sexualité pourrait être davantage orientée vers la satisfaction des besoins du partenaire. Lorsqu'on les interroge sur les raisons pour lesquelles elles choisissent de s'engager dans des relations sexuelles douloureuses, l'obligation de plaire au partenaire est l'explication la plus fréquente, avec 27,3% des répondants qui affirment se reconnaître dans cet item (Gordon et al. 2003).

L'anxiété d'attachement apparaît comme une variable potentiellement intéressante pour expliquer la tendance de certaines femmes à consentir à des activités sexuelles non désirées, un concept très proche de l'affirmation de soi. La deuxième composante

de l'affirmation sexuelle de soi réside dans la capacité à affirmer ses limites sexuelles, qui inclut la capacité de refuser de s'engager dans des pratiques sexuelles non-désirées. L'affirmation sexuelle est considérée comme une habileté essentielle pour le développement d'une sexualité saine et agit à titre de protection contre les comportements sexuels à risque comme les relations sexuelles non-protégées menant à des grossesses non-désirées ou des maladies transmises sexuellement (Morokoff et al., 1998). Deux études ont montré que les individus anxieux dans leur attachement étaient plus susceptibles de consentir à des relations sexuelles non désirées, ou autrement dit à faire preuve d'acquiescement sexuel (Impett & Peplau, 2002; Gentzler & Kerns, 2004). Une troisième étude réalisée par Davis et al. (2006) constate que les individus présentant une anxiété d'attachement ont davantage tendance à adopter une attitude de déférence sexuelle, c'est-à-dire à se conformer aux désirs sexuels de son partenaire.

Les raisons évoquées par les femmes pour expliquer ces comportements portent à croire que l'acquiescement sexuel pourrait avoir une fonction de maintien de la relation amoureuse. La recherche sur les motivations sexuelles appuie cette hypothèse en montrant que les individus anxieux dans leur attachement sont plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles dans le but d'établir une proximité affective avec le partenaire, se rassurer quant à l'intérêt de leur partenaire, prévenir les conflits dans la relation, répondre aux besoins sexuels du partenaire, éviter l'abandon, la colère ou la désapprobation du partenaire (Davis et al., 2004; Schachner & Shaver, 2004; Tracy et al., 2003; Cooper et al., 2006; Impett & Peplau, 2002; Lewin, 1985; O'Sullivan & Allgeier, 1998; Shotland & Hunter, 1995).

Ces dynamiques rendent les individus anxieux dans leur attachement plus à risque de consentir à des activités sexuelles non-désirées qui pourraient en retour avoir des effets néfastes sur leur fonctionnement sexuel et satisfaction sexuelle (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Ainsi, nous croyons que la variable d'affirmation sexuelle pourrait jouer un rôle de médiateur dans la relation entre l'attachement et l'adaptation sexuelle des femmes présentant une vestibulodynie. Des études ont montré que l'affirmation sexuelle est associée à de meilleures fonction et

satisfaction sexuelles (Hulbert, 1991). Dans le contexte de la douleur vulvo-vaginale, la capacité d'affirmation de ses limites sexuelles et de communiquer ses préférences sexuelles pourrait être un facteur déterminant dans l'expérience de la douleur et l'adaptation sexuelle des couples qui sont confrontés à la vestibulodynie. Si les comportements d'acquiescement sexuel ont le potentiel de permettre à la femme de réguler sa peur d'être abandonnée par le partenaire, ces comportements risquent cependant d'avoir un impact négatif sur la douleur et le fonctionnement sexuel sur une perspective à long terme. Les difficultés d'affirmation sexuelle pourraient amener ces femmes à accumuler des expériences de douleur répétées, comportement potentiellement dommageable, car il est maintenant reconnu que la douleur aiguë peut passer vers un stade chronique lorsque les nocicepteurs sont stimulés de manière soutenue ou répétée (Harper, 2007). De plus, chaque fois qu'une femme choisit d'accepter de s'engager dans une relation sexuelle douloureuse, elle choisit aussi d'associer le contexte sexuel avec un stimulus aversif, ce qui pourrait également contribuer à inhiber le désir et l'excitation sexuelle.

Contrairement aux individus anxieux dans leur attachement, les individus évitants manifestent plutôt une inhibition des comportements de recherche de proximité résultant en un style de personnalité indépendant et auto-suffisant. Ces derniers sont généralement mal à l'aise avec l'intimité et préfèrent garder une distance émotionnelle en relation avec les figures d'attachement, conduisant à des relations interpersonnelles à faible investissement (Brennan et al., 1998; Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2006;). Leurs motivations pour s'engager dans des interactions sexuelles ne sont pas liées à des aspects interpersonnels de la sexualité et leur attention est plus orientée vers la satisfaction de leurs besoins sexuels, contrairement aux anxieux qui sont orientés vers les besoins de l'autre (Birnbaum et al., 2006; Schachner & Shaver, 2004). Ils sont aussi moins susceptibles de désirer leur partenaire lorsque la relation amoureuse est menacée, ce qui suggère qu'ils pourraient être moins enclins à manifester des comportements d'acquiescement sexuel tel qu'observé chez les individus anxieux dans leur attachement (Birnbaum et al., 2010). Pourtant, la recherche montre que l'attachement évitant est également associé à une tendance à se conformer à des

relations sexuelles non désirées, quoique les motivations sous-jacentes aux comportements semblent différentes (Impett & Peplau, 2002; Genzler & Kerns, 2004). Comme pour les individus anxieux, les études tendent à démontrer que les individus évitants décrivent moins de plaisir lié à la sexualité, sont plus susceptibles de manifester des aversions sexuelles, que ce soit sous forme cognitive ou affective, et sont généralement moins satisfaits de leurs interactions sexuelles (Birnbaum, 2007; Birnbaum et al., 2006; Brassard, Peloquin, Dupuy, Wright & Shaver, 2012; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002; Tracy et al., 2003).

1.1.8 Objectifs et hypothèses

Parce que la vestibulodynie est un problème qui implique les deux membres du couple et que chacun manifeste ses propres réponses pour s'adapter à cette situation, la présente étude adopte une approche dyadique. Les réponses de chaque partenaire peuvent interagir et créer des dynamiques relationnelles qui seraient impossibles à identifier en évaluant la perspective d'un seul des membres du couple. Les styles d'attachement des deux partenaires sont susceptibles de contribuer à l'adaptation sexuelle du couple. Jusqu'à maintenant, très peu d'études ont investigué les associations entre l'attachement et la sexualité en incluant la perspectives des deux membres du couple, ce qui est considéré comme une limite importante selon Mikulincer et Shaver (2007), qui recommandent que des études dyadiques soient conduites afin que soient mieux reflétées les dynamiques relationnelles entre les partenaires. Des efforts récents pour élaborer un cadre théorique sur le lien attachement et sexualité ont également critiqué le fait que la recherche se soit limitée à étudier ces associations de manière très descriptive, soit avec des études corrélationnelles (Dewitte, 2012). Maintenant que nous avons identifié plusieurs associations entre les dimensions de l'attachement et des variables liées à la sexualité, Dewitte (2012) souligne le besoin d'aller préciser les mécanismes qui pourraient expliquer ces associations, en allant cibler des variables médiatrices. De plus, peu d'études ont investigué ces associations dans des échantillons d'individus qui

présentent des difficultés sexuelles. Cette étude vise donc à combler les lacunes de la recherche actuelle en adoptant une approche dyadique, en proposant un médiateur pour expliquer le lien attachement-sexualité, et en ciblant une population clinique de couples où la femme présente une vestibulodynie.

Spécifiquement, la présente étude vise à examiner les associations entre les dimensions de l'attachement, la douleur, ainsi que deux variables d'adaptation sexuelle (fonctionnement sexuel et satisfaction sexuelle) dans un échantillon de couples dont la femme présente une vestibulodynie provoquée. Un deuxième objectif de l'étude est d'aller vérifier si l'affirmation sexuelle est une variable médiatrice qui pourrait expliquer les relations entre les dimensions de l'attachement et les variables d'adaptation sexuelle. Nous avons utilisé le «Actor-Partner Interdependence Model» (Kenny, Kashy, & Cook, 2006) pour plusieurs raisons. Il a l'avantage de positionner le couple en tant qu'unité d'analyse. Il permet d'évaluer à la fois les effets acteurs et les effets partenaires. Finalement, il permet de contrôler pour la non-indépendance des données de couple.

Une première hypothèse postule que des degrés plus élevés d'attachement anxieux et évitant seront associés à des douleurs plus intenses chez la femme. Ensuite, une seconde hypothèse postule que des degrés plus élevés d'attachement anxieux et évitant seront associés à des niveaux plus faibles de fonction et satisfaction sexuelles. Ces associations seront explorées pour les deux membres du couple en contrôlant pour la nature interdépendante des données dyadiques (effets acteurs). La troisième hypothèse concerne l'investigation des effets partenaires. Nous faisons l'hypothèse que des degrés plus élevés d'attachement anxieux et évitant chez un partenaire seront associés à des scores plus faibles d'adaptation sexuelle chez l'autre partenaire (effets partenaires). La quatrième hypothèse porte sur la médiation. Nous postulons que les craintes typiques qui caractérisent l'attachement anxieux et évitant pourraient être associées à des difficultés d'affirmation de soi, qui pourraient à leur tour avoir un impact négatif sur la sphère sexuelle. Autrement dit, nous allons examiner la possibilité que l'affirmation de soi agisse à titre de variable médiatrice

dans la relation entre les insécurités d'attachement et l'adaptation sexuelle chez les couples dont la femme présente une vestibulodynie.

CHAPITRE II PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

L'article présenté dans le chapitre suivant intitulé « Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners : A mediation model » est actuellement sous presse au périodique *Archives of Sexual Behavior*.

TITLE

Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model

ABSTRACT

Provoked vestibulodynia (PVD) is a prevalent women's sexual pain disorder, which is associated with sexual function difficulties. Attachment theory has been used to understand adult sexual outcomes, providing a useful framework for examining sexual adaptation in couples confronted with PVD. Research to date indicates that anxious and avoidant attachment dimensions correlate with worse sexual outcomes in community and clinical samples. The present study examined the association between attachment, pain, sexual function and sexual satisfaction in a sample of 101 couples in which the women presented with PVD. The Actor-Partner Interdependence Model was used in order to investigate both actor and partner effects. This study also examined the role of sexual assertiveness as a mediator of these associations via structural equation modeling. Women completed measures of pain intensity and both members of the couple completed measures of romantic attachment, sexual assertiveness, sexual function and satisfaction. Results indicated that attachment dimensions did not predict pain intensity. Both anxious and avoidant attachment were associated with lower sexual satisfaction. Only attachment avoidance predicted lower sexual function in women. Partner effects indicated that higher sexual assertiveness in women predicted higher sexual satisfaction in men. Finally, women's sexual assertiveness was found to be a significant mediator of the relationship between their attachment dimensions, sexual function and satisfaction. Findings highlight the importance of examining how anxious and avoidant attachment may lead to difficulties in sexual assertiveness and to less satisfying sexual interactions in couples where women suffer from PVD.

KEY WORDS

Provoked Vestibulodynia; Attachment; Sexual Assertiveness; Sexual Function; Sexual Satisfaction

INTRODUCTION

Provoked vestibulodynia (PVD), a subset of vulvodynia, is a frequent cause of dyspareunia, or pain during intercourse (Meana & Binik, 1994). Defined as pain located at the vulvar vestibule, PVD affects 12 % of women in the general population (Harlow, Wise, & Stewart, 2001). Beyond the experience of pain, PVD is associated with sexual functioning impairments such as low sexual desire, diminished sexual arousal, impaired orgasmic capacity and reduced sexual satisfaction (Desrochers, Bergeron, Landry, & Jodoin, 2008). According to a recent etiological model (Zolnoun et al., 2006), PVD could result from the convergence of a variety of pathophysiological mechanisms including the modulation of pain by psychosocial variables. A growing body of research suggests that interpersonal variables such as couple functioning and partner responses are associated with pain intensity and pain behaviors (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). To date, only a handful of studies have explored these associations among women with vulvo-vaginal pain. Despite the fact that PVD is not necessarily associated with general relationship maladjustment (Smith & Pukall, 2011), two cross-sectional studies have shown that specific partner responses toward pain, such as increased solicitousness and negative responses, can predict higher pain intensity and modulate sexual satisfaction (Desrosiers et al., 2008; Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010).

One important interpersonal aspect of PVD is the negotiation of sexual intercourse with the partner. Qualitative research suggests that many women are torn between their desire to meet their partner's sexual needs and their desire to avoid the emotional and physical suffering of enduring painful intercourse (Ayling & Ussher, 2008). Despite the pain and limited satisfaction they derive from intercourse, studies indicate that the majority of women with vulvar pain choose to continue engaging in vaginal penetration (Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari,

& Sharp, 2003; Hallam-Jones, Wylie, Osborne-Cribb, Harrington, & Walters, 2001).

Unfortunately, engaging in unwanted painful sexual intercourse on a regular basis may promote the development of chronic pain in women with PVD, since it is now recognized that repetitive pain experiences contribute to the sensitization of nociceptors (Gebhart, 2007; Harper & Schug, 2007; Mense & Schaible, 2007).

Attachment theory can provide a useful framework for understanding why women consent to painful sexual experiences. Attachment patterns are constructed within early experiences with primary caregivers, who then become attachment figures (Mikulincer & Goodman, 2006). Hazan and Shaver (1987) have extended attachment theory to the context of romantic love and recent studies suggest that attachment patterns are closely linked to adult sexual cognitions, emotions and behaviors (Cooper et al., 2006; Dewitte, 2012). Adult attachment styles are conceptualized as regions in a continuous two-dimensional space resulting in four styles of attachment (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Attachment anxiety and attachment avoidance are the two main dimensions of insecure attachment. Based on these two dimensions, four attachment styles can be derived: (1) secure attachment, which is a combination of low anxiety and low avoidance, (2) fearful attachment, which is a combination of high anxiety and high avoidance, (3) preoccupied attachment (high anxiety and low avoidance), and (4) dismissing attachment (high avoidance and low anxiety). The present research focuses on anxious and avoidant attachment dimensions (anxiety about rejection and avoidance of intimacy) and their link with pain and sexual outcomes in a sample of women with PVD. It also investigates the potential role of sexual assertiveness in the mediation of these associations.

Anxiously attached individuals are hypersensitive to cues that could signify the loss of the partner (Fraley & Shaver, 1997). Attachment theory makes the assumption that the

attachment system will be triggered when an individual perceives a threat to a relationship with an attachment figure (Davis, Shaver, & Vernon, 2003; Mikulincer, Gillath, & Shaver, 2002). Negative sexual experiences are particularly likely to be interpreted as a relationship threat by anxiously attached individuals. Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath and Orpaz (2006) observed that anxiously attached individuals have a marked tendency to adopt the belief that sexuality serves as a barometer of the romantic relationship. Therefore, they are more susceptible to develop doubts about their relationship when confronted with negative sexual experiences. Because PVD is associated with deficits regarding sexual functioning and satisfaction, it could contribute to trigger interpersonal insecurities among individuals who are particularly sensitive to experiences of interpersonal loss. Interestingly, a web-based survey conducted among 428 women with vulvar pain found that 76.6 % of participants feared that their pain might ruin their relationship, which suggests that PVD might be a trigger for attachment insecurities (Gordon et al., 2003).

When fear of losing the partner activates the attachment system, anxiously attached individuals tend to manifest certain behaviors in order to attenuate their fear. In the face of relationship threat, they adopt behaviors that promote relationship maintenance such as excessive proximity seeking or clinging (Cooper et al., 2006; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2006). Birnbaum, Weisberg and Simpson (2010) have found that anxiously attached individuals rely heavily on sex to meet their attachment needs. In the face of relationship threat, they are particularly prone to use sex to repair the threatened relationship (Birnbaum et al., 2010). Agreeing to continue practicing vaginal penetration despite pain and not being assertive about their sexual preferences could well serve as strategies aimed at maintaining the romantic relationship in women with PVD. By accepting painful penetration, the woman would promote

the sexual satisfaction of her partner and at the same time reassure her own fear that pain could lead to the eventual loss of her partner. However, in a long-term perspective, these non-assertive behaviors may have detrimental effects on pain, sexual functioning and satisfaction.

Correlational studies already show that attachment anxiety is associated with poorer sexual experiences (Birnbaum, 2007; Brassard, Peloquin, Dupuy, Wright, & Shaver, 2012; Butzer & Campbell, 2008; Costa & Brody, 2011; Davis et al., 2006; Gentzler & Kerns, 2004) and greater sex-related worries (Birnbaum et al., 2006; Davis et al., 2006). Two studies using a dyadic approach have shown interesting partner effects indicating that an individual's attachment can predict their partner's sexual outcome (Brassard et al., 2012; Butzer & Campbell, 2008). More specifically, Brassard et al. (2012) found that men's attachment anxiety was associated with higher sexual dissatisfaction in women.

In contrast to anxiously attached individuals, avoidant individuals manifest inhibited proximity seeking behaviors, resulting in an independent and self-reliant style of coping. They generally feel uncomfortable with intimacy and prefer to keep emotional distance from attachment figures, leading to low investment in interpersonal relationships (Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2006). Their motivations for engaging in sexual interactions are less related to interpersonal aspects of sexuality (Schachner & Shaver, 2004). Research has begun to show that avoidant attachment is also associated with a tendency to be less assertive sexually and to comply with unwanted sex, although motivation underlying this behavior would be different (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Evidence shows that individuals higher in avoidant attachment report less sex-related pleasure (Birnbaum et al., 2006; Tracy, Shaver, Albino, & Cooper, 2003), are more likely to manifest aversive sexual affects and cognitions (Birnbaum, 2007; Birnbaum et al., 2006), and are generally less satisfied

with their sexual interactions (Brassard et al., 2012; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002). Further, two dyadic studies indicated that partners of individuals with higher attachment avoidance report lower sexual satisfaction (Brassard et al., 2012; Butzer & Campbell, 2008).

Because PVD is a sexual problem that impacts both members of the couple and that each manifests his or her own responses to adapt to this challenging condition, we adopted a dyadic approach. The responses of each partner can interact and create relationship dynamics that cannot be captured when assessing only the perspective of one member of the couple. Attachment styles of both partners are likely to contribute to the couple's sexual adaptation. Until now, very few studies investigating the sex-attachment link have included both partners' perspectives, which is considered to be an important limitation according to Mikulincer and Shaver (2007), who recommend conducting dyadic studies to better reflect the interactional dynamic between partners' attachment insecurities. Recent efforts to elaborate a theoretical perspective on the sex-attachment link have also criticized the fact that research has been limited to studying this association in a descriptive manner (Dewitte, 2012). Pathways that mediate the sex-attachment link need to be identified. Moreover, few studies have investigated this association in samples comprising individuals who present with actual sexual difficulties. This research aims to fill these gaps by adopting a dyadic approach and proposing a new mediator that could potentially explain how attachment might be associated with sexual outcomes in a sample of women with PVD and their partners, namely sexual assertiveness.

It is plausible that sexual assertiveness could mediate the relationship between attachment insecurities and sexual impairments. The concept of sexual assertiveness refers to the ability to communicate openly about sexual matters including the initiation of sexual activity, refusal of

unwanted sexual activities, communication of sexual preferences and negotiation of desirable sexual behavior such as contraceptive use and safer-sex behavior (Morokoff et al., 1997; Pierce & Hurlbert, 1999). The ability to assert one's sexual preferences seems to be impaired in women with attachment anxiety, who may be more likely to respond to their partners' sexual needs rather than to their own (Davis et al., 2006). The assertion of one's sexual limits, which refers to the capacity to refuse to engage in unwanted sexual practices, also seems to be impaired in women with attachment anxiety as seen in sexual compliance studies (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Sexual assertiveness is considered an essential skill for the healthy development of sexuality, protecting individuals from risky sexual behavior (Morokoff et al., 1997). It is also associated with better sexual functioning and satisfaction (Hurlbert, 1991). In the context of vulvo-vaginal pain, the ability to assert one's sexual limits and to communicate sexual preferences might be an important factor in determining the experience of pain and the sexual adaptation of couples who are confronted with this challenging condition.

The present study examined the associations between attachment dimensions, sexual assertiveness, pain as well as sexual function and satisfaction in a sample of couples in which the woman suffers from PVD. We used the Actor-Partner Interdependence Model (Kenny, Kashy, & Cook, 2006) because it has the advantage of positioning the couple as the unit of analysis, enables the assessment of actor and partner effects, and controls for the non-independence of the dyadic data. More specifically, we hypothesized that higher degrees of anxious and avoidant attachment would be associated with higher levels of women's pain and lower levels of sexual functioning and satisfaction in both members of the couple (actor effects). We also predicted that higher degrees of anxious and avoidant attachment in one partner would be associated with worse sexual outcomes in the other partner (partner effects). We further hypothesized that the

typical fears that characterize attachment anxiety and avoidance could bring women with PVD to exhibit difficulties regarding sexual assertiveness, which in turn would be related to their pain and sexuality outcomes. Thus, we examined whether sexual assertiveness mediated the relationship between attachment dimensions, pain, sexual functioning and sexual satisfaction in women with PVD.

METHOD

Participants

Women were recruited from July 2006 through July 2009 via different means such as gynecologists' referrals, local media advertisements (newspapers, magazines targeting adult female readers, and references from other research teams studying a similar population). Women recruited in gynecological clinics met with a research assistant who explained what study participation entailed. Women who were recruited via advertisements contacted a research assistant by telephone. A research assistant conducted a structured interview in order to screen women for eligibility. The screening interview aimed to ensure that the women's symptoms corresponded to PVD. Women who met the inclusion criteria were then asked to solicit the participation of their sexual partner. Partners who agreed to participate were included in the study as male participants. All couples were heterosexual. The sample of couples included 41 % recruited at visits to physicians, 7 % recruited at visits to other health professionals (e.g., psychologist, physiotherapist), 44 % recruited through advertisements, 7 % recruited via participation in another PVD study, and 1 % unknown. The gynecologist confirmed the diagnosis of PVD with the cotton- swab test when women were recruited in medical clinics. Paired t-tests revealed that women whose diagnosis was confirmed with a gynecological exam were not significantly different from the rest of the sample in terms of pain intensity ($t = -.619, p = .946$),

sexual functioning ($t = .639, p = .172$), sexual satisfaction ($t = -.657, p = .584$) and sexual assertiveness ($t = .267, p = .755$). A total of 143 couples were recruited and 126 of them returned both questionnaires, a response rate of 88 %. Ten couples were eliminated because of missing data, and 15 couples were eliminated because they had not been sexually active in the last four weeks, for a final sample size of 101 couples.

The study sample consisted of 101 heterosexual couples engaged in a committed relationship for at least six months, in which the woman presented with PVD. Women's inclusion criteria were the following: (a) 18 years of age or older, (b) pain of a minimal duration of six months and occurring during at least 75 % of vaginal penetration attempts, (c) presence of pain located in the vulvo-vaginal area (i.e. entrance of the vagina), (d) pain intensity of at least 4 on a scale of 0–10. Women who had continuous (or unprovoked pain) were excluded, as well as women whose pain was not located in the vulvo-vaginal region (e.g. deep dyspareunia). Finally, women who were pregnant, who presented an active vaginal infection, vaginismus, or a major medical and/or psychiatric illness were also excluded. There was no inclusion criterion for the partner and the only exclusion criterion was age less than 18 years. Non-sexually active couples were excluded.

Measures

Pain Intensity

Pain intensity during intercourse was measured using a horizontal analog scale ranging from 0 to 10. Women were invited to circle on paper the number that best corresponded to the average pain intensity they felt during the last 6 months. The validity of this type of scale is well documented (Jensen & Karoly, 2001). It correlates positively and significantly with other pain intensity measures (Jensen & Karoly, 2001). Only women answered the pain intensity scale.

Romantic Attachment

The two dimensions of romantic attachment were measured using the Experiences in Close Relationships Scale-Revised (ECR-R) (Fraley, Waller, & Brennan, 2000). This 36-item scale consists of two 18-item subscales assessing anxiety about rejection and avoidance of intimacy. Both members of the couple indicated to which extent they agreed with each item according to a 7-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). One score for each dimension was computed by averaging items of each subscale, higher scores indicating higher attachment anxiety and avoidance. Fraley et al. (2000) have provided evidence for the reliability and validity of the ECR-R. In the current sample, Cronbach's alphas were .90 and .83 for the anxiety subscale, and .86 and .81 for the avoidant subscale, for women and men respectively.

Sexual Assertiveness

We assessed our participants' ability to assert themselves in sexual situations using the 25-item Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (Hurlbert, 1991). Participants were asked to rate how strongly they agree to each statement with a 5-point Likert scale ranging from 1 (none of the time) to 5 (all of the time). The summation of each item provides a global score of sexual assertiveness ranging from 0 to 100, higher scores representing a better capacity to be assertive with sexual partners. Reliability and validity have been well demonstrated (Apt & Hurlbert, 1992; Hurlbert, 1991; Pierce & Hurlbert, 1999). In the current sample, Cronbach's alphas were .91 and .89 respectively for women and men.

Women's Sexual Functioning

Women's sexual functioning was assessed using the Female Sexual Function Index (Rosen et al., 2000). Its 19 items were designed to assess six domains of sexual function: sexual

desire, subjective arousal, lubrication, orgasm, sexual satisfaction, as well as pain. Higher scores indicate healthier sexual functioning. Several studies have demonstrated the excellent reliability and validity of this self-report measure (Meston, 2003; Rosen et al., 2000; ter Kuile, Brauer, & Laan, 2006; Wiegel, Meston, & Rosen, 2005). In addition, the FSFI's psychometric properties have been specifically validated in a sample of women with vulvodynia, a broader category of genital pain encompassing provoked vestibulodynia (Masheb, Lozano-Blanco, Kohorn, Minkin, & Kerns, 2004). In this sample, Cronbach's alpha was .85.

Partner's Sexual Functioning

The men's version of the Sexual History Form was used to investigate partners' sexual functioning (Nowinski & LoPiccolo, 1979). This self-report measure consists of 28 multiple choice questions referring to various areas of sexual function such as frequency of sexual activity, sexual desire, arousal, orgasm, pain and sexual satisfaction. A global summary score can be calculated by averaging 12 selected items reflecting overall level of sexual functioning. This global score varies between 0 and 1, with higher scores representing greater dysfunction. Research has shown that the SHF global score possessed good temporal stability in addition to adequate internal consistency coefficients (Creti et al., 1998). Regarding discriminant validity, the SHF can distinguish between sexually dysfunctional and healthy men (Creti et al., 1998). Some items refer to the attainment of orgasm through vaginal penetration. Considering that a significant proportion of women with PVD are unable to practice vaginal penetration, the scale needed to be adapted to the current population. Therefore, two items were deleted to improve the internal consistency of the scale. The Cronbach alpha in this sample was .68.

Sexual Satisfaction

The Global measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) developed by Lawrance and Byers (1995, 1998) was used to assess satisfaction with the sexual relationship. Both members of the couple were asked to describe their sexual relationship based on the following bipolar adjectives scale: good-bad, pleasant-unpleasant, positive-negative, satisfying-unsatisfying, valuable-worthless. Ratings were given according to a 7-point Likert scale for each pairs of adjectives ranging from 7 (good, pleasant, positive, etc.) to 1 (bad, unpleasant, negative, etc.). Higher scores indicate greater satisfaction, with possible scores ranging between 5 and 35. The GMSEX has been shown to have good test-retest reliability, high internal consistency, as well as adequate convergent validity (Byers & MacNeil, 2006; Lawrance & Byers, 1995, 1998). In the present study, Cronbach's alphas were respectively .89 and .88 for women and men.

Procedure

Women recruited in gynecology clinics who were eligible and consented to participate in the study were given two different envelopes, one for them and one for the partner. Couples who were recruited by advertisements and contacted by phone were sent the same packages by mail. Each package contained consent forms, the previously described questionnaires, as well as basic sociodemographic questions. Couples were asked to answer questionnaires separately and to refrain from consulting each other's answers. Follow-up phone calls were made every two weeks to facilitate a higher return rate of questionnaires, up to a maximum of six calls. Once couples had returned both questionnaires, they were offered compensation for their participation, which consisted of a 30-minute telephone consultation with a clinical sexologist on our research team. Couples who were unavailable for the telephone consultation received written documents containing equivalent information. This study was approved by the Institutional review boards of the university and university hospital where the research took place.

Data Analyses

Because of the dyadic nature of our sample, which implies non-independence of the data, The Actor-Partner Interdependence Model (Kenny et al., 2006) was used to examine associations between attachment dimensions, pain, and two different sexual outcomes: sexual satisfaction and sexual functioning. Choosing APIM instead of usual regression strategies prevented us from making type I or type II errors, which is a risk when performing traditional regressions with non-independent data. SPSS was used to conduct APIM analyses. Attachment anxiety and avoidance figured as independent variables. Each dimension of attachment was used to predict two sexual outcomes: sexual satisfaction and sexual function. First, actor and partners' effects were examined. Actor effects are the association between the individual's independent variable and his or her own outcomes, while partner effects are the associations between an individual's independent variable and his or her partner's outcomes.

Because we used two different questionnaires to measure sexual functioning in men and women, a transformation was applied to men's scores to make them comparable to women's scores (see Adjusted score of sexual functioning in Table 1). We created a dyad-structure data set from an individual-structure data set by merging records. Then, data were standardized and gender was recoded: women (-1) and men (1). Attachment variables from both partners of the dyad were correlated as well as error terms of outcomes. Separate analyses were performed for anxiety and avoidance dimensions. Second, mediation analyses using the AMOS structural equation modeling program were performed to investigate whether sexual assertiveness could mediate the relationship between attachment dimensions and sexual outcomes. The AMOS structure equation modeling is also based on APIM and takes into account the non-independence of the data.

RESULTS

Descriptive Statistics

Women's mean pain intensity during intercourse was 7.3 on a 0 to 10 scale. The majority of couples were cohabitating (84.5 %) and 31.0 % reported being married. Mean age was similar for men and women with a mean of 35 years for women and 37 for men. Years of education were also similar with a mean of 16 years for both partners, which corresponds to a bachelor degree. The couple median annual income fell within the category ranging from 60,000 and 70,000\$CDN. Participants were mostly Canadians. Means and standard deviations for attachment dimensions and outcome variables are shown in Table 1. Men and women's attachment scores did not differ significantly according to a paired *t* test. Each variable was examined for normality of distribution. The following variables required corrective transformations to restore skewness: pain intensity, attachment for women and men, sexual functioning for women and men, and sexual satisfaction for men. Kurtosis was normal for all variables.

Zero-order Correlations

Correlations between attachment dimensions, sexual function, sexual satisfaction and sexual assertiveness can be found in Table 2. Zero-order correlations between attachment variables showed that women's attachment anxiety and avoidance dimensions were positively related, indicating that women who tend to be anxiously attached also tend to report higher attachment avoidance. Men's scores displayed the same pattern: men's attachment anxiety scores were positively related to men's attachment avoidance. Women's attachment anxiety was not related to partners' attachment dimensions, however their avoidance scores were positively related to both of the partners' attachment dimensions. Higher attachment avoidance in women

was associated with higher attachment anxiety in men. Higher attachment avoidance in women was also associated with higher attachment avoidance in mal participants. This result highlights the non-independence of our data therefore justifying the necessity of choosing a statistical procedure that controls for this phenomenon. Zero order correlations were computed between pain intensity scores and both dimensions of attachment. Results indicated that neither attachment anxiety or attachment avoidance scores were correlated with pain intensity. Therefore, no further analyses involving pain were conducted. Zero-order correlations were also computed between socio-demographic variables and main outcomes. Correlations were all below .30 and therefore no covariate needed to be included in the main analyses.

Attachment in Relation to Sexual Outcomes

With regard to sexual satisfaction, actor effects were observed for both dimensions of attachment. An actor effect was detected for the anxiety dimension in women only. Higher attachment anxiety scores were associated with lower levels of sexual satisfaction in women ($\beta = -.23, p = .01$). No actor effect was observed for men with regard to attachment anxiety ($\beta = -.07, p = .55$). An actor effect was found between attachment avoidance and sexual satisfaction for women ($\beta = -.20, p = .04$) and men ($\beta = -.24, p = .02$). Specifically, higher avoidance scores were associated with lower sexual satisfaction in men and women. With regard to sexual functioning, only an actor effect was found for the avoidant dimension in women ($\beta = -.20, p = .02$). Higher avoidant scores were associated with lower levels of sexual functioning in women.

As for sexual assertiveness, APIM analyses revealed actor effects for both dimensions of attachment, meaning that individual levels of attachment anxiety and avoidance were associated with individual levels of sexual assertiveness. Higher attachment anxiety in men ($\beta = -.26, p = .01$) and women ($\beta = -.22, p = .02$) was associated with their own lower levels of sexual

assertiveness. The same pattern was observed regarding the avoidance dimension of attachment for men ($\beta = -.36, p = .01$) and women ($\beta = -.36, p = .01$). Actor effects showed that higher individual levels of attachment avoidance were associated with lower individual levels of sexual assertiveness, in both men and women.

Mediation of Sexual Outcomes by Sexual Assertiveness

As a preliminary condition to perform mediation analysis, we also investigated whether sexual assertiveness would be a significant predictor of sexual outcomes. Actor effects were detected for both sexual function and satisfaction with regard to sexual assertiveness as the independent variable. Higher sexual assertiveness predicted better sexual functioning in both men ($\beta = .16, p = .01$) and women ($\beta = .39, p = .001$). Higher sexual assertiveness predicted better sexual satisfaction in women only ($\beta = .53, p = .001$). One partner effect was detected in the associations between sexual assertiveness and sexual outcomes. Higher scores of sexual assertiveness in women predicted higher sexual satisfaction in men ($\beta = .35, p = .001$).

Preliminary APIM results provided adequate support for sexual assertiveness being a potential mediator of the association between attachment dimensions and the two remaining sexual outcomes: sexual satisfaction and functioning. Four path analyses using AMOS were conducted to test the mediational role of assertiveness. To determine whether the indirect path through the mediator was significant, we computed 90 % confidence intervals around the estimates using 1000 bootstrapping samples (Preacher & Hayes, 2008). We required a χ^2/df ratio below 3, a comparative fit index (CFI) equal to or greater than .90, and a root mean square error approximation (RMSEA) lower than .08. Results revealed that sexual assertiveness completely mediated the association between: (a) attachment anxiety and sexual satisfaction in women ($\beta = -.13 [-.21; -.05], p = .004$); (b) attachment avoidance and sexual satisfaction in women ($\beta = -.22 [-$

.34; -.11], $p = .002$); and (c) attachment avoidance and sexual functioning in women ($\beta = -.19$ [-.30; -.09], $p = .002$). Mediation figures are presented in Figure 1 and 2 with goodness of fit indices.

DISCUSSION

Using a dyadic approach, the primary goal of the present study was to examine associations between attachment dimensions, pain and sexual outcomes in a sample of women with PVD and their partners. A secondary objective was to identify a potential mediator of these associations – sexual assertiveness. The data yielded five main findings: (a) Attachment dimensions did not predict pain intensity; (b) Higher attachment anxiety and avoidance both predicted lower sexual satisfaction; (c) Only the avoidance dimension predicted lower sexual functioning in women; (d) One partner effect was detected in the relation between sexual assertiveness and sexual outcomes; (e) Women's sexual assertiveness was found to be a significant mediator of the relationship between their attachment dimensions and sexual outcomes.

Results showed no association between attachment dimensions and pain intensity, in contrast to those of Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick, & Yovell (2011), who found that higher avoidance scores predicted higher pain intensity. Our results also contrast with those of studies among other chronic pain populations, which suggest that attachment insecurities would be linked to higher pain ratings (MacDonald & Kingsbury, 2006; McWilliams, Cox, & Enns, 2000; Meredith, Strong, & Feeney, 2006). A small variance in pain intensity scores might explain why pain does not co-vary with attachment variables in our sample. Studies also differ in the way they measure attachment dimensions as well as pain intensity.

In terms of sexuality outcomes, higher attachment anxiety and avoidance both predicted lower sexual satisfaction in couples with PVD. These results are similar to the ones found in community sample studies (Birnbaum, 2007; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002) as well as in studies of clinically distressed couples (Brassard et al., 2012). Many reasons can explain why anxiously attached women with PVD are less satisfied with their sexual experiences. Fear of losing the partner might bring anxiously attached women to focus on the satisfaction of their partner's need to the point that they forget to pay attention to their own sexual sensations. Accordingly, anxiously attached individuals are less likely to approach sexuality with a hedonistic attitude, suggesting that they might not have access to high levels of sexual pleasure. This might be even truer in the context of PVD where pain limits the potential for sexual pleasure. Moreover, the presence of PVD might exacerbate the tendency of anxiously attached women to carry on sex-related worries. The experience of worries during sexual interactions and an overinvestment in the partner's experience might occupy a large proportion of the attentional field, leaving little space to focus on physical sensations of pleasure, which seems essential in building heightened experiences of pleasure (Kleinplatz & Menard, 2007). In the case of avoidant individuals, the intimate context of sexual intercourse coupled with the challenges brought upon by the pain might explain why avoidant attachment also predicts lower sexual satisfaction. Avoidantly attached men and women may lack the communication skills and capacity for intimacy needed to ensure satisfying sexual interactions in spite of the pain.

Our results corroborated those of other studies showing that attachment avoidance, but not anxiety, predicts aspects of sexual functioning (Brassard, Shaver, & Lussier, 2007; Cohen & Belsky, 2008). Cohen & Belsky (2008) found that only the avoidant dimension of attachment

predicted impairments in orgasmic response in a sample of 323 women from the community. Brassard et al. (2007) also found that only attachment avoidance was associated with more sexual problems in men, and that this association held only when the women also presented avoidance. On the other hand, our results did not replicate previous findings showing that attachment anxiety was associated with lower sexual functioning and impaired orgasmic response in women (Birnbaum, 2007; Costa & Brody, 2011). This divergence might be explained by the fact that our sample was comprised of women who present with a vulvo-vaginal pain problem known to affect all aspects of sexual function, often to clinical levels (Desrochers et al., 2008). Previous studies have used community based or student samples. Scores of sexual functioning might have a greater range of variability in the general population and a smaller range in more homogenous samples such as the present one. Comparisons between studies are further complicated by the fact that researchers have used different ways of measuring sexual functioning. To date, only four studies have explored links between attachment dimensions and various components of sexual functioning and only Birnbaum (2007) has used a global measure of sexual functioning comprising four components. Two studies have focused on orgasmic response only (Cohen & Belsky, 2008; Costa & Brody, 2011) and the last study investigated the presence of a sexual problem in individuals consulting from the community (Brassard et al., 2007). The association between sexual functioning and attachment avoidance was only significant for women, suggesting that the relationship between attachment and sexual functioning might differ across gender. This highlights the importance of investigating this relationship separately in men and women.

Only one partner effect was significant in this study. Results showed that higher scores of sexual assertiveness in women predicted higher sexual satisfaction in men. This result could be

explained by the fact that assertive women are more willing to discuss openly about sexuality, including sexual difficulties. The openness to discuss sexual issues could lead to productive problem solving strategies. This attitude may prevent couple from developing a widespread avoidance of all sexual interactions. More assertive women may try to find creative ways of engaging in sexual activities in which the woman's pain is minimal or absent. Moreover, in the context of PVD, an open dialogue where both partners can express how the woman's pain impacts their sexual lives may favour intimacy, which is a key factor for sexual satisfaction (Bois, Bergeron, Rosen, McDuff, & Grégoire, 2013; Kleinplatz & Menard, 2007). Non-assertive women who are less willing to talk about their pain may create more sexual distance, thereby promoting sexual dissatisfaction among partners.

Our mediation results suggest that sexual assertiveness is an important variable in the understanding of the association between attachment and sexual outcomes. More specifically, sexual assertiveness completely mediated the association between attachment dimensions and sexual satisfaction, and between attachment avoidance and sexual functioning in women with PVD. This result confirms our prediction that anxiously attached women may lack the ability to assert their sexual preferences, as seen in a study among college students indicating a tendency for anxiously attached individuals to defer their sexual needs over to partners (Davis et al., 2006). Insecurely attached individuals may lack the ability to assert their sexual limits. Studies found that both avoidant and anxious attachment were linked to more sexual compliance, that is the tendency to engage in unwanted but consensual sexual practices (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Our results suggest that these difficulties in asserting both sexual preferences and limits may explain the lower sexual satisfaction and sexual functioning impairments found in insecurely attached individuals. The ability to refuse to engage in

unwanted sexual practices is an important aspect of sexual assertiveness, which becomes even more crucial in the context of PVD where vaginal penetration can cause significant pain to women's genitals. In this context, engaging in unwanted sexual interactions could contribute to promote sexual dissatisfaction in anxiously attached women with PVD, as well as in avoidant ones. Moreover, repetitive pain experiences could contribute to the sensitization of nociceptors, thereby promoting the persistence of pain (Harper & Schug, 2007).

Although this study expands our knowledge concerning the sex-attachment link in a sample of couples presenting with sexual difficulties, the correlational nature of our design limits conclusions that can be drawn. Because attachment styles generally origin from early experiences with caregivers, it is likely that attachment patterns could be positioned as antecedents of sexual dynamics. On the other hand, the experience of orgasm triggers the release of oxytocin, a neuropeptide that is also central in fostering the attachment system (Carmichael, Warburton, Dixen, & Davidson, 1994; Carter, 1998; Diamond, 2003; Fisher, 1998; Fisher, Aron, Mashek, Li, & Brown, 2002). Thereby, it is likely that the sex-attachment link might be bidirectional, both processes reinforcing each other, mediated by a neurobiological substrate such as oxytocin (Dewitte, 2012). In addition, the generalisation of our results is limited. The associations were found in a specific population of heterosexual couples in which women presented with PVD. These findings need to be replicated in couples with other sexual difficulties and in same-sex couples. Our measures were also limited. It would have been interesting to use a measure of sexual satisfaction that distinguishes between satisfaction derived from the physical aspects of sexuality (e.g. genital pleasure) and satisfaction derived from the more affectionate and intimate aspects (e.g. cuddling, kissing), since anxious and avoidant

individuals seem to differ in their preferences for these two components of sexual satisfaction (Brennan et al., 1998; Davis et al., 2006; Gentzler & Kerns, 2004; Hazan & Shaver, 1994).

Despite these limitations, this study expands our knowledge concerning the associations between attachment and sexual outcomes in a sample of women with PVD. Moreover, few studies investigating associations between attachment and sexuality have included both members of the couple. Results shed light on important interpersonal dynamics that can take place in the lives of couples dealing with PVD, and how these dynamics can have implications for sexual satisfaction and function. Findings highlight the importance of exploring attachment orientations and examining how typical characteristics of attachment anxiety and avoidance may be associated with difficulties in sexual assertiveness and with less satisfying sexual interactions. As advocated by Johnson and Zuccarini (2010), an attachment-oriented approach offers an integrated model of sexuality placed in the context of the couple. More clinical attention toward the negotiation of sexual practices in couples with PVD appears warranted, with a focus toward alleviating the pressure that is often put on intercourse, promoting the development of sexual flexibility, and giving the couple an opportunity to explore together in a more secure context their sexuality while experiences of pain, frustration and disappointment are temporarily minimized.

REFERENCES

- Apt, C. V., & Hurlbert, D. F. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education & Therapy, 18*, 104-114.
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). If sex hurts, am I still a woman? The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 294–304.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships, 24*, 21-35.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 929–943.
- Birnbaum, G. E., Weisberg, Y. J., & Simpson, J. A. (2010). Desire under attack: Attachment orientations and the effects of relationship threat on sexual motivations. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*, 448-468.
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 2024-2035. doi: 10.1111/jsm.12210.
- Brassard, A., Peloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., & Shaver, P. R. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*, 245-262. doi: 10.1080/0092623X.2011.606881

- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*, 475-493.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult-attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couple. *Personal Relationships, 15*, 141-154.
- Byers, E. S., & MacNeil, S. (2006). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 53-69.
- Carmichael, M. S., Warburton, V. L., Dixen, J., & Davidson, J. M. (1994). Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 59-79. doi: 10.1007/BF01541618
- Carter, C. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology, 23*, 779-818.
- Cohen, D. L., & Belsky, J. (2008). Avoidant attachment and female orgasm: Testing an emotion-regulation hypothesis. *Attachment & Human Development, 10*, 1-10.
- Cooper, M. L., Pioli, M., Levitt, A., Talley, A., Micheas, L., & Collins, N. L. (2006). Attachment styles, sex motives and sexual behavior: Evidence for gender specific expressions of attachment dynamics. In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 243-273). New York: Guilford Press.

- Costa, R. M., & Brody, S. (2011). Anxious and avoidant attachment, vibrator use, anal sex, and impaired vaginal orgasm. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 2493-2500. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02332.x
- Creti, L., Fichten, C. S., Amsel, R., Brender, W., Schover, L. R., Kalogeropoulos, D., et al. (1998). Global sexual functioning: A single summary score for Nowinski and Lopiccolo's sexual history form (SHF). In C. M. Davis, W. H. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium* (2nd ed., pp. 261-267). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 871-884.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual satisfaction, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships, 13*, 465-483.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., & Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*, 198-226.
- Desrosiers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y., & Khalifé, S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *The Journal of Sexual Medicine, 5*, 418-427.
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *Journal of Sex Research, 49*, 105-124.

- Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, *110*, 173-192. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.173
- Fisher, H. E. (1998). Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature*, *9*, 23-52. doi: 10.1007/s12110-998-1010-5
- Fisher, H. E., Aron, A., Mashek, D., Li, H., & Brown, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, *31*, 413-419. doi: 10.1023/A:1019888024255
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 1080-1091.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 350-365.
- Fricker, J., & Moore, S. (2002). Relationship satisfaction: The role of love styles and attachment styles. *Current Research in Social Psychology*, *7*, 182-204.
- Gebhart, G. F. (2007). Sensitization of visceral nociceptors. In R. F. Schmidt & W. D. Willis (Eds.), *Encyclopedia of Pain* (pp. 2156-2160). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Gentzler, A. L., & Kerns, K. A. (2004). Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Personal Relationships*, *11*, 249-265.
- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: Responses to a Web-based survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *29*, 45-58.

- Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E., Goldstick, O., & Yovell, Y. (2011). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 1-16.
- Hallam-Jones, R., Wylie, K. R., Osborne-Cribb, J., Harrington, C., & Walters, S. (2001). Sexual difficulties within a group of patients with vulvodynia. *Sexual and Relationship Therapy, 16*, 113-126.
- Harlow, B. L., Wise, L. A., & Stewart, E. G. (2001). Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 185*, 545-550.
- Harper, S. J., & Schug, S. A. (2007). Transition from acute to chronic pain. In R. F. Schmidt & W. D. Willis (Eds.), *Encyclopedia of Pain*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry, 5*, 1-22.
- Hurlbert, D. F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 17*, 183-190.
- Impett, E. A., & Peplau, L. A. (2002). Why some women consent to unwanted sex with a dating partner: Insights from attachment theory. *Psychology of Women Quarterly, 26*, 360-370.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. *Handbook of pain assessment* (2nd ed., pp. 15-34). New York, NY: Guilford Press.

- Johnson, S., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*, 431-445. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, NY: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Kleinplatz, P. J., & Menard, A. (2007). Building blocks toward optimal sexuality: Constructing a conceptual model. *The Family Journal, 15*, 72-78. doi: 10.1177/1066480706294126
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships, 2*, 267-285.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1998). Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium* (2nd ed., pp. 514-519). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- MacDonald, G., & Kingsbury, R. (2006). Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal Relationships, 23*, 291-304. doi: 10.1177/0265407506062481
- Masheb, R. M., Lozano-Blanco, C., Kohorn, E. I., Minkin, M. J., & Kerns, R. D. (2004). Assessing sexual function and dyspareunia with the female sexual function index (FSFI) in women with vulvodynia. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*, 315-324. doi: 10.1080/00926230490463264

- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *The Clinical Journal of Pain, 16*, 360-364.
- Meana, M., & Binik, Y. M. (1994). Painful coitus: A review of female dyspareunia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 264-272. doi: 10.1097/00005053-199405000-00003
- Mense, S., & Schaible, H. (2007). Sensitization of muscular and articular nociceptors. In R. F. Schmidt & W. D. Willis (Eds.), *Encyclopedia of Pain* (pp. 2151-2156). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Meredith, P. J., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain, 120*, 44-52. doi: 10.1016/j.pain.2005.10.008
- Meston, C. M. (2003). Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy 29*, 46.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 881-895. doi: 10.1037/0022-3514.83.4.881
- Mikulincer, M., & Goodman, G. S. (2006) *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. M., et al. (1997). Sexual assertiveness scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 790-804.
- Nowinski, J. K., & LoPiccolo, J. (1979). Assessing sexual behavior in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy, 5*, 225-243.
- Pierce, A. P., & Hurlbert, M. K. (1999). Test-retest reliability of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness. *Perceptual and Motor Skills, 88*, 31-34.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. In A. F. Hayes, M. D. Slater, & L. B. Snyder (Eds.), *The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research* (pp. 13-54). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *The Journal of Sexual Medicine, 7*, 3715-3724. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. M., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*, 191-208.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships, 11*, 179-195.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving, and sex. In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 35-64). New Haven: Yale University Press.

- Smith, K. B., & Pukall, C. F. (2011). A systematic review of relationship adjustment and sexual satisfaction among women with provoked vestibulodynia. *The Journal of Sex Research, 48*, 166-191. doi: 10.1080/00224499.2011.555016
- ter Kuile, M. M., Brauer, M., & Laan, E. (2006). The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 289-304.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W., & Cooper, M. L. (2003). Attachment style and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romance and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index: Cross-validation and development of clinical cut-off scores. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*, 1-20.
- Zolnoun, D., Hartmann, K., Lamvu, G., As-Sanie, S., Maixner, W., & Steege, J. (2006). A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrical and Gynecological Survey, 61*, 395-401.

Table 1 Means and Standard Deviations for Attachment Dimensions and Sexuality Outcomes in Women and Men ($N = 101$)

Variables	Women		Men	
	<i>M</i> (range)	<i>SD</i>	<i>M</i> (range)	<i>SD</i>
Attachment anxiety	2.58 (1-7)	1.09	2.43 (1-7)	.78
Attachment avoidance	2.61 (1-7)	.85	2.45 (1-7)	.70
Sexual assertiveness	84.34 (25-125)	16.85	94.26 (25-125)	13.59
Sexual functioning ^a	17.22 (2-26)	7.28	0.3349 (0.1593-1.000)	.0689
Sexual functioning ^b	N/A	N/A	24.52 (2-26)	2.65
Sexual satisfaction	23.01 (5-35)	6.04	24.43 (5-35)	6.00

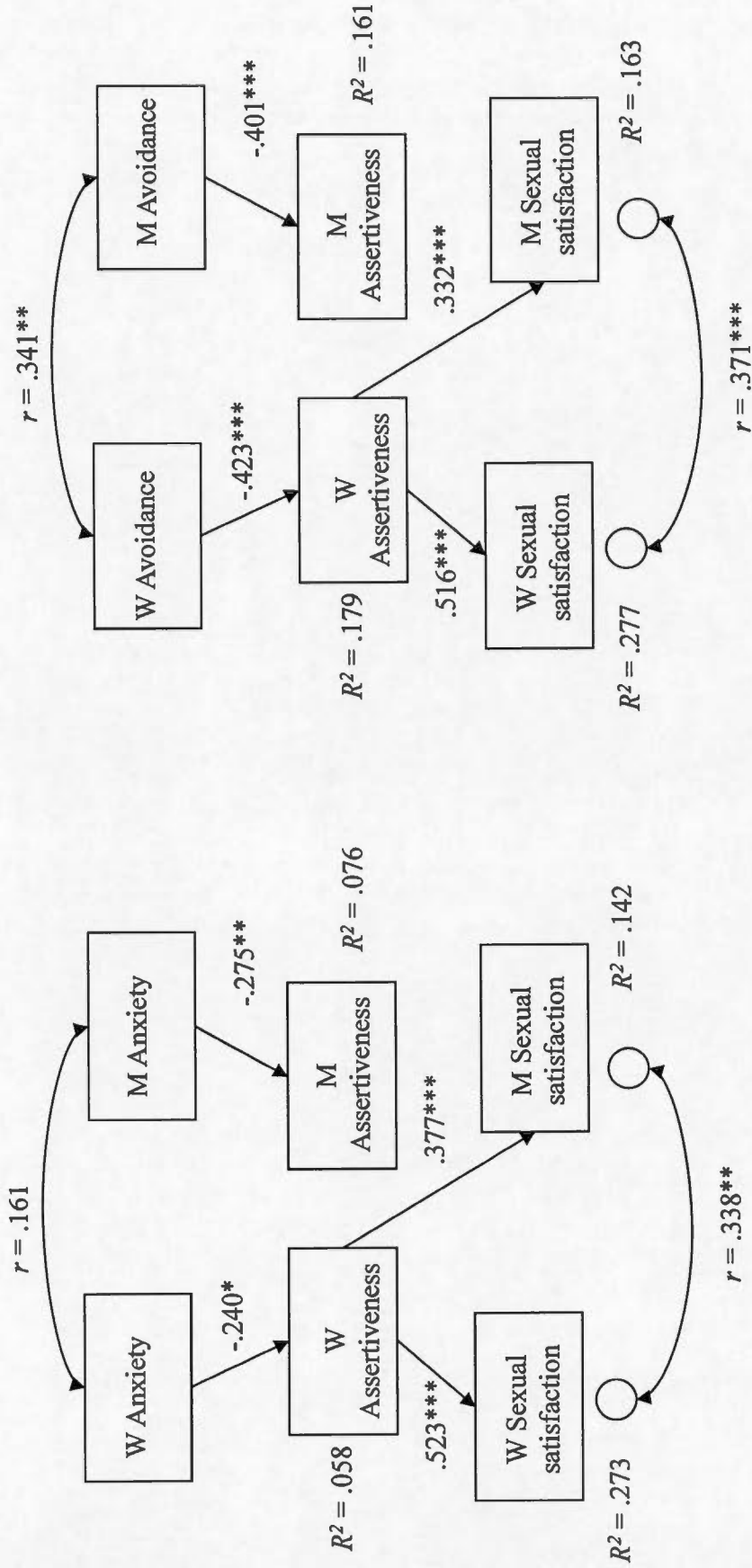
^a Original scores for sexual functioning; ^b Adjusted score for sexual functioning.

Table 2 Correlations between attachment dimensions and main sexual outcomes in women and their partners ($N = 101$)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Anxiety W	-									
2. Avoidance W	.395**	-								
3. Assertiveness W	-.238*	-.426**	-							
4. Satisfaction W	-.236*	-.247**	.532**	-						
5. Functioning W	.044	-.303**	.303**	.377**	-					
6. Anxiety M	.143	.266**	-.060	-.045	.001	-				
7. Avoidance M	.124	.337**	-.242**	-.058	-.121	.472**	-			
8. Assertiveness M	.034	-.154	.146	.056	.294**	-.228*	-.380**	-		
9. Satisfaction W	-.008	-.149	.385**	.484**	.396**	-.058	-.211*	.107	-	
10. Functioning M	.032	-.082	.100	.079	.250**	-.108	-.040	.465**	.159	-

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

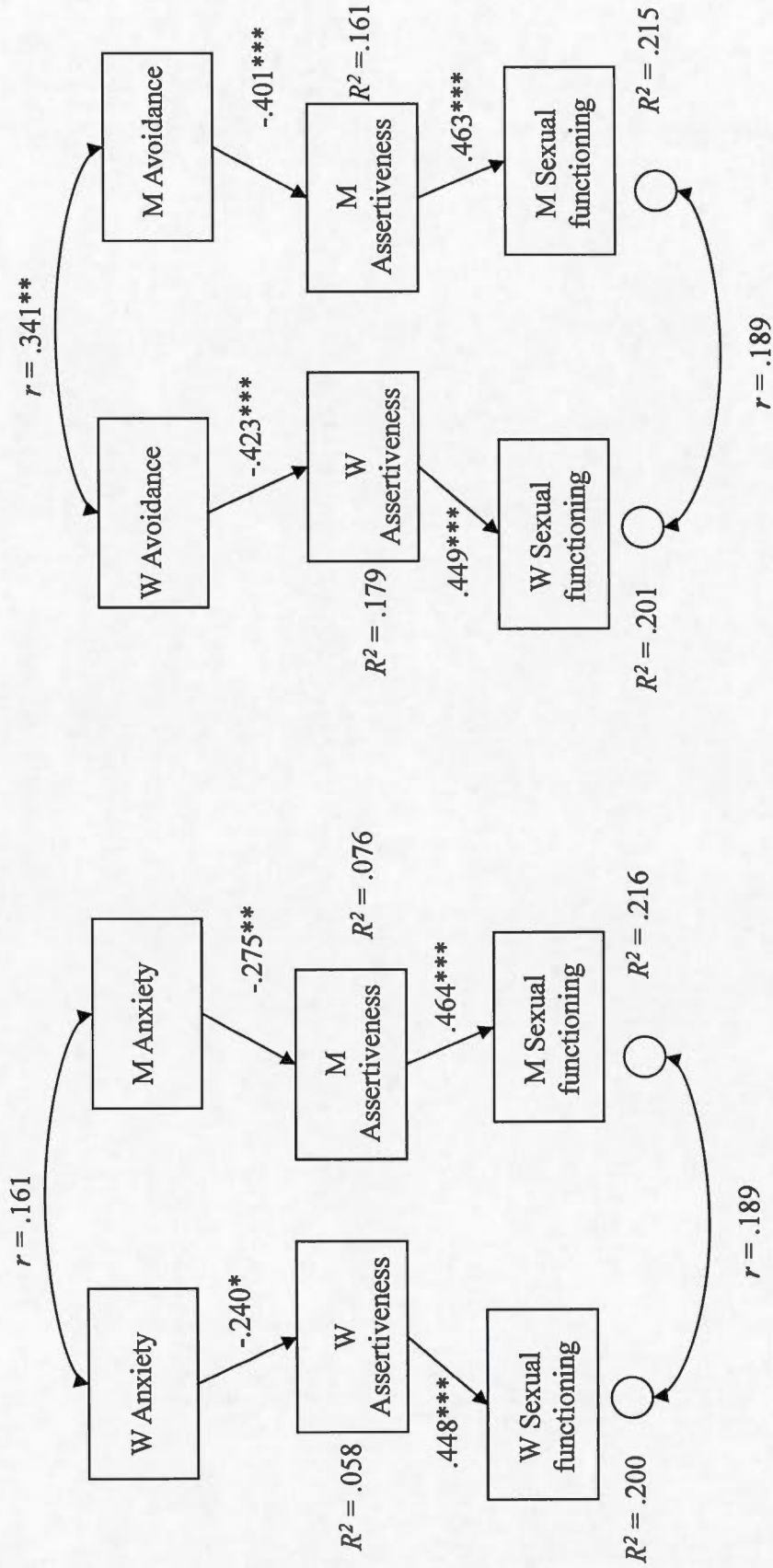
Anxiety W = women's attachment anxiety; Avoidance W = women's attachment avoidance; Assertiveness W = women's sexual assertiveness; Satisfaction W = women's sexual satisfaction; Functioning W = women's sexual functioning; Anxiety M = men's attachment anxiety; Avoidance M = men's attachment avoidance; Assertiveness M = men's sexual assertiveness; Satisfaction M = men's sexual satisfaction; Functioning M = men's sexual functioning.



$\chi^2/df = .989$, CFI = 1.00, NFI = .911,
 RMSEA = .000 [.000; .116]
 Note. W = Women. M = Men

$\chi^2/df = 1.529$, CFI = .980, NFI = .950,
 RMSEA = .073 [.000; .180]
 Note. W = Women. M = Men

Figure 1. Sexual assertiveness as a mediator in the relationship between attachment and sexual satisfaction.



$\chi^2/df = .178$, CFI = 1.00, NFI = .983,
 RMSEA = .000 [.000; .000]
 Note. W = Women. M = Men

$\chi^2/df = .753$, CFI = 1.00, NFI = .951,
 RMSEA = .000 [.000; .103]
 Note. W = Women. M = Men

Figure 2. Sexual assertiveness as a mediator in the relationship between attachment and sexual functioning.

CHAPITRE III DISCUSSION GÉNÉRALE

Le dernier chapitre de cet essai doctoral vise à élaborer davantage et à synthétiser le contenu des chapitres précédents. Les objectifs et hypothèses de recherche seront d'abord rappelés, suivis des résultats principaux de l'étude ainsi que de l'interprétation des résultats. Finalement, ce chapitre se conclura sur les limites et contributions cliniques et théoriques de l'essai.

3.1 Rappel des objectifs et hypothèses de recherche

Le but de la présente étude était d'examiner les associations entre les dimensions de l'attachement, la douleur et les variables d'ajustement sexuel dans un échantillon de femmes présentant une vestibulodynie provoquée et leurs partenaires. Elle utilise une approche dyadique en incluant les deux membres du couple. Un deuxième objectif était d'identifier une variable médiatrice pour expliquer ces associations, soit l'affirmation sexuelle de soi. L'examen des données a permis de faire ressortir cinq résultats principaux : (1) les dimensions de l'attachement ne sont pas associées à l'intensité de la douleur; (2) des degrés plus élevés d'attachement anxieux et évitant sont tous deux associés à une plus faible satisfaction sexuelle (effets acteurs); (3) un degré plus élevé d'attachement évitant est associé à un plus faible fonctionnement sexuel chez la femme seulement (effet acteur); (4) un seul effet partenaire a été détecté dans l'association entre la variable d'affirmation de soi et les variables d'ajustement sexuel; (5) l'affirmation de soi de la femme s'est révélée être une variable médiatrice pour expliquer l'association entre les dimensions de son attachement et les variables de son ajustement sexuel.

3.2 Principaux résultats et interprétation

Les résultats n'ont pas montré d'association entre les dimensions de l'attachement et l'intensité de la douleur. Ce résultat n'appuie pas nos hypothèses, et va à l'encontre des éléments théoriques présentés dans l'Introduction. La théorie de l'attachement identifiait la douleur comme une expérience susceptible d'activer le système d'attachement (Bowlby, 1973). Les gens présentant des styles d'attachement dysfonctionnels auraient tendance à anticiper la douleur avec une attitude plus anxieuse, ce qui influencerait la perception de la douleur. L'appréhension anxieuse de la douleur est l'élément central du modèle de douleur chronique diathèse-stress d'Asmundson et Wright (2004). L'appréhension anxieuse est à l'origine des réactions inadaptées face à la douleur, telles que l'hypervigilance, les biais cognitifs, et l'évitement des situations qui ont été associées à l'expérience douloureuse. L'appréhension anxieuse de la douleur explique la réactivité musculaire et l'état d'alerte général du système nerveux autonome sympathique. Toutes ces réactions inadaptées forment une boucle de rétroaction qui entretient la peur de la douleur et mène à des déficits fonctionnels de plus en plus importants. Les pensées catastrophiques à propos de la douleur entretiennent la peur de la douleur et toutes les réactions physiologiques qui en découlent. L'état d'alerte physiologique est accompagné d'un état d'hypervigilance cognitif qui amène l'individu à détecter rapidement le moindre indice de douleur. Des sensations qui ne sont pas nécessairement de nature nociceptive peuvent même être interprétées comme des sensations de douleur en raison de ces biais cognitifs. Au final, l'état d'alerte physiologique et l'hypervigilance facilitent la perception de la douleur.

Nos résultats contrastent avec ceux des études réalisées auprès d'échantillons d'individus présentant d'autres types de douleurs chroniques. Ces études suggèrent également que les insécurités d'attachement seraient associées à des scores d'intensité de douleur plus élevés (MacDonald & Kingsbury, 2006; McWilliams, Cox, & Enns, 2000; Meredith, Strong, & Feeney, 2006), alors que nos résultats ne montrent aucune association. Nos résultats contrastent aussi avec ceux de Granot et al. (2011) qui ont

investigé le lien entre l'attachement et la douleur dans un échantillon de femmes présentant des douleurs vaginales. Ils ont trouvé que les scores d'attachement évitant plus élevés étaient associés à des douleurs plus intenses. La faible variance de nos scores d'intensité de douleur pourrait expliquer pourquoi ces scores ne covarient pas avec les variables d'attachement dans notre échantillon. Les études diffèrent également par la manière dont les dimensions de l'attachement ont été mesurées, de même que les mesures d'intensité de douleur. Ainsi, la faible variance et les différences dans les instruments de mesurent pourraient expliquer la divergence entre nos résultats et ceux des autres études.

Des niveaux plus élevés d'attachement anxieux et évitant sont tous les deux associés à une plus faible satisfaction sexuelle. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans des échantillons de la communauté générale (Birnbaum, 2007; Butzer & Campbell, 2008; Davis et al., 2006; Fricker & Moore, 2002; Stephenson & Meston, 2011), de même que dans des échantillons cliniques de couples en détresse (Brassard et al., 2012). Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi les femmes anxieuses dans leur attachement sont moins satisfaites de leurs expériences sexuelles, et en particulier les femmes présentant une vestibulodynie provoquée. La vestibulodynie pourrait exacerber la tendance des individus anxieux dans leur attachement à entretenir des inquiétudes à propos de la sexualité. Birnbaum et al. (2006) ont montré que les individus anxieux dans leur attachement sont plus susceptibles de développer des doutes quant à la solidité de leur relation amoureuse lorsqu'ils sont confrontés à des expériences sexuelles négatives. Ils ont tendance à interpréter leurs difficultés sexuelles comme un indice que la relation est possiblement menacée, ce qui déclenche des inquiétudes. Ainsi, chez les femmes anxieuses dans leur attachement, les difficultés sexuelles associées à la vestibulodynie pourraient être interprétées comme une menace à la relation de couple et être à la source d'inquiétudes qui pourraient survenir pendant les relations sexuelles. Ces inquiétudes pourraient contribuer à diminuer la satisfaction sexuelle chez les femmes anxieuses dans leur attachement qui présentent une vestibulodynie.

La survenue des inquiétudes pendant les interactions sexuelles pourrait diminuer la capacité de la femme à être pleinement présente à ses sensations sexuelles. Une des causes des dysfonctions sexuelles serait la présence de distractions cognitives pendant les activités sexuelles (Dove & Wiederman, 2011). Les individus ayant cette tendance seraient distraits par leurs pensées pendant leurs expériences sexuelles. Leur focus attentionnel serait dirigé vers leurs pensées, ce qui les empêcherait de s'immerger pleinement dans leurs expériences sexuelles. Les distractions cognitives se présenteraient souvent sous la forme d'inquiétudes. La valence négative de ces distractions amènerait ces individus à ressentir un état émotionnel négatif qui en retour aurait un effet inhibiteur sur l'excitation sexuelle. Les distractions cognitives de ce type diminueraient donc le fonctionnement sexuel de deux manières, en empêchant l'individu d'être pleinement attentif à ses sensations sexuelles, et en provoquant des émotions négatives, dont l'anxiété. La capacité à concentrer son attention sur les sensations sexuelles plaisantes apparaît essentielle pour construire des expériences de plaisir intense (Kleinplatz & Menard, 2007).

La crainte de perdre le partenaire est une inquiétude typiquement retrouvée chez les femmes anxieuses dans leur attachement, ainsi que chez les femmes présentant une vestibulodynie. Cette crainte pourrait amener les femmes à porter plus d'attention vers la satisfaction des besoins du partenaire pendant les activités sexuelles. Cette interprétation va dans le sens des résultats des études sur l'acquiescement sexuel qui ont trouvé que les individus anxieux dans leur attachement avaient davantage tendance à s'engager dans des activités sexuelles consentantes quoique non-désirées (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Les comportements d'acquiescement sexuel nous laissent penser que les individus qui manifestent ces comportements accordent plus d'importance aux besoins des autres. Par exemple, la satisfaction des besoins sexuels du partenaire semble plus importante que le respect de leur absence de désir pour certaines activités sexuelles. En investissant plus d'attention vers les besoins sexuels du partenaire, les femmes s'assurent que leur partenaire est satisfait sur le plan sexuel. Si le partenaire est satisfait, elles sont moins anxieuses à propos de l'intérêt du partenaire. Ainsi, leurs inquiétudes à propos de la relation sont apaisées par l'attention portée à la satisfaction des besoins sexuels du

partenaire. Par contre, ce surinvestissement dans les besoins sexuels du partenaire pourrait empêcher les femmes d'accorder de l'attention à leur propre expérience sexuelle, ce qui pourrait contribuer à diminuer leur satisfaction sexuelle.

Les femmes anxieuses dans leur attachement pourraient également avoir tendance à ne pas faire de demandes à leur partenaire. Par exemple, elles pourraient être hésitantes à demander au partenaire de les satisfaire sexuellement. Elles pourraient craindre d'être perçues comme étant exigeantes, ce qui pourrait déplaire au partenaire. Tout comportement qui a le potentiel de déplaire au partenaire risque d'être évité chez les femmes anxieuses dans leur attachement, car ces comportements sont perçus comme des menaces à la relation amoureuse. Les incertitudes à propos d'une relation compromettraient l'habileté à communiquer de manière efficace et appropriée à propos de l'intimité sexuelle (Theiss, 2011). Les individus qui sont incertains à propos d'une relation auraient tendance à éviter d'aborder certains sujets plus sensibles et communiqueraient de manière plus indirecte. En retour, cette tendance à communiquer de manière indirecte est associée à une satisfaction sexuelle diminuée (Theiss, 2011). Cette association a été vérifiée autant pour les effets acteurs que pour les effets partenaires. Par exemple, une femme qui communique de manière indirecte est moins satisfaite sexuellement (effet acteur), et le partenaire d'une femme qui communique de manière indirecte est également moins satisfait sexuellement (effet partenaire). Dans le contexte de la vestibulodynie, si les femmes ne communiquent pas directement leurs besoins sexuels à leurs partenaires, ces besoins risquent d'être ignorés, et leurs partenaires risquent d'être insatisfaits sexuellement. Le dévoilement des besoins sexuels, comme par exemple le dévoilement des préférences sexuelles, est un facteur déterminant dans la satisfaction sexuelle. Rheman, Rellini et Fallis (2011) ont montré qu'une plus grande capacité à dévoiler ses préférences sexuelles était associée à des indices plus élevés de satisfaction et de fonctionnement sexuel. MacNeil & Byers (2005) ont également démontré que le dévoilement sexuel de soi contribuait à augmenter la satisfaction sexuelle. Ces dévoilements de soi permettraient aux partenaires d'améliorer leur connaissance des préférences et aversions sexuelles, ce qui maximiserait les interactions sexuelles positives (récompenses) et minimiserait les interactions sexuelles négatives (coûts).

Ainsi, la balance des récompenses comparativement aux coûts sexuels serait plus favorable, et la satisfaction serait rehaussée (MacNeil & Byers, 2005).

Dans le contexte de la vestibulodynie, la douleur limite l'accès aux plaisirs génitaux, et à la satisfaction sexuelle. La femme est distraite par la sensation de douleur en soi, ainsi que par une tendance à entretenir des pensées catastrophiques à propos de la douleur (Desrochers et al., 2008). Ainsi, ces distractions supplémentaires sont susceptibles d'éloigner davantage les femmes de la perception des sensations sexuelles plaisantes. D'ailleurs, les individus anxieux dans leur attachement ont moins tendance à aborder la sexualité avec une attitude hédoniste. Ils accordent moins d'importance aux plaisirs physiques de la sexualité (Brennan et al., 1998; Davis et al., 2006; Gentzler & Kerns, 2004; Hazan & Shaver, 1994). Leur motivation sexuelle est davantage axée sur la satisfaction de leurs besoins d'attachement. Ils utilisent la sexualité pour établir une proximité émotionnelle avec le partenaire, pour se rassurer quant à l'intérêt du partenaire, pour prévenir les conflits dans la relation, pour éviter l'abandon ou la désapprobation du partenaire (Davis et al., 2004; Cooper et al., 2006; Impett & Peplau, 2002; Schachner & Shaver, 2004; Tracy et al., 2003). Cette orientation vers les besoins d'attachement, ainsi que le manque d'attention accordée aux aspects plus sensoriels, pourraient expliquer pourquoi les femmes anxieuses dans leur attachement sont moins satisfaites sexuellement, et ce dans le contexte particulier de la vestibulodynie.

Nos résultats n'ont pas montré d'association entre l'attachement anxieux de l'homme et sa satisfaction sexuelle. Certaines études ont démontré que les hommes anxieux dans leur attachement étaient plus à risque de démontrer des comportements de coercition sexuelle (Brassard et al., 2007). Par exemple, les hommes anxieux dans leur attachement sont plus enclins à insister auprès de leur partenaire pour avoir des relations sexuelles (Brassard et al., 2007). Ainsi, grâce à ces comportements d'insistance, les hommes anxieux dans leur attachement sont peut-être plus en mesure de réussir à obtenir la satisfaction de leurs besoins sexuels. Cette tendance pourrait être renforcée si l'homme choisit une partenaire anxieuse dans son attachement. Cette dernière risque d'être plus motivée à s'assurer que son partenaire soit satisfait

sexuellement. Elle risque de se soumettre plus facilement aux demandes insistantes de l'homme anxieux dans son attachement, tel que le laissent penser les études sur l'acquiescement sexuel (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Par contre, ces comportements d'insistance auprès de la femme pourraient avoir des répercussions négatives sur l'expérience sexuelle de la femme dans le contexte de la vestibulodynie. Une femme qui ressent une douleur élevée et qui accepterait de céder aux demandes insistantes de son partenaire en dépit d'une douleur élevée risque de vivre plus de détresse dans ses expériences sexuelles, en plus de risquer d'aggraver son problème de douleur.

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi les femmes et les hommes évitants dans leur attachement sont moins satisfaits de leurs expériences sexuelles. Les individus évitants ont généralement été en contact avec des figures de soins qui n'étaient pas disponibles pour répondre à leurs besoins. En raison de ces expériences, ils ont développé l'attente que les autres ne seront pas disponibles pour répondre à leurs besoins. Ils ont développés une stratégie de désactivation, qui consiste à réduire leurs demandes de soutien auprès des autres. Cette stratégie de désactivation leur permet d'éviter la souffrance provoquée par l'indisponibilité de l'autre, alors qu'ils sont dans une situation de vulnérabilité. Ils ont appris à inhiber l'expression de leur détresse et présentent un style de personnalité indépendant et auto-suffisant. Dans le contexte de la douleur vaginale, les femmes évitantes pourraient avoir tendance à inhiber l'expression de leur douleur, et de la détresse émotionnelle associée à l'expérience de douleur. Lorsque la femme évitante choisit de ne pas exprimer sa douleur, le partenaire peut ignorer que les relations sexuelles sont douloureuses pour celle-ci. Ainsi, la femme est plus à risque d'accumuler des expériences répétitives de douleur. Ne connaissant pas l'existence de la douleur, le partenaire ne peut pas adapter ses comportements sexuels afin de minimiser la douleur. Les femmes évitantes dans leur attachement pourraient également avoir tendance à éviter d'exprimer leurs besoins sexuels, parce qu'elles ont développé l'attente que l'autre ne sera pas disponible pour répondre à ces besoins. Ainsi, ces besoins risquent d'être négligés, voir ignorés. Plusieurs activités sexuelles qui sont sans douleur peuvent contribuer à augmenter la satisfaction sexuelle dans un contexte de vestibulodynie. En effet, la vestibulodynie

est un problème de douleur très localisé, et plusieurs zones érogènes sont préservées. Lorsque le couple développe une sexualité diversifiée et investit la stimulation des autres zones érogènes, la femme peut avoir accès à une grande quantité de plaisirs sensoriels. Les femmes évitantes qui n'expriment pas leurs besoins sexuels sont probablement moins enclines à chercher à combler leurs besoins sexuels en diversifiant leurs pratiques sexuelles.

Les femmes et les hommes évitants pourraient également avoir tendance à éviter d'exprimer les émotions qui sont provoquées par ce problème. La douleur vaginale est une problématique qui est susceptible de provoquer plusieurs émotions négatives, tel que la honte d'avoir un déficit sexuel, la frustration de ne pas pouvoir profiter des plaisirs sexuels, la culpabilité de la femme face au partenaire qui est lui aussi privé d'une expérience plaisante, la frustration du partenaire d'être privé d'une partie importante de sa sexualité, la peur de faire mal à sa partenaire, l'impuissance devant un problème de douleur chronique, le découragement, etc. Les individus évitants dans leur attachement risquent d'être moins ouverts à dévoiler leur vécu émotionnel à leur partenaire, et ainsi augmentent leur probabilité de maintenir leur détresse émotionnelle. Leur tendance à inhiber leurs comportements de recherche de soutien limite les opportunités d'obtenir de la compréhension et de la réassurance de la part du partenaire. De plus, cette stratégie de désactivation ne favorise pas l'établissement d'une communication axée sur la résolution de problème, où chacun des partenaires tente de trouver des solutions afin de minimiser les conséquences négatives de la douleur sur la sexualité. Ainsi, les couples où les individus sont évitants dans leur attachement sont probablement moins enclins à trouver des solutions pour adapter la sexualité à la douleur, et par conséquent, sont moins satisfaits.

Nos résultats corroborent ceux des études qui montrent que l'attachement évitant prédit des aspects du fonctionnement sexuel (Birnbaum, 2007 ; Brassard et al., 2007; Cohen & Belsky, 2008). Birnbaum (2007) a montré que les deux dimensions de l'attachement étaient associées à un fonctionnement sexuel diminué, mais que la diminution était plus marquée pour l'attachement anxieux. Cohen et Belsky (2008) ont trouvé que seulement l'attachement évitant était associé à une altération des

réponses orgasmiques. Brassard et al. (2007) ont aussi trouvé que l'attachement évitant était associé à davantage de problèmes sexuels chez les hommes. Cette association tenait seulement quand la partenaire femme présentait un attachement évitant. Nos résultats divergent des études qui ont montré que l'attachement anxieux était associé à un plus faible fonctionnement sexuel et à une altération des réponses orgasmiques chez la femme (Birnbaum, 2007; Costa & Brody, 2011). Cette différence pourrait être expliquée par le fait que notre échantillon comprenait des femmes qui présentent une dysfonction sexuelle reconnue comme altérant toutes les composantes du fonctionnement sexuel (Desrochers et al., 2008), alors que les études précédentes comportaient des échantillons d'étudiants ou d'individus provenant de la communauté générale. Les scores de fonctionnement sexuel pourraient avoir une plus grande étendue de variabilité dans la population générale, et une plus petite étendue dans un échantillon homogène comme celui de la présente étude.

La comparaison entre les études est compliquée par le fait que les chercheurs ont utilisé différentes mesures de fonctionnement sexuel. Notamment, la mesure de Birnbaum (2007) comprenait quatre composantes, dont l'excitation sexuelle, la capacité orgasmique, la satisfaction sexuelle et l'intimité pendant les relations sexuelles. La mesure de fonctionnement sexuel de la présente étude s'attardait à des aspects plus physiques de la réponse sexuelle, dont le désir sexuel, l'excitation sexuelle, la lubrification, la capacité orgasmique, la douleur, la satisfaction. Le fait que la mesure de fonctionnement sexuel de Birnbaum (2007) comprenne une composante d'intimité peut expliquer les divergences retrouvées entre les résultats de nos études respectives. En effet, l'importance accordée à l'intimité est une caractéristique qui distingue les individus anxieux des individus évitants dans leur attachement. Les individus anxieux dans leur attachement accordent beaucoup plus d'importance à l'intimité dans les relations sexuelles. Ils ont tendance à utiliser la sexualité pour établir une proximité avec leur partenaire et combler leur besoin d'intimité (Cooper et al., 2006; Davis et al., 2006; Schachner & Shaver, 2004). À l'opposé, les individus évitants dans leur attachement ne sont pas intéressés par la composante intimité. Au contraire, ils se comportent de manière à éviter l'intimité et ne sont pas motivés par l'aspect relationnel de la sexualité (Cooper et al., 2006; Davis

et al., 2006; Schachner & Shaver, 2004).

Jusqu'à maintenant, seulement cinq études ont exploré les relations entre les dimensions de l'attachement et les différentes composantes du fonctionnement sexuel. Seulement deux études ont utilisé une mesure globale du fonctionnement sexuel qui comprenait plusieurs composantes (Birnbaum, 2007 ; Stephenson & Meston, 2011). Deux études ont concentré leur attention sur la réponse orgasmique seulement (Cohen & Belsky, 2008; Costa & Brody, 2011) et la dernière étude a investigué la présence d'un problème sexuel chez les individus issus de la communauté générale (Brassard et al., 2007). Les résultats de Brassard et al. (2007) montrent que l'association entre le fonctionnement sexuel et l'attachement évitant était seulement significative pour les données de la femme, suggérant que cette relation pourrait différer en fonction du genre de l'individu. Nos résultats appuient la présence de différences de genre, autant pour l'étude de la satisfaction sexuelle, que pour celle du fonctionnement sexuel. Par exemple, nos résultats ont montré une association entre l'attachement anxieux et la satisfaction sexuelle chez les femmes seulement. Quant à la variable de fonctionnement sexuel, nos résultats ont montré une association avec l'attachement évitant chez les femmes seulement. Ce résultat illustre l'importance d'investiguer ces relations de manière séparée chez les hommes et les femmes, et l'importance d'inclure les deux genres dans les recherches futures. La plupart des études ont inclus uniquement des femmes dans leur échantillon (Birnbaum, 2007; Cohen & Belsky, 2008; Costa & Brody; 2011; Stephenson & Meston, 2011), ce qui constitue une limite importante de ce champ de recherche. Les résultats trouvés chez les femmes ne peuvent être généralisés à la population masculine, entre autre parce que les femmes approcheraient la sexualité de manière plus interpersonnelle que les hommes (Birnbaum & Laser-Brandt, 2002). Ainsi, une variable de nature interpersonnelle comme l'attachement risque d'influencer différemment la sexualité des femmes et des hommes.

L'étude de Stephenson et Meston (2011) apporte un éclairage supplémentaire quant à l'importance de distinguer les concepts de satisfaction et de fonctionnement sexuel. La mesure de fonctionnement sexuel inclus dans la présente étude, de même que

celle utilisée par Birnbaum (2007), comprend une composante de satisfaction sexuelle, ce qui laisse croire que la satisfaction sexuelle ferait partie du fonctionnement sexuel. Or, certaines études montrent que les difficultés sexuelles ne sont pas toujours associées à des insatisfactions sexuelles (Ferenidou, Kapoteli, Moisisidis, Koutsogiannis, Giakoumelous & Hatzichristou, 2008; Stephenson & Meston, 2010). Ces résultats nous amènent à nous questionner sur l'importance de distinguer ces deux concepts de satisfaction et de fonctionnement sexuel. Certaines variables pourraient même jouer le rôle de modérateur dans la relation entre fonctionnement sexuel et satisfaction sexuelle, dont l'attachement anxieux (Stephenson & Meston, 2011). Les difficultés sexuelles pourraient occasionner des niveaux d'insatisfaction différents selon le niveau d'intimité dans la relation amoureuse (Stephenson & Meston, 2010). Dans le contexte d'une relation amoureuse où le niveau d'intimité est élevé, les difficultés sexuelles occasionneraient moins d'insatisfaction chez les individus anxieux puisque que le besoin d'intimité peut être comblé autrement que par la sexualité. Mais dans le contexte d'une relation amoureuse où le niveau d'intimité est faible, les difficultés sexuelles occasionneraient plus de détresse et d'insatisfaction puisque le besoin d'intimité ne peut pas être comblé à travers la sexualité. Également, comme les femmes anxieuses dans leur attachement sont moins motivées par les composantes physiques de la sexualité (sensations sexuelles plaisantes), leur niveau de satisfaction sexuelle serait moins influencé par la présence d'une dysfonction sexuelle. Par exemple, une femme anxieuse dans son attachement pourrait être satisfaite sur le plan sexuel même en présence d'une capacité orgasmique diminuée, parce qu'elle accorde moins d'importance à cette composante de la sexualité. Par contre, elle pourrait être plus insatisfaite sexuellement, si elle percevait une baisse d'intimité dans ses interactions sexuelles. Ces différences dans les préférences envers différentes composantes de la sexualité (plaisirs physiques comparativement aux aspects relationnels) nous indiquent l'importance de réfléchir à la manière dont nous définissons le concept de fonctionnement sexuel, de même que l'importance de faire la distinction entre les notions de fonctionnement sexuel et de satisfaction sexuelle.

Un seul effet partenaire s'est révélé significatif dans la présente étude. Les résultats

montrent que des scores plus élevés d'affirmation sexuelle chez la femme étaient associés à des scores plus élevés de satisfaction sexuelle chez les hommes. Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les femmes qui s'affirment davantage sont plus enclines à discuter ouvertement à propos de la sexualité. Les femmes qui s'affirment davantage sont plus ouvertes à communiquer leurs fantasmes sexuels, ce qui en retour contribuerait à alimenter le désir sexuel de l'homme. Les résultats de l'étude de couple de Rheman et al. (2011) appuient nos conclusions. Leur étude montre que la capacité des femmes à dévoiler leurs préférences sexuelles était associée à une meilleure satisfaction sexuelle du partenaire. Dans leur échantillon, les auteurs ont observé un taux élevé de dysfonction sexuelle chez les femmes, qui était associé à plus d'insatisfaction sexuelle chez les hommes. Ils font l'hypothèse que la capacité des femmes à dévoiler leurs préférences sexuelles pourraient jouer un rôle de médiateur dans la relation entre le fonctionnement sexuel des femmes et la satisfaction des hommes. Ainsi, malgré la présence d'une dysfonction chez la femme, le partenaire pourrait trouver une meilleure satisfaction si cette dernière est plus ouverte à dévoiler ses préférences sexuelles. Dans le contexte de la vestibulodynie provoquée, où le fonctionnement sexuel est généralement diminué (Desrochers et al., 2008), le dévoilement des préférences sexuelles pourrait être un facteur important pour expliquer la satisfaction sexuelle des hommes. Or, une étude montre que les femmes présentant une dyspareunie ont une plus faible capacité de communication sexuelle de couple que celles d'un groupe témoin (Pazmany, Bergeron, Verhaeghe, Oudenhove & Enzlin, 2014).

Les femmes dont les capacités d'affirmation de soi sont déficientes risquent d'être moins enclines à dévoiler leur douleur. Lorsqu'une femme choisit de ne pas divulguer sa douleur, une grande partie de son expérience sexuelle est cachée au partenaire, ce qui pourrait contribuer à créer de la distance sur les plans affectif et sexuel, et promouvoir les insatisfactions entre les partenaires. Les femmes plus affirmatives qui communiquent à propos de leurs difficultés sexuelles favoriseraient un dialogue de couple permettant l'établissement de stratégies de résolution de problème plus efficaces. Cette attitude pourrait prévenir le développement de comportements d'évitement souvent observés chez les femmes présentant une vestibulodynie (Meana,

2009). Certaines femmes ont tendance à éviter toute forme de contacts sexuels, de peur que ceux-ci ne mènent à la pénétration douloureuse qui est redoutée. Ces comportements d'évitement peuvent se généraliser à la majorité des interactions sexuelles, voir même les contacts physiques affectueux non-sexuels. La capacité à affirmer ses limites au partenaire, et à les faire respecter, pourrait aider le couple à baliser la sexualité par des règles claires qui permettent à la fois de minimiser la douleur et de préserver les activités sexuelles qui ne sont pas douloureuses. Dans certains cas, la douleur est trop intense pour permettre la pénétration, et un interdit de pénétration peut aider à diminuer l'anxiété associée à cette activité. Dans d'autres cas, la douleur est variable et la pénétration peut être préservée si les conditions sont favorables, par exemple si l'excitation sexuelle de la femme est suffisante pour permettre une pénétration minimalement douloureuse. La capacité de la femme à communiquer sa douleur pendant les relations sexuelle est un outil nécessaire à une bonne gestion de la douleur, de même que la capacité de la femme à mettre fin à une pénétration lorsque la douleur atteint un seuil trop élevé. Finalement, les femmes plus affirmatives pourraient être plus en mesure de trouver des manières créatives de s'engager dans des activités sexuelles qui provoquent des douleurs minimales, ou des activités où la douleur est absente. Plus encore, dans le contexte de la vestibulodynie, un dialogue ouvert où les deux partenaires peuvent exprimer comment la douleur influence leurs vies sexuelles pourrait favoriser l'intimité, un facteur clé pour expliquer la satisfaction sexuelle (Bois, Bergeron, Rosen, McDuff, & Grégoire, 2013; Kleinplatz & Menard, 2007).

Nos résultats suggèrent que l'affirmation sexuelle de soi est une variable importante pour comprendre les associations entre l'attachement et les variables d'ajustement sexuel. Plus spécifiquement, les résultats montrent que l'affirmation sexuelle est un médiateur dans la relation entre les dimensions de l'attachement et la satisfaction sexuelle. Elle est également un médiateur dans la relation entre l'attachement évitant et le fonctionnement sexuel chez les femmes présentant une vestibulodynie provoquée. Ces résultats confirment notre hypothèse que les femmes anxieuses dans leur attachement pourraient avoir des difficultés à affirmer leurs préférences sexuelles, conformément à ce qui a été trouvé dans une étude auprès d'échantillons

d'étudiants universitaires, indiquant une tendance des individus anxieux dans leur attachement à adopter une attitude de déférence de leur besoins sexuels au profit des besoins de leur partenaire (Davis et al., 2006). Ces résultats vont également dans le sens de l'hypothèse selon laquelle les individus insécures dans leur attachement pourrait avoir des difficultés à affirmer leurs limites sexuelles. Les études antérieures ont trouvé que les individus évitants et anxieux dans leur attachement manifestaient davantage de comportements d'acquiescement sexuel, c'est-à-dire la tendance à s'engager dans des activités sexuelles consentantes quoique non désirées (Gentzler & Kerns, 2004; Impett & Peplau, 2002). Nos résultats suggèrent que les difficultés à affirmer les préférences et limites sexuelles pourraient expliquer les degrés plus faibles de satisfaction et fonction sexuelles chez les individus insécures dans leur attachement. La capacité de refuser de s'engager dans des pratiques sexuelles non désirées est un aspect important de l'affirmation sexuelle, qui peut devenir essentiel dans le contexte de la vestibulodynie où l'activité de pénétration vaginale peut causer de la douleur significative aux organes génitaux féminins. Dans ce contexte, s'engager dans des interactions sexuelles non désirées pourrait contribuer à promouvoir les insatisfactions sexuelles chez les femmes qui présentent à la fois un attachement insécure et une vestibulodynie. Également, s'engager dans des relations sexuelles douloureuses et non désirées, et ce de manière répétée, pourrait contribuer à sensibiliser les récepteurs de douleur et promouvoir la persistance de la douleur (Harper & Schug, 2007).

3.3 Limites et contributions cliniques et théoriques

La nature corrélationnelle du projet limite les conclusions qui peuvent être tirées des résultats de cette étude. Nous ne pouvons pas établir de liens causaux entre les variables étudiées. Cependant, parce que les styles d'attachement prennent leur origine dans les expériences précoces avec les figures de soins, il est possible que les styles d'attachements puissent être positionnés comme des antécédents des dynamiques sexuelles. D'un autre côté, l'expérience de l'orgasme déclenche la sécrétion d'une hormone nommée ocytocine, un neuropeptide qui joue un rôle central

dans la construction du système d'attachement (Carmichael, Warburton, Dixen, & Davidson, 1994; Carter, 1998; Diamond, 2003; Fisher, 1998; Fisher, Aron, Mashek, Li, & Brown, 2002). Ainsi, il est possible que la relation entre l'attachement et la sexualité soit bidirectionnelle, les deux processus se renforçant entre eux, avec l'aide d'un substrat neurobiologique tel que l'ocytocine (Dewitte, 2012).

La généralisation des résultats est aussi limitée. Ces associations ont été trouvées dans une population spécifique de couples hétérosexuels où la femme présente une vestibulodynie provoquée. Ces résultats auraient besoin d'être répliqués chez les couples présentant d'autres types de difficultés sexuelles, ainsi que chez les couples homosexuels. Nos mesures sont également limitées. Il aurait été intéressant d'utiliser une mesure de satisfaction sexuelle qui fait la distinction entre la satisfaction dérivée des aspects physiques de la sexualité (par exemple, le plaisir génital) et la satisfaction dérivée des aspects plus affectifs et intimes (par exemple, les caresses, baisers). Il semblerait que les individus anxieux et évitant diffèrent quant à leurs préférences pour ces deux composantes de la satisfaction sexuelle (Brennan et al., 1998; Davis et al., 2006; Gentzler & Kerns, 2004; Hazan & Shaver, 1994).

Malgré ces limites, le présent essai doctoral permet d'élargir nos connaissances concernant les associations entre l'attachement et l'adaptation sexuelle des couples dont la femme présente une vestibulodynie provoquée. Peu d'études jusqu'à présent avaient investigué ces associations en incluant les deux partenaires du couple ainsi que des analyses dyadiques, ce qui ressort comme une force de cette étude. Compte tenu du fait qu'il s'agisse d'une population clinique, la taille de l'échantillon est également une force de l'étude. Les résultats soulignent l'importance de s'attarder à des variables interpersonnelles tel que l'attachement lorsque nous tentons de comprendre l'adaptation sexuelle des couples confrontés à une problématique de vestibulodynie provoquée. Les résultats mettent en lumière des dynamiques interpersonnelles qui peuvent se produire dans la vie de ces couples. Les résultats soulignent l'importance d'examiner comment les caractéristiques typiques de l'attachement anxieux et évitant peuvent être associées à des difficultés d'affirmation de soi, qui en retour sont associées à des difficultés sur le plan de la satisfaction

sexuelle et du fonctionnement sexuel. Tel que recommandé par Johnson et Zuccarini (2010), une approche orientée vers l'attachement nous offre un modèle intégratif où la sexualité est placée dans le contexte de la relation de couple, une autre force de cette étude. Plus globalement, le présent essai contribue à l'avancement des connaissances concernant les relations bidirectionnelles entre le couple et la sexualité, et ce tant auprès de populations cliniques que non cliniques. En effet, très peu d'études dans le domaine de la sexualité se sont penchées sur l'impact des facteurs dyadiques sur la fonction et la satisfaction sexuelles – une lacune importante que le présent essai vient combler (Dewitte, 2014).

Ces résultats pourraient être intéressants à appliquer dans le travail clinique auprès des femmes atteintes de vestibulodynie. Les femmes présentant une vestibulodynie provoquée, ainsi que leurs partenaires, pourraient bénéficier d'interventions visant le développement des habiletés d'affirmation de soi dans un contexte sexuel, et ce autant en ce qui concerne l'affirmation de leurs préférences sexuelles, que leur capacité à refuser de s'engager dans des activités non désirées. Cliniquement, il serait intéressant de mettre l'accent sur le développement de la flexibilité sexuelle et le respect des limites de chacun. Il serait également intéressant de s'attarder aux habiletés de communication en général, et notamment à la capacité des couples à entrer dans un mode de communication axé sur une résolution de problème efficace. La douleur vaginale amène des limites réelles dans la sphère sexuelle, et une bonne résolution de problème peut aider les couples à adapter leur sexualité à la présence de douleur, où les activités sexuelles qui ne sont pas douloureuses sont maximisées. Une communication qui ouvre la porte au dévoilement des insécurités relationnelles typiques aux enjeux d'attachement, comme la peur d'être abandonné, pourrait permettre aux couples de se rassurer et de rehausser leur niveau d'intimité, une autre facteur favorable à la satisfaction sexuelle. Ceci donnerait au couple l'opportunité d'explorer ensemble leur sexualité dans un contexte où les insécurités de chacun seraient minimisées.

APPENDICE A
Certificat d'éthique du département de psychologie de l'UQAM

No. R2-041212

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Sophie Bergeron

Unité : Département de sexologie

Titre du projet : «*Dyadic determinants of pain and related psychosexual impairment in women with vulvar vestibulitis syndrome*»

Étudiant (s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :

Marika Laprise-Mougeot et Ashley Lemieux, étudiantes à la maîtrise en sexologie; Mélanie Jodoin, Geneviève Desrochers et Bianca Leclerc, étudiantes au doctorat en psychologie.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «*Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM*».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.


Le présent certificat est valide jusqu'au 31 mars 2009.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Directeur, Département de kinanthropologie
Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines
René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité
Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité
Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société
Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques
Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie
Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

12 mai 2008

Date


Joseph Josy Lévy
Président

APPENDICE B
Approbation éthique du CHUM

CENTRE DE RECHERCHE
Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche



Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent – Mezz. 2
Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : 514 890 8000 – Poste 14528
Télécopieur : 514 412 7394
Courriel : karima.bekhiri.chum@csss.gouv.qc.ca

Le 17 mars 2008

Docteur Bernard Lambert
Département de gynécologie
Hôpital Notre-Dame du CHUM

a/s Dre Sophie Bergeron
UQAM/ Dépt. Sexologie
C.P. 8888, Succ. Centre-Ville
Montréal (Qc) H3C 3P8

Objet : SL-06.014 – Renouvellement annuel 2008 - 2009
Titre : Déterminant dyadiques de la douleur et du fonctionnement psychosexuel chez des femmes atteintes de vulvodyne et leurs partenaires.
Protocole : N/A

Cher Docteur,

J'accuse réception en date du 13 mars 2008 de votre rapport annuel pour le projet susmentionné. Votre projet a été approuvé initialement par le comité d'éthique le 24 mars 2006.

Étant donné que l'approbation annuelle du projet se fait à la date anniversaire de l'approbation initiale, je renouvelle, ce jour, l'approbation de votre projet jusqu'au 24 mars 2009.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

André Lavoie, avocat
Vice-président
Comité d'éthique de la recherche
Équipe Saint-Luc du CHUM

AL/kb

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

APPENDICE C
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARTICIPANTE (v.1)

Déterminants dyadiques de la douleur et du fonctionnement psychosexuel chez des femmes atteintes de vulvodynie et leurs partenaires

Projet subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Chercheuse principale: Sophie Bergeron, Ph.D., professeure et psychologue, Université de Montréal

Co-chercheurs : Nili Benazon, Ph.D., professeure et psychologue, Université de Toronto
 Bernard Lambert, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Marc Steben, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Deana Funaro, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Philippe Sauthier, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Samir Khalifé, M.D., Hôpital Général Juif de Montréal
 Marie-Josée Dupuis, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

La présente étude est réalisée par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les chercheurs principaux sont les psychologues Sophie Bergeron du département de psychologie de l'Université de Montréal, situé au 90, avenue Vincent d'Indy, (514) 343-6972, et Nili Benazon du département de psychiatrie de l'Université de Toronto, situé au 250 College Street, (416) 535-8501. Les médecins sont les Dr Bernard Lambert, Dr Marc Steben, Dr Deana Funaro, et Dr Philippe Sauthier de la Clinique VUVA, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Pavillon Notre-Dame, située au 1560 rue Sherbrooke Est, (514) 890-8000, Dr Samir Khalifé de l'Hôpital Général Juif de Montréal, situé au 3755, Côte Ste-Catherine, (514) 340-8222, et Dr Marie-Josée Dupuis, de la Clinique de la Santé Sexuelle de la Femme, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)- Pavillon Saint-Luc, situé au 1560, boul. René-Lévesque est, (514) 890-8000.

Objectif de l'étude

La présente étude a pour but d'élucider le rôle des variables conjugales impliquées dans la douleur, les problèmes sexuels et la détresse psychologique auprès d'une population de femmes souffrant de douleurs vulvo-vaginales provoquées (douleurs vulvaires ou vaginales provoquées par une pression appliquée localement). Nous espérons que cette démarche vers une meilleure compréhension des douleurs vulvo-vaginales aidera les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes qui souffrent de ce problème frustrant et dérangent.

Nature de votre participation

Vous répondrez à des questionnaires portant sur votre histoire médicale, votre douleur vulvo-vaginale, votre sexualité, vos attitudes envers la douleur, votre relation de couple et vos symptômes actuels, physiques et psychologiques (durée totale = 60 minutes). Ces questionnaires vous seront ou bien remis en mains propres par un membre de l'équipe de recherche qui sera présent lors des cliniques régulières de la clinique VUVA du Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Pavillon Notre-Dame, ou vous seront envoyés par courrier si votre médecin vous a informée de cette étude ou si vous avez répondu à une publicité parue dans un journal. On vous remettra/enverra en même temps une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie afin que vous

puissiez retourner les questionnaires par la poste à l'équipe de recherche du Dre Sophie Bergeron de l'Université de Montréal. De plus, on vous remettra/enverra dans une enveloppe scellée des questionnaires destinés à être complétés par votre partenaire. Ces questionnaires seront accompagnés d'un formulaire de consentement afin d'obtenir le consentement écrit de votre partenaire ainsi que d'une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie afin que votre partenaire puisse retourner en toute confidentialité les questionnaires complétés par la poste à l'équipe de recherche du Dre Sophie Bergeron à l'Université de Montréal.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Votre participation à la présente étude scientifique pourra vous permettre de réfléchir à votre problème de douleur vulvo-vaginale et de son impact sur votre vie sexuelle et sur votre vie de couple.

Compensation

Vous bénéficierez d'une entrevue téléphonique d'une durée de trente minutes avec une sexologue clinicienne de l'équipe de recherche du Dre Sophie Bergeron de l'Université de Montréal dont le but sera de vous donner davantage d'information concernant votre problème de douleur vulvo-vaginale.

Risques potentiels pouvant découler de votre participation

Certaines questions pourraient vous paraître intimes. Afin de prévenir le risque d'inconfort, vous pourrez toujours refuser de répondre à certaines questions. Si l'inconfort persiste, vous pourrez en faire part à la coordonnatrice de recherche de cette étude, Mylène Desrosiers, 514-343-6111 poste 47688, qui pourra vous référer à un professionnel de la santé approprié. Il n'y a aucun autre risque à participer à cette étude.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous pourrez poser des questions à propos de cette étude à n'importe quel moment et votre participation est strictement volontaire. Vous pouvez en tout temps vous retirer de l'étude et refuser de répondre à certaines questions sans que votre décision ne vous prive des services professionnels auxquels vous avez droit.

Arrêt potentiel du projet

Votre participation à ce projet de recherche peut être interrompue par le chercheur pour des raisons internes à la conduite du projet ou s'il croit que cela est dans votre intérêt.

Informations

Toute question sur votre participation, critiques ou plaintes peuvent être adressée à Sophie Bergeron (514-343-6111 poste 5353). Si une plainte ne peut être réglée, vous pouvez faire valoir vos droits auprès de la commissaire locale adjointe à la qualité des services, Hôpital Notre-Dame, Madame Louise Brunelle au 514-890-8000 poste 26047.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies pour cette étude seront gardées confidentielles. Les questionnaires que vous aurez complétés seront conservés dans un dossier qui demeurera à la disposition de l'équipe de recherche seulement et sera identifié uniquement par un numéro d'identification. Toutes les informations recueillies lors de ce projet seront conservées et entreposées de façon sécuritaire et confidentielle pendant les 5 années suivant la fin du présent

projet. Par la suite, ces informations seront détruites.

Droits légaux

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur, l'établissement où prend place cette étude ou l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Consentement de la participante

De façon générale, les procédures de l'étude ont été expliquées à ma satisfaction et on a répondu à toutes mes questions. Je suis d'accord pour prendre part à l'étude décrite dans ce document.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire.

Signature (participante)	Date
Nom	

Signature (coordonnatrice de recherche)	Date
Nom	

J'ai expliqué le but, la nature, les risques et inconvénients de la présente étude à la participante et ai répondu à toutes ses questions du meilleur de mes connaissances.

Signature (chercheur)	Date
Nom	

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARTENAIRE (v.1)

Déterminants dyadiques de la douleur et du fonctionnement psychosexuel chez des femmes atteintes de vulvodynie et leurs partenaires

Projet subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada

Chercheure principale: Sophie Bergeron, Ph.D., professeure et psychologue, Université de Montréal

Co-chercheurs : Nili Benazon, Ph.D., professeure et psychologue, Université de Toronto
 Bernard Lambert, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Marc Steben, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Deana Funaro, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Philippe Sauthier, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 Samir Khalifé, M.D., Hôpital Général Juif de Montréal
 Marie-Josée Dupuis, M.D., Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

La présente étude est réalisée par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les chercheurs principaux sont les psychologues Sophie Bergeron du département de psychologie de l'Université de Montréal, situé au 90, avenue Vincent d'Indy, (514) 343-6972, et Nili Benazon du département de psychiatrie de l'Université de Toronto, situé au 250 College Street, (416) 535-8501. Les médecins sont les Dr Bernard Lambert, Dr. Marc Steben, Dr Deana Funaro et Dr. Philippe Sauthier de la Clinique VUVA, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Pavillon Notre-Dame, située au 1560 rue Sherbrooke Est, (514) 890-8000, Dr Samir Khalifé de l'Hôpital Général Juif de Montréal, situé au 3755, Côte Ste-Catherine, (514) 340-8222, et Dr Marie-Josée Dupuis, de la Clinique de la Santé Sexuelle de la Femme, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)- Pavillon Saint-Luc, situé au 1560, boul. René-Lévesque est, (514) 890-8000.

Objectif de l'étude

L'objectif de votre participation au présent projet de recherche est de recueillir de l'information à propos du rôle du partenaire masculin dans l'expérience des douleurs vulvo-vaginales et leur traitement. Nous espérons que cette démarche vers une meilleure compréhension de la douleur vulvo-vaginale aidera les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes qui souffrent de ce problème frustrant et dérangeant.

Nature de votre participation

Votre participation à la présente étude impliquera la complétion de questionnaires à propos de vos réactions à la douleur, votre fonctionnement sexuel, votre satisfaction relationnelle et vos symptômes psychologiques actuels (durée = 45 minutes). Une fois les questionnaires remplis, vous devrez les envoyer par courrier à Sophie Bergeron – chercheure de l'étude – dans l'enveloppe de retour pré-affranchie qui vous a été fournie.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Votre participation à cette étude pourrait bénéficier aux femmes qui souffrent de douleurs vulvo-vaginales en aidant les chercheurs à clarifier le rôle du partenaire dans l'expérience de la douleur et dans le traitement de ce type de problème.

Risques potentiels pouvant découler de votre participation

Certains items des questionnaires peuvent vous paraître très intimes. Afin de prévenir tout risque d'inconfort, vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions. Il n'y a aucun autre risque à participer à cette étude.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous pouvez poser des questions à propos de cette étude à n'importe quel moment et votre participation est strictement volontaire. Vous pouvez en tout temps vous retirer de l'étude et refuser de répondre à certaines questions sans que votre décision ne vous prive des services professionnels auxquels vous avez droit.

Informations

Toutes questions sur votre participation, critiques ou plaintes peuvent être adressées à Sophie Bergeron (514-343-6111 poste 5353). Si une plainte ne peut être réglée, vous pouvez faire valoir vos droits auprès de la commissaire locale adjointe à la qualité des services, Hôpital Notre-Dame, Madame Louise Brunelle au 514-890-8000 poste 26047.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront gardées confidentielles. Une copie des questionnaires sera conservée dans un dossier. Ce dossier demeurera à la disposition des membres de l'équipe de recherche seulement et sera identifié par un numéro d'identification. À la fin de l'étude, tous les questionnaires seront détruits.

Droits légaux

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur, l'établissement où prend place cette étude ou l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Consentement du participant

De façon générale, les procédures de l'étude ont été expliquées à ma satisfaction et on a répondu à toutes mes questions. Je suis d'accord pour prendre part à l'étude. Je garderai une copie de ce formulaire.

Je recevrai une copie signée du présent formulaire de consentement

Signature (participant)	Date
Nom	

Signature (coordonnatrice de recherche)	Date
Nom	

J'ai expliqué le but, la nature, les risques et inconvénients de la présente étude au participant et ai répondu à toutes ses questions du meilleur de mes connaissances.

Signature (chercheur)	Date
Sophie Bergeron, Ph.D.	
Nom	

APPENDICE D
Cahier questionnaires de l'étude – version pour les femmes

Date : _____

Numéro d'identification : _____

**Déterminants dyadiques de la douleur et du fonctionnement
psychosexuel chez des femmes atteintes de vulvodynie et leurs
partenaires**

Version pour les femmes

*** Veuillez lire attentivement ces consignes générales avant de débiter. ***

- ❖ Ce cahier comprend une série de questionnaires à compléter.
- ❖ Vous devez compléter ces questionnaires individuellement.
- ❖ Il est bien important de toujours lire la consigne propre à un questionnaire avant de le compléter.
- ❖ Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.
- ❖ Vous devez compléter tous les questionnaires dans la mesure du possible et faire bien attention de répondre à toutes les questions. En cas d'inconfort, vous pourrez toujours refuser de répondre à certaines questions.
- ❖ Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle qui se rapproche le plus de votre situation.
- ❖ À moins d'avis contraire, vous ne devez donner qu'une seule réponse par question.
- ❖ Portez attention aux choix de réponses qui peuvent varier d'un questionnaire à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même questionnaire.
- ❖ Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles et votre participation est anonyme.

Nous tenons à vous remercier de votre généreuse participation qui contribuera à l'avancement de la recherche scientifique.

Merci et bonne journée!

L'équipe du Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique

Questionnaire sociodémographique

1. Date de naissance _____ - _____ - _____
 jour mois année
2. Âge : _____ ans
3. Lieu de naissance :
 - 1) Canada
 - 2) États-Unis
 - 3) Europe de l'Ouest
 - 4) Europe de l'Est
 - 5) Afrique
 - 6) Asie
 - 7) Australie
 - 8) Moyen-Orient
 - 9) Amérique Latine - Amérique du Sud
 - 10) Caraïbes
4. Quelle est la culture à laquelle vous vous sentez le plus étroitement liée?
 - 1) Québécoise ou Canadienne française
 - 2) Canadienne Anglaise
 - 3) Américaine
 - 4) Européenne de l'Ouest
 - 5) Européenne de l'Est
 - 6) Africaine
 - 7) Asiatique
 - 8) Australienne
 - 9) Moyen-Orient
 - 10) Latino-Américaine - Sud-Américaine
 - 11) Caraïbes
5. Quelle est votre langue maternelle? _____
6. Dans quelle religion avez-vous été élevée? _____
7. Combien d'années de scolarité avez-vous? (comptez à partir de la première année du primaire)

8. Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage? (Total de votre revenu et de celui de votre partenaire avant impôt.)

1) \$000 - \$9,999	5) \$40,000 - \$49,999	9) \$80,000 - \$89,999
2) \$10,000 - \$19,999	6) \$50,000 - \$59,999	10) \$90,000 - \$99,999
3) \$20,000 - \$29,999	7) \$60,000 - \$69,999	11) \$100,000 et plus
4) \$30,000 - \$39,999	8) \$70,000 - \$79,999	

Questionnaire sociodémographique

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

- 1) je cohabite avec mon partenaire
- 2) je suis mariée
- 3) je suis impliquée dans une relation amoureuse

10. Depuis combien de temps dure votre relation de couple (depuis combien de temps êtes-vous impliquée dans une relation amoureuse avec votre partenaire actuel)?

_____ années _____ mois

Histoire de la douleur

1. À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle? _____ ans
2. Vous souvenez-vous de cette expérience comme ayant été quelque chose de douloureux?
 - 1) Oui
 - 2) Non (Si « Non », sautez à la question 4)
3. Si oui, était-ce la même douleur que celle que vous ressentez maintenant ?
 - 1) Oui
 - 2) Non
4. Depuis combien de temps ressentez-vous de la douleur pendant les relations sexuelles?

_____année(s) _____mois
5. Comment cela a-t-il commencé? (encerclez tout ce qui s'applique)
 - 1) avec ma première relation sexuelle
 - 2) après des infections vaginales répétées
 - 3) après avoir accouché
 - 4) sans raison apparente
 - 5) quant j'ai changé de partenaire
 - 6) après des infections urinaires répétées
 - 7) avec l'arrivée de ma ménopause
 - 8) après une chirurgie gynécologique
 - 9) après un stress important (e.g. conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
 - 10) après un avortement
 - 11) autre _____
6. Avez-vous toujours ressenti de la douleur pendant les relations sexuelles depuis la première fois que vous avez ressentie ce type de douleur?
 - 1) oui
 - 2) non, ça dépend du partenaire
 - 3) non, quand j'ai arrêté de prendre la pilule, la douleur est disparue, puis est revenue
 - 4) non, ça vient et ça part sans raison apparente
 - 5) non, après avoir accouché, ça s'est arrêté temporairement et puis c'est revenu
 - 6) non, après le traitement suivant _____, ça s'est arrêté et puis c'est revenu
 - 7) non, autre _____
7. Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel depuis que la douleur a commencé?
 - 1) Oui
 - 2) Non

Intensité de la douleur - Section à compléter pour les femmes ayant présentement des activités sexuelles avec pénétration vaginale

**** Si vous n'avez pas d'activités sexuelles avec pénétration vaginale, sautez à la page 6. ****

1. Durant les 6 derniers mois, environ combien de fois par mois avez-vous essayé d'avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale? _____ fois par mois
2. Durant les 6 derniers mois, environ combien de fois par mois le pénis en érection de votre partenaire a-t-il pu pénétrer votre vagin (pénétration vaginale complète)? _____ fois par mois.
3. À quel endroit de la région génitale ressentez-vous habituellement la douleur lors des activités sexuelles avec pénétration vaginale?

- 1) à l'entrée du vagin
- 2) partout sur la vulve
- 3) à l'intérieur du vagin

4. Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur vulvo-vaginale des 6 derniers mois sur une échelle de 0 à 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune douleur										douleur la plus intense

5. Durant les 6 derniers mois, avez-vous régulièrement ressenti de la douleur dans la région génitale lors des situations suivantes? (encerclez tout ce qui s'applique)
- 1) friction due à des vêtements serrés
 - 2) quand vous urinez
 - 3) en urinant après une relation sexuelle
 - 4) à l'insertion d'un tampon
 - 5) en enlevant un tampon
 - 6) durant la masturbation (seule)
 - 7) lorsque votre partenaire vous stimule manuellement
 - 8) lorsque votre partenaire vous stimule oralement
 - 9) en insérant un ou plusieurs doigts dans votre vagin
 - 10) lors d'un examen gynécologique régulier
 - 11) lors d'activité(s) sportive(s)
 - 12) douleur sans raison apparente, non liée à une activité spécifique
 - 13) autre, veuillez spécifier _____

Intensité de la douleur - Section à compléter pour les femmes n'ayant pas d'activités sexuelles avec pénétration vaginale

**** Si vous avez des activités sexuelles avec pénétration vaginale, sautez à la page 8. ****

1. Depuis combien de temps vous n'avez pas eu d'activités sexuelles avec pénétration vaginale?
 _____ année(s) _____ mois

2. Quelle est la raison pour laquelle vous n'avez pas eu d'activités sexuelles avec pénétration vaginale dans les 6 derniers mois?
 - 1) Je n'ai pas de partenaire présentement
 - 2) Ça fait trop mal
 - 3) Je n'ai pas de désir sexuel
 - 4) Mon partenaire a des problèmes d'érection
 - 5) Mon partenaire n'a pas de désir sexuel
 - 6) Mon partenaire ou moi a peur de me faire mal
 - 7) Autre _____

3. Dans le passé, environ combien de fois par mois **essayiez-vous** d'avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale? _____ fois par mois

4. Dans le passé, environ combien de fois par mois le pénis en érection de votre partenaire **pouvait-il** pénétrer votre vagin (pénétrations vaginales complètes)? _____ fois par mois

5. À quel endroit de la région génitale ressentiez-vous habituellement la douleur lors des activités sexuelles avec pénétration vaginale?
 - 1) à l'entrée du vagin
 - 2) partout sur la vulve
 - 3) à l'intérieur du vagin

6. Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur vulvo-vaginale des 6 derniers mois sur une échelle de 0 à 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune douleur										douleur la plus intense

Intensité de la douleur - Section à compléter pour les femmes n'ayant pas d'activités sexuelles avec pénétration vaginale

7. Avez-vous déjà régulièrement ressenti de la douleur dans la région génitale lors des situations suivantes? (encerclez tout ce qui s'applique)

- 1) friction due à des vêtements serrés
- 2) quand vous urinez
- 3) en urinant après une relation sexuelle
- 4) à l'insertion d'un tampon
- 5) en enlevant un tampon
- 6) durant la masturbation (seule)
- 7) lorsque votre partenaire vous stimule manuellement
- 8) lorsque votre partenaire vous stimule oralement
- 9) en insérant un ou plusieurs doigts dans votre vagin
- 10) lors d'un examen gynécologique régulier
- 11) lors d'activité(s) sportive(s)
- 12) douleur sans raison apparente, non liée à une activité spécifique
- 13) autre, veuillez spécifier _____

Questionnaire McGill – Melzack sur la douleur

****Consignes****

Le questionnaire McGill – Melzack sur la douleur (MPQ) vous aide à décrire la douleur vulvo-vaginale que vous ressentez. Noircissez la zone douloureuse sur l'image correspondante du MPQ et complétez le questionnaire.

Pour chacune des catégories d'adjectifs, choisissez l'adjectif qui décrit le mieux le type de douleur vulvo-vaginale que vous ressentez habituellement. **Vous ne pouvez pas choisir plus d'un adjectif par catégorie, mais vous n'êtes pas obligée d'en choisir un dans toutes les catégories.** Vous devez choisir uniquement les adjectifs qui sont significatifs pour vous.

Questionnaire McGill – Melzack sur la douleur

* Important : Choisissez un seul adjectif par catégorie, mais vous n'êtes pas obligée d'en choisir un dans toutes les catégories.

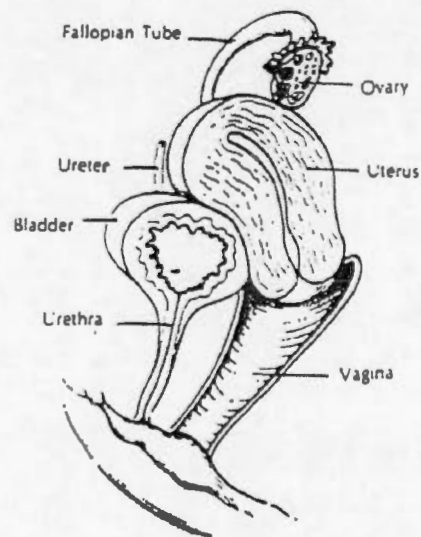
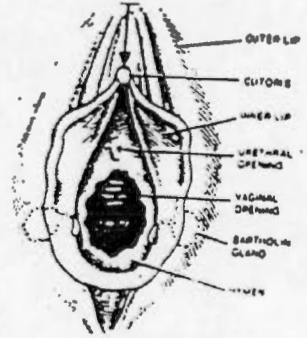
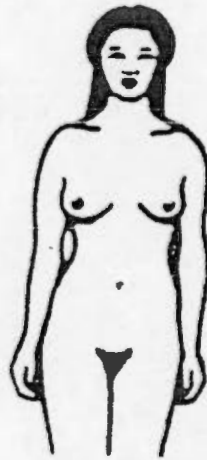
La douleur que je ressens au niveau vulvo-vaginal est une douleur...

1	Qui tremblote Qui tremble Qui palpite Qui bat Qui élance Qui martèle	11	Fatigante Épuisante
2	Par secousse Brusque Fulgurante	12	Écoeurante Étouffante
3	Qui pique Qui perce Qui pénètre Qui poignarde	13	Épouvante Effrayante Terrifiante
4	Vive Aigue Déchirante	14	Violente Éreintante Cruelle Tuante Torturante
5	Qui pince Qui presse Qui ronge Qui crampe Qui écrase	15	Déprimante Aveuglante
6	Qui tiraille Qui tire Qui tord	16	Agaçante Exaspérante Intense Horrible Intolérable
7	Chaude Brûlante Bouillante Comme marqué au fer rouge	17	Qui s'étend Qui rayonne Qui rentre Qui transperce
8	Qui fourmille Qui démange Cuisante Cinglante	18	Raide Engourdie Tendue Qui serre Qui arrache
9	Sourde Douloureuse Drue Pénible Poignante	19	Fraîche Froide Glacée

PPI	
0	Pas de douleur
1	Faible
2	Inconfortable
3	Forte
4	Sévère
5	Insupportable

Section PPI :
Évaluez
l'intensité de
votre douleur
en mettant un
« X »

Noircissez la zone douloureuse sur l'image correspondante



Questionnaire sur les expériences amoureuses

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez votre relation **actuelle**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Encercliez le chiffre correspondant à votre choix selon l'échelle suivante :

	Fortement en désaccord									Fortement en accord				
	1	2	3	4	5	6	7							
1	Je trouve relativement facile de me rapprocher de mon partenaire.							1	2	3	4	5	6	7
2	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon partenaire.							1	2	3	4	5	6	7
3	Je m'inquiète à l'idée que mon partenaire amoureux ne se soucie pas autant de moi que je me soucie de lui.							1	2	3	4	5	6	7
4	Mon désir d'être très près des gens les fait parfois fuir.							1	2	3	4	5	6	7
5	Il n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon partenaire.							1	2	3	4	5	6	7
6	J'ai peur de perdre l'amour de mon partenaire.							1	2	3	4	5	6	7
7	Cela me met en colère de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de la part de mon partenaire.							1	2	3	4	5	6	7
8	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon partenaire.							1	2	3	4	5	6	7
9	Je trouve difficile de me permettre de dépendre de mon partenaire amoureux.							1	2	3	4	5	6	7
10	Je souhaite souvent que les sentiments de mon partenaire envers moi soient aussi forts que mes sentiments envers lui.							1	2	3	4	5	6	7
11	Je trouve que mon partenaire ne veut pas être aussi près de moi que je le souhaiterais.							1	2	3	4	5	6	7
12	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon partenaire amoureux.							1	2	3	4	5	6	7
13	J'ai peur qu'une fois que mon partenaire amoureux apprend à me connaître, il n'aimera pas qui je suis vraiment.							1	2	3	4	5	6	7
14	Mon partenaire semble seulement me remarquer quand je suis en colère.							1	2	3	4	5	6	7
15	Je deviens mal à l'aise lorsque mon partenaire amoureux veut être très près de moi.							1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire sur les expériences amoureuses

	Fortement en désaccord			Neutre ou partagée				Fortement en accord			
	1	2	3	4	5	6	7				
16	Je discute habituellement de mes problèmes et de mes préoccupations avec mon partenaire.				1	2	3	4	5	6	7
17	Lorsque je montre mes sentiments à mon partenaire amoureux, j'ai peur qu'il ne ressente pas les mêmes sentiments envers moi.				1	2	3	4	5	6	7
18	Il m'est facile d'être affectueuse envers mon partenaire.				1	2	3	4	5	6	7
19	Quelquefois, mon partenaire amoureux change ses sentiments envers moi sans raison apparente.				1	2	3	4	5	6	7
20	Je m'inquiète souvent à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.				1	2	3	4	5	6	7
21	Je me sens à l'aise de dépendre de mon partenaire amoureux.				1	2	3	4	5	6	7
22	Il est aidant de me tourner vers mon partenaire en cas de besoin.				1	2	3	4	5	6	7
23	Je ne m'inquiète pas souvent à l'idée d'être abandonnée.				1	2	3	4	5	6	7
24	Mon partenaire me comprend bien et comprend bien mes besoins.				1	2	3	4	5	6	7
25	Mon partenaire amoureux me fait douter de moi-même.				1	2	3	4	5	6	7
26	Je suis très à l'aise d'être près de mon partenaire amoureux.				1	2	3	4	5	6	7
27	Je m'inquiète souvent à l'idée que mon partenaire ne voudra pas rester avec moi.				1	2	3	4	5	6	7
28	Je dis presque tout à mon partenaire.				1	2	3	4	5	6	7
29	Quand mon partenaire n'est pas à proximité, je m'inquiète à l'idée qu'il pourrait s'intéresser à quelqu'un d'autre que moi.				1	2	3	4	5	6	7
30	Je m'inquiète à l'idée que je ne serai pas à la hauteur des autres.				1	2	3	4	5	6	7
31	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations interpersonnelles.				1	2	3	4	5	6	7
32	Je discute avec mon partenaire de nos problèmes.				1	2	3	4	5	6	7
33	Je suis nerveuse quand mon partenaire se rapproche trop de moi.				1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire sur les expériences amoureuses

	Fortement en désaccord								Fortement en accord					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
34	Je m'inquiète rarement à l'idée que mon partenaire me quitte.							1	2	3	4	5	6	7
35	Je trouve facile de dépendre de mon partenaire amoureux.							1	2	3	4	5	6	7
36	Je préfère ne pas être trop près de mon partenaire amoureux.							1	2	3	4	5	6	7

Index de Hulbert

S.V.P Veuillez encrer la réponse qui vous décrit le mieux. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

1. Je me sens inconfortable de parler durant les relations sexuelles.	1	2	3	4	5
2. En ce qui concerne la sexualité, je me sens timide.	1	2	3	4	5
3. J'initie le contact envers mon partenaire pour avoir des relations sexuelles lorsque je le désire.	1	2	3	4	5
4. Je pense que je suis ouverte avec mon partenaire concernant mes besoins sexuels.	1	2	3	4	5
5. Je prends plaisir à partager mes fantasmes sexuels avec mon partenaire.	1	2	3	4	5
6. Je me sens à l'aise de parler de sexualité avec mes ami(e)s.	1	2	3	4	5
7. Je communique mon désir sexuel à mon partenaire.	1	2	3	4	5
8. Il est difficile pour moi de me toucher durant les relations sexuelles.	1	2	3	4	5
9. Il est difficile pour moi de dire non même quand je ne veux pas avoir de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
10. Je suis hésitante à me décrire comme étant une personne sexuelle.	1	2	3	4	5
11. Je me sens mal à l'aise de dire à mon partenaire quelles sensations sont agréables.	1	2	3	4	5
12. J'affirme mes sentiments liés à la sexualité.	1	2	3	4	5
13. Je suis hésitante à insister pour que mon partenaire me satisfasse.	1	2	3	4	5
14. Je me retrouve à avoir des relations sexuelles lorsque je ne le veux pas réellement.	1	2	3	4	5
15. Lorsqu'un comportement sexuel n'est pas agréable, je le dis à mon partenaire.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à l'aise de louer sexuellement mon partenaire.	1	2	3	4	5
17. Il est facile pour moi de discuter de sexualité avec mon partenaire.	1	2	3	4	5
18. Je me sens à l'aise d'initier les relations sexuelles avec mon partenaire.	1	2	3	4	5

Index de Hulbert				
-------------------------	--	--	--	--

	Jamais 1	Rarement 2	Parfois 3	Souvent 4	Toujours 5
19. Je me retrouve à faire des activités sexuelles que je n'aime pas.	1	2	3	4	5
20. Faire plaisir à mon partenaire est plus important que mon propre plaisir.	1	2	3	4	5
21. Je me sens à l'aise de dire à mon partenaire comment me toucher.	1	2	3	4	5
22. Je prends plaisir à me masturber jusqu'à l'orgasme.	1	2	3	4	5
23. Si quelque chose est agréable, j'insiste pour le faire à nouveau.	1	2	3	4	5
24. Il est difficile pour moi d'être honnête à propos de mes sentiments envers la sexualité.	1	2	3	4	5
25. J'essaie d'éviter de discuter à propos de la sexualité.	1	2	3	4	5

Mesure globale de satisfaction sexuelle

Consigne : Globalement, comment décririez-vous votre relation sexuelle avec votre partenaire? Pour chaque paire de mots, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre relation sexuelle.

1.

Très bonne				Très mauvaise		
7	6	5	4	3	2	1

2.

Très agréable				Très désagréable		
7	6	5	4	3	2	1

3.

Très positive				Très négative		
7	6	5	4	3	2	1

4.

Très satisfaisante				Très insatisfaisante		
7	6	5	4	3	2	1

5.

Très précieuse				Sans aucune valeur		
7	6	5	4	3	2	1

Index de fonction sexuelle de la femme (FSFI)

Ces questions portent sur vos sentiments et réponses sexuelles **des 4 dernières semaines**. Répondez aux questions suivantes le plus honnêtement et le plus clairement possible. Vos réponses sont entièrement confidentielles. Les définitions ci-dessous s'appliquent aux questions auxquelles vous aurez à répondre:

Activité sexuelle: Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

Rapport sexuel: Pénétration vaginale (introduction du pénis dans le vagin).

Stimulation sexuelle: Comprend des situations telles que les préliminaires avec un partenaire, la masturbation, les fantasmes sexuels, etc.

Excitation sexuelle: L'excitation sexuelle est un état qui comporte des aspects physiques et mentaux. L'excitation peut inclure des sensations de chaleur ou de picotement dans les organes génitaux, de la lubrification (être «mouillée»), ou des contractions musculaires.

Ne cochez qu'une seule réponse par question.

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

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

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous sentie excitée pendant des activités ou rapports sexuels?
 1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Presque toujours ou toujours.
 3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
 4. Parfois (environ la moitié du temps).
 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
 6. Presque jamais ou jamais.

Index de fonction sexuelle de la femme (FSFI)
--

4. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?
 1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Très élevé.
 3. Élevé.
 4. Modéré.
 5. Faible.
 6. Très faible ou absent.

5. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous confiante de devenir excitée pendant des activités ou rapports sexuels?
 1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Confiance très élevée.
 3. Confiance élevée.
 4. Confiance modérée.
 5. Confiance faible.
 6. Confiance très faible ou absente.

6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été satisfaite de votre excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?
 1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Presque toujours ou toujours.
 3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
 4. Parfois (environ la moitié du temps).
 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
 6. Presque jamais ou jamais.

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence êtes-vous devenue lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels?
 1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Presque toujours ou toujours.
 3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
 4. Parfois (environ la moitié du temps).
 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
 6. Presque jamais ou jamais.

Index de fonction sexuelle de la femme (FSFI)
--

8. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de devenir lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Extrêmement difficile ou impossible.
 3. Très difficile.
 4. Difficile.
 5. Quelque peu difficile.
 6. Pas difficile.
9. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous maintenu votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Presque toujours ou toujours.
 3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
 4. Parfois (environ la moitié du temps).
 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
 6. Presque jamais ou jamais.
10. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de maintenir votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Extrêmement difficile ou impossible.
 3. Très difficile.
 4. Difficile.
 5. Quelque peu difficile.
 6. Pas difficile.
11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle fréquence avez-vous atteint l'orgasme (jouissance)?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Presque toujours ou toujours.
 3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
 4. Parfois (environ la moitié du temps).
 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
 6. Presque jamais ou jamais.

Index de fonction sexuelle de la femme (FSFI)
--

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, jusqu'à quel point était-il difficile pour vous d'atteindre l'orgasme (jouissance)?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Extrêmement difficile ou impossible.
 3. Très difficile.
 4. Difficile.
 5. Quelque peu difficile
 6. Pas difficile.
13. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme (jouissance) pendant des activités ou rapports sexuels?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Très satisfaite.
 3. Modérément satisfaite.
 4. Également satisfaite et insatisfaite.
 5. Modérément insatisfaite.
 6. Très insatisfaite.
14. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite du degré de proximité émotionnelle entre vous et votre partenaire lors d'activités sexuelles?
1. Pas d'activité sexuelle.
 2. Très satisfaite.
 3. Modérément satisfaite.
 4. Également satisfaite et insatisfaite.
 5. Modérément insatisfaite.
 6. Très insatisfaite.
15. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de l'aspect sexuel de votre relation avec votre partenaire?
1. Très satisfaite.
 2. Modérément satisfaite.
 3. Également satisfaite et insatisfaite.
 4. Modérément insatisfaite.
 5. Très insatisfaite.

Index de fonction sexuelle de la femme (FSFI)
--

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

Date : _____

Numéro d'identification : _____

**Déterminants dyadiques de la douleur et du fonctionnement
psychosexuel chez des femmes atteintes de vulvodynie et leurs
partenaires**

Version partenaire

Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique

514-987-3000 poste 2102

Procédure pour compléter les questionnaires
--

*** Veuillez lire attentivement ces consignes générales avant de débiter. ***

- ❖ Ce cahier comprend une série de questionnaires à compléter.
- ❖ Vous devez compléter ces questionnaires individuellement.
- ❖ Il est bien important de toujours lire la consigne propre à un questionnaire avant de le compléter.
- ❖ Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.
- ❖ Vous devez compléter tous les questionnaires dans la mesure du possible et faire bien attention de répondre à toutes les questions. En cas d'inconfort, vous pourrez toujours refuser de répondre à certaines questions.
- ❖ Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle qui se rapproche le plus de votre situation.
- ❖ À moins d'avis contraire, vous ne devez donner qu'une seule réponse par question.
- ❖ Portez attention aux choix de réponses qui peuvent varier d'un questionnaire à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même questionnaire.
- ❖ Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles et votre participation est anonyme.

Nous tenons à vous remercier de votre généreuse participation qui contribuera à l'avancement de la recherche scientifique.

Merci et bonne journée!

L'équipe du Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique

Questionnaire sociodémographique

1. Date de naissance _____ - _____ - _____
 jour mois année

2. Âge : _____ ans

3. Lieu de naissance :
 - 1) Canada
 - 2) États-Unis
 - 3) Europe de l'Ouest
 - 4) Europe de l'Est
 - 5) Afrique
 - 6) Asie
 - 7) Australie
 - 8) Moyen-Orient
 - 9) Amérique Latine (Amérique du Sud)
 - 10) Caraïbes

4. Quelle est la culture à laquelle vous vous sentez le plus étroitement lié?
 - 1) Québécoise ou Canadienne française
 - 2) Canadienne Anglaise
 - 3) Américaine
 - 4) Européenne de l'Ouest
 - 5) Européenne de l'Est
 - 6) Africaine
 - 7) Asiatique
 - 8) Australienne
 - 9) Moyen-Orient
 - 10) Latino-Américaine (Sud-Américaine)
 - 11) Caraïbes

5. Quelle est votre langue maternelle? _____

6. Dans quelle religion avez-vous été élevé? _____

7. Combien d'années de scolarité avez-vous? (comptez à partir de la première année du primaire)

Questionnaire sur les expériences amoureuses

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez votre relation **actuelle**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Encercliez le chiffre correspondant à votre choix selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord	1	2	3	Neutre ou partagé	4	5	6	7	Fortement en accord			
1	Je trouve relativement facile de me rapprocher de ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
2	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
3	Je m'inquiète à l'idée que ma partenaire amoureuse ne se soucie pas autant de moi que je me soucie d'elle.					1	2	3	4	5	6	7
4	Mon désir d'être très près des gens les fait parfois fuir.					1	2	3	4	5	6	7
5	Il n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
6	J'ai peur de perdre l'amour de ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
7	Cela me met en colère de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de la part de ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
8	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
9	Je trouve difficile de me permettre de dépendre de ma partenaire amoureuse.					1	2	3	4	5	6	7
10	Je souhaite souvent que les sentiments de ma partenaire envers moi soient aussi forts que mes sentiments envers elle.					1	2	3	4	5	6	7
11	Je trouve que ma partenaire ne veut pas être aussi près de moi que je le souhaiterais.					1	2	3	4	5	6	7
12	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à ma partenaire amoureuse.					1	2	3	4	5	6	7
13	J'ai peur qu'une fois que ma partenaire amoureuse apprend à me connaître, elle n'aimera pas qui je suis vraiment.					1	2	3	4	5	6	7
14	Ma partenaire semble seulement me remarquer quand je suis en colère.					1	2	3	4	5	6	7
15	Je deviens mal à l'aise lorsque ma partenaire amoureuse veut être très près de moi.					1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire sur les expériences amoureuses

	Fortement en désaccord	Neutre ou partagé					Fortement en accord					
		1	2	3	4	5		6	7			
16	Je discute habituellement de mes problèmes et de mes préoccupations avec ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
17	Lorsque je montre mes sentiments à ma partenaire amoureuse, j'ai peur qu'elle ne ressente pas les mêmes sentiments envers moi.					1	2	3	4	5	6	7
18	Il m'est facile d'être affectueux envers ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
19	Quelquefois, ma partenaire amoureuse change ses sentiments envers moi sans raison apparente.					1	2	3	4	5	6	7
20	Je m'inquiète souvent à l'idée que ma partenaire ne m'aime pas vraiment.					1	2	3	4	5	6	7
21	Je me sens à l'aise de dépendre de ma partenaire amoureuse.					1	2	3	4	5	6	7
22	Il est aidant de me tourner vers ma partenaire en cas de besoin.					1	2	3	4	5	6	7
23	Je ne m'inquiète pas souvent à l'idée d'être abandonné.					1	2	3	4	5	6	7
24	Ma partenaire me comprend bien et comprend bien mes besoins.					1	2	3	4	5	6	7
25	Ma partenaire amoureuse me fait douter de moi-même.					1	2	3	4	5	6	7
26	Je suis très à l'aise d'être près de ma partenaire amoureuse.					1	2	3	4	5	6	7
27	Je m'inquiète souvent à l'idée que ma partenaire ne voudra pas rester avec moi.					1	2	3	4	5	6	7
28	Je dis presque tout à ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
29	Quand ma partenaire n'est pas à proximité, je m'inquiète à l'idée qu'elle pourrait s'intéresser à quelqu'un d'autre que moi.					1	2	3	4	5	6	7
30	Je m'inquiète à l'idée que je ne serai pas à la hauteur des autres.					1	2	3	4	5	6	7
31	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations interpersonnelles.					1	2	3	4	5	6	7
32	Je discute avec ma partenaire de nos problèmes.					1	2	3	4	5	6	7
33	Je suis nerveux quand ma partenaire se rapproche trop de moi.					1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire sur les expériences amoureuses

Fortement en désaccord								Fortement en accord					
1	2	3	4	5	6	7	8	9					
34	Je m'inquiète rarement à l'idée que ma partenaire me quitte.						1	2	3	4	5	6	7
35	Je trouve facile de dépendre de ma partenaire amoureuse.						1	2	3	4	5	6	7
36	Je préfère ne pas être trop près de ma partenaire amoureuse.						1	2	3	4	5	6	7

Index de Hulbert

S.V.P Veuillez encercler la réponse qui vous décrit le mieux. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

1. Je me sens inconfortable de parler durant les relations sexuelles.	1	2	3	4	5
2. En ce qui concerne la sexualité, je me sens timide.	1	2	3	4	5
3. J'initie le contact envers ma partenaire pour avoir des relations sexuelles lorsque je le désire.	1	2	3	4	5
4. Je pense que je suis ouvert avec ma partenaire concernant mes besoins sexuels.	1	2	3	4	5
5. Je prends plaisir à partager mes fantasmes sexuels avec ma partenaire.	1	2	3	4	5
6. Je me sens à l'aise de parler de sexualité avec mes ami(e)s.	1	2	3	4	5
7. Je communique mon désir sexuel à ma partenaire.	1	2	3	4	5
8. Il est difficile pour moi de me toucher durant les relations sexuelles.	1	2	3	4	5
9. Il est difficile pour moi de dire non même quand je ne veux pas avoir de relations sexuelles.	1	2	3	4	5
10. Je suis hésitant à me décrire comme étant une personne sexuelle.	1	2	3	4	5
11. Je me sens mal à l'aise de dire à ma partenaire quelles sensations sont agréables.	1	2	3	4	5
12. J'affirme mes sentiments reliés à la sexualité.	1	2	3	4	5
13. Je suis hésitant à insister pour que ma partenaire me satisfasse.	1	2	3	4	5
14. Je me retrouve à avoir des relations sexuelles lorsque je ne le veux pas réellement.	1	2	3	4	5
15. Lorsqu'un comportement sexuel n'est pas agréable, je le dis à ma partenaire.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à l'aise de louer sexuellement ma partenaire.	1	2	3	4	5
17. Il est facile pour moi de discuter de sexualité avec ma partenaire.	1	2	3	4	5
18. Je me sens à l'aise d'initier les relations sexuelles avec ma partenaire.	1	2	3	4	5

Index de Hulbert				
-------------------------	--	--	--	--

	Jamais 1	Rarement 2	Parfois 3	Souvent 4	Toujours 5
19. Je me retrouve à faire des activités sexuelles que je n'aime pas.	1	2	3	4	5
20. Faire plaisir à ma partenaire est plus important que mon propre plaisir.	1	2	3	4	5
21. Je me sens à l'aise de dire à ma partenaire comment me toucher.	1	2	3	4	5
22. Je prends plaisir à me masturber jusqu'à l'orgasme.	1	2	3	4	5
23. Si quelque chose est agréable, j'insiste pour le faire à nouveau.	1	2	3	4	5
24. Il est difficile pour moi d'être honnête à propos de mes sentiments envers la sexualité.	1	2	3	4	5
25. J'essaie d'éviter de discuter à propos de la sexualité.	1	2	3	4	5

Mesure globale de satisfaction sexuelle

Consigne : Globalement, comment décririez-vous votre relation sexuelle avec votre partenaire? Pour chaque paire de mots, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre relation sexuelle.

1.

Très bonne				Très mauvaise		
7	6	5	4	3	2	1

2.

Très agréable				Très désagréable		
7	6	5	4	3	2	1

3.

Très positive				Très négative		
7	6	5	4	3	2	1

4.

Très satisfaisante				Très insatisfaisante		
7	6	5	4	3	2	1

5.

Très précieuse				Sans aucune valeur		
7	6	5	4	3	2	1

Formulaire d'histoire sexuelle

Veillez indiquer la réponse la plus appropriée à chacune des questions suivantes. Si vous n'avez pas eu de partenaire dans la dernière année, vous référer à vos expériences sexuelles passées ou vos expériences masturbatoires.

1- À quelle fréquence avez-vous des activités ou des relations sexuelles avec votre partenaire?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plus d'une fois par jour
<input type="checkbox"/> 2. Une fois par jour
<input type="checkbox"/> 3. De 3 à 4 fois par semaine
<input type="checkbox"/> 4. Deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> 5. Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6. Une fois par deux semaines
<input type="checkbox"/> 7. Une fois par mois
<input type="checkbox"/> 8. Moins d'une fois par mois
<input type="checkbox"/> 9. Jamais |
|---|--|

2- À quelle fréquence aimeriez-vous avoir des relations ou des activités sexuelles?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plus d'une fois par jour
<input type="checkbox"/> 2. Une fois par jour
<input type="checkbox"/> 3. De 3 à 4 fois par semaine
<input type="checkbox"/> 4. Deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> 5. Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6. Une fois par deux semaines
<input type="checkbox"/> 7. Une fois par mois
<input type="checkbox"/> 8. Moins d'une fois par mois
<input type="checkbox"/> 9. Jamais |
|---|--|

3- Qui est habituellement l'initiateur de vos relations ou activités sexuelles?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Toujours moi
<input type="checkbox"/> 2. Moi, habituellement
<input type="checkbox"/> 3. Mon/ma partenaire et moi-même en proportion assez égale | <input type="checkbox"/> 4. Mon/ma partenaire, habituellement
<input type="checkbox"/> 5. Toujours mon/ma partenaire |
|--|---|

4- Par qui préféreriez-vous que vos relations ou activités sexuelles soient initiées?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Toujours moi
<input type="checkbox"/> 2. Moi, de préférence
<input type="checkbox"/> 3. Mon/ma partenaire et moi-même en proportion assez égale | <input type="checkbox"/> 4. Mon/ma partenaire, de préférence
<input type="checkbox"/> 5. Toujours mon/ma partenaire |
|---|--|

5- À quelle fréquence vous masturbez-vous?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plus d'une fois par jour
<input type="checkbox"/> 2. Une fois par jour
<input type="checkbox"/> 3. De 3 à 4 fois par semaine
<input type="checkbox"/> 4. Deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> 5. Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6. Une fois par deux semaines
<input type="checkbox"/> 7. Une fois par mois
<input type="checkbox"/> 8. Moins d'une fois par mois
<input type="checkbox"/> 9. Jamais |
|---|--|

6- Depuis combien d'années avez-vous des relations sexuelles avec votre partenaire?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins de 6 mois
<input type="checkbox"/> 2. De 6 mois à un an
<input type="checkbox"/> 3. De 1 à 3 ans | <input type="checkbox"/> 4. De 4 à 6 ans
<input type="checkbox"/> 5. De 7 à 10 ans
<input type="checkbox"/> 6. Plus de 10 ans |
|--|---|

Formulaire d'histoire sexuelle

- 7- Combien de temps durent habituellement vos « jeux préliminaires » avant d'avoir une relation sexuelle?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins d'une minute | <input type="checkbox"/> 5. De 11 à 15 minutes |
| <input type="checkbox"/> 2. De 1 à 3 minutes | <input type="checkbox"/> 6. De 16 à 30 minutes |
| <input type="checkbox"/> 3. De 4 à 6 minutes | <input type="checkbox"/> 7. De 30 minutes à une heure |
| <input type="checkbox"/> 4. De 7 à 10 minutes | |
- 8- Quelle est la durée moyenne de vos relations sexuelles habituellement, c'est-à-dire, de la pénétration jusqu'à l'orgasme de monsieur?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins d'une minute | <input type="checkbox"/> 6. De 11 à 15 minutes |
| <input type="checkbox"/> 2. De 1 à 2 minutes | <input type="checkbox"/> 7. De 15 à 20 minutes |
| <input type="checkbox"/> 3. De 2 à 4 minutes | <input type="checkbox"/> 8. De 20 à 30 minutes |
| <input type="checkbox"/> 4. De 4 à 7 minutes | <input type="checkbox"/> 9. Plus de 30 minutes |
| <input type="checkbox"/> 5. De 7 à 10 minutes | |
- 9- Dans l'ensemble, jusqu'à quel point diriez-vous que vos relations sexuelles avec votre partenaire sont satisfaisantes pour vous?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Extrêmement insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 4. Légèrement satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 2. Modérément insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 5. Modérément satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 3. Légèrement insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 6. Extrêmement satisfaisantes |
- 10- Dans l'ensemble, jusqu'à quel point diriez-vous que vos relations sexuelles avec votre partenaire sont satisfaisantes pour elle/lui?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Extrêmement insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 4. Légèrement satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 2. Modérément insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 5. Modérément satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 3. Légèrement insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 6. Extrêmement satisfaisantes |
- 11- Lorsque votre partenaire vous fait des avances, comment répondez-vous habituellement?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. J'accepte habituellement avec plaisir | <input type="checkbox"/> 3. Je refuse souvent |
| <input type="checkbox"/> 2. J'accepte à contrecoeur | <input type="checkbox"/> 4. Je refuse habituellement |
- 12- Si vous essayez, vous est-il possible d'atteindre l'orgasme par la masturbation?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Je n'ai jamais essayé |
- 13- Si vous essayez, vous est-il possible d'atteindre l'orgasme grâce aux caresses que votre partenaire vous fait aux organes génitaux?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Je n'ai jamais essayé |

Formulaire d'histoire sexuelle

- 14- Si vous essayez, vous est-il possible d'atteindre l'orgasme par la relation sexuelle?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Je n'ai jamais essayé |
- 15- Quelle est votre réaction habituelle face à du matériel érotique ou pornographique (images, films, livres)?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Très excité | <input type="checkbox"/> 3. Pas excité |
| <input type="checkbox"/> 2. Quelque peu excité | <input type="checkbox"/> 4. Réaction négative de dégoût, répulsion, etc. |
- 16- Est-ce que monsieur a de la difficulté à obtenir une érection avant le début de la relation sexuelle?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
- 17- Est-ce que monsieur a de la difficulté à conserver une érection une fois que la relation sexuelle a débuté?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
- 18- (POUR FEMMES SEULEMENT) Pouvez-vous atteindre l'orgasme par la stimulation de vos organes génitaux à l'aide d'un vibreur ou d'autres moyens, tels que l'eau courante, frottement d'un objet, etc.?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Je n'ai jamais essayé |
- 19- (POUR FEMMES SEULEMENT) Pouvez-vous atteindre l'orgasme durant la relation sexuelle si vos organes génitaux sont caressés en même temps (par vous-même, votre partenaire, un vibreur, etc.)?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Je n'ai jamais essayé |
- 20- (POUR FEMMES SEULEMENT) Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire (« jeux préliminaires» et relation sexuelle compris), remarquez-vous que certaines des choses suivantes vous arrivent : accélération de votre respiration et de votre pouls, lubrification de votre vagin, sensations plaisantes dans vos seins et vos organes génitaux?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Je n'ai jamais essayé |

Formulaire d'histoire sexuelle

21- (POUR HOMMES SEULEMENT) Vous arrive-t-il d'éjaculer sans avoir de sensation agréable au pénis?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais
<input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps)
<input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps)
<input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps)
<input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
|--|---|

**LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT
À L'HOMME ET À LA FEMME**

22- Est-ce qu'il arrive à monsieur d'éjaculer sans avoir une érection complète et dure?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais
<input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps)
<input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps)
<input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps)
<input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
|--|---|

23- Est-ce qu'il arrive à monsieur d'atteindre l'orgasme alors qu'il tente une pénétration?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais
<input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps)
<input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps)
<input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps)
<input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
|--|---|

24- Est-ce que la pénétration est impossible en raison du manque de lubrification ou de la contraction du vagin?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais
<input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps)
<input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps)
<input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps)
<input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
|--|---|

25- Ressentez-vous de la douleur aux organes génitaux durant la relation sexuelle?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais
<input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps)
<input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps)
<input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps)
<input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |
|--|---|

26- À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel? Il peut s'agir d'un désir de faire l'amour, de projeter de faire l'amour, de se sentir frustré(e) sexuellement dû au manque d'activité sexuelle, etc.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plus d'une fois par jour
<input type="checkbox"/> 2. Une fois par jour
<input type="checkbox"/> 3. De 3 à 4 fois par semaine
<input type="checkbox"/> 4. Deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> 5. Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6. Une fois par deux semaines
<input type="checkbox"/> 7. Une fois par mois
<input type="checkbox"/> 8. Moins d'une fois par mois
<input type="checkbox"/> 9. Jamais |
|---|--|

27- Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire, est-ce que vous vous sentez excité(e) sexuellement?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours (> 90 % du temps)
<input type="checkbox"/> 2. Habituellement (75 % du temps)
<input type="checkbox"/> 3. Parfois (50 % du temps) | <input type="checkbox"/> 4. Rarement (25 % du temps)
<input type="checkbox"/> 5. Jamais |
|---|--|

Formulaire d'histoire sexuelle

28- Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire, ressentez-vous des réactions émotives négatives comme la peur, le dégoût, la honte ou la culpabilité?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |

29- Est-ce que votre partenaire atteint l'orgasme, jouit sans éjaculer (sperme qui sort du pénis)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois (50 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement (< 10 % du temps) | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement (75 % du temps) |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion (< 25 % du temps) | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours (> 90 % du temps) |

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asmundson, G. J. G., & Wright K. D. (2004). *Biopsychosocial approaches to pain*. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *Pain: Psychological Perspectives*. (pp. 35-57). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ayling, K., Ussher, J. M. (2008). If Sex Hurts, Am I Still a Woman? The Subjective Experience of Vulvodynia in Heterosexual Women. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 294–304.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., Glazer, H. I., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91, 297-306.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 21–35.
- Birnbaum, G. E., & Laser-Brandt, D. (2002). Gender differences in the experience of heterosexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 143–158.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 929–943.
- Birnbaum, G. E., Weisberg, Y. J., & Simpson, J. A. (2010). Desire under attack: Attachment orientations and the effects of relationship threat on sexual motivations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 448-468.
- Bogaert, A. & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9, 191-204.

- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 2024-2035. doi: 10.1111/jsm.12210.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (Vol. I). New York: Basic Books.
- Brassard, A., Peloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., & Shaver, P. R. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*, 245-262. doi: 10.1080/0092623X.2011.606881
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*, 475-493.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self report measurement of adult-attachment: An integrative overview*. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 267-283.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couple. *Personal Relationships, 15*, 141-154.
- Carmichael, M. S., Warburton, V. L., Dixen, J., & Davidson, J. M. (1994). Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 59-79. doi: 10.1007/BF01541618
- Carter, C. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology, 23*, 779-818.
- Ciechanowski P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain, 104*, 627-637.

- Cohen, D. L., & Belsky, J. (2008). Avoidant attachment and female orgasm: Testing an emotion-regulation hypothesis. *Attachment & Human Development, 10*, 1-10.
- Cooper, M. L., Pioli, M., Levitt, A., Talley, A., Micheas, L., & Collins, N. L. (2006). Attachment styles, sex motives and sexual behavior: Evidence for gender specific expressions of attachment dynamics. In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 243-273). New York: Guilford Press.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1380-1397.
- Costa, R. M., & Brody, S. (2011). Anxious and avoidant attachment, vibrator use, anal sex, and impaired vaginal orgasm. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 2493-2500. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02332.x
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2003). Physical, Emotional, and Behavioral Reactions to Breaking Up: The Roles of Gender, Age, Emotional Involvement, and Attachment Style. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 871-884.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1076-1090.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual satisfaction, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships, 13*, 465-483.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., & Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex and Marital Therapy, 34*, 198-226.
- Desrosiers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y., & Khalifé, S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *The Journal of Sexual Medicine, 5*, 418-427.
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *Journal of Sex Research, 49*, 105-124.

- Dewitte, M. (2014). On the interpersonal dynamics of sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy, 40*, 209-232. doi: 10.1080/0092623X.2012.710181
- Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review, 110*, 173-192. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.173
- Dove, N. L., & Widerman, M. W. (2011). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*, 67-78.
- Ferenidou, F., Kapoteli, V., Moisisidis, K., Koutsogiannis, I., Giakoumelous, A., & Hatzichristou, D. (2008). Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 631-639.
- Fisher, H. E. (1998). Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature, 9*, 23-52. doi: 10.1007/s12110-998-1010-5
- Fisher, H. E., Aron, A., Mashek, D., Li, H., & Brown, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior, 31*, 413-419. doi: 10.1023/A:1019888024255
- Fraley, R. C., Shaver, P. R. (1997). Adult Attachment and the Suppression of Unwanted Thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1080-1091.
- Fricker, J., & Moore, S. (2002). Relationship satisfaction: The role of love styles and attachment styles. *Current Research in Social Psychology, 7*, 182-204.
- Friedrich, E. G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine, 32*, 110-114.
- Gatchel, R.J., & Turk, D.C. (1999). *Psychosocial factors in pain: Clinical Implications*. New York: The Guilford Press.
- Gentzler, A. L., & Kerns, K. A. (2004). Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Personal Relationships, 11*, 249-265.
- Gordon A. S., Manijeh P-J., McComb, F., Melegari, C., Sharp, S. (2003). Characteristics of Women with Vulvar Pain Disorders: Responses to a Web-Based Survey. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*, 45-58.

- Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E., Goldstick, O., & Yovell, Y. (2011). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 1-16.
- Hallam-Jones, R., Wylie, K. R., Osborne-Cribb, J., Harrington, C., & Walters, S. (2001). Sexual difficulties within a group of patients with vulvodynia. *Sexual and Relationship Therapy, 16*, 113-126.
- Harlow, B. L., Wise, L. A., & Stewart, E. G. (2001). Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 185*, 545-550.
- Harper, S. J., Schug, S. A. (2007). *Transition from Acute to Chronic Pain*. In R.F. Schmidt & W.D. Willis (Eds.), *Encyclopedia of Pain*. (pp. 35-36). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry, 5*, 1-22.
- Hurlbert, D. F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 17*, 183-190.
- Impett, E. A., & Peplau, L. A. (2002). Why some women consent to unwanted sex with a dating partner: Insights from attachment theory. *Psychology of Women Quarterly, 26*, 360-370.
- Johnson, S., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*, 431-445. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, NY: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological bulletin, 127*, 472-503.
- Kleinplatz, P. J., & Menard, A. (2007). Building blocks toward optimal sexuality: Constructing a conceptual model. *The Family Journal, 15*, 72-78. doi: 10.1177/1066480706294126

- Landry, T., & Bergeron, S. (2009). How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 927-935.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of American Medical Association, 281*, 537-544.
- Lemieux, A. J., Bergeron, S., Steben, M., & Lambert, B. (2013). Do romantic partners' responses to entry dyspareunia affect women's experience of pain? The roles of catastrophizing and self-efficacy. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 2274-2284.
- Lewin, M. (1985). Unwanted intercourse: The difficulty of saying no. *Psychology of Women Quarterly, 9*, 184-192.
- MacDonald, G., & Kingsbury, R. (2006). Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal Relationships, 23*, 291-304. doi: 10.1177/0265407506062481
- MacNeil, S., & Byers, S. E. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*, 169-181.
- Lozano, C., Richman, S., Minkin, M., Kerns, R. (2004). On the reliability and validity of physician ratings for vulvodynia and the discriminant validity of its subtypes. *Pain Medicine, 5*, 349-358.
- Meana, M. (2009). Painful intercourse: Dyspareunia and vaginismus. *Journal of Family Psychotherapy, 20*, 198-220.
- Meana, M., Binik, I., Khalifé, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 381-385.
- McWilliams, L. A., & Asmundson, G. J. G. (2007). The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain, 127*, 27-34.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *The Clinical Journal of Pain, 16*, 360-364.

- Melzack, R., & Katz, J. (2004). The gate control theory: Reaching for the brain. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *Pain: Psychological Perspectives*. (pp. 13-34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Melzack R., Wall P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, *150*, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1989). *Le défi de la douleur* (traduction française de A. Bohuon). Montmagny: Edisem Inc. (publication originale anglaise 1988).
- Meredith, P., Strong, J., & Feeney J. A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, *123*, 146-154.
- Meredith, P., Strong J., & Feeney J. A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally induced pain. *Pain*, *120*, 44-52.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 881-895. doi: 10.1037/0022-3514.83.4.881
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53-152). New York: Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. M., et al. (1997). Sexual assertiveness scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 790-804.
- Moyal-Barracco, M., & Lynch, P. J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, *49*, 772-777.
- O'Sullivan, L. F., & Allgeier, E. R. (1998). Feigning sexual desire: Consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *Journal of Sex Research*, *35*, 234-243.

- Pazmany, E., Bergeron, S., Verhaeghe, Oudenhove, & Enzlin, P. (2014). Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: a controlled study. *Journal of Sexual Medicine*, in press.
- Rehman, A. H., Rellini, U. S., & Fallis E. (2011). The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 3108–3115.
- Rosen N. O., Bergeron S., Glowacka M., Delisle I., & Baxter M. L. (2012). Harmful or helpful: Perceived solicitous and facilitative partner responses are differentially associated with pain and sexual satisfaction in women with provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2351–2360.
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 3715-3724. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, 11, 179-195.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving, and sex. In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 35-64). New Haven: Yale University Press.
- Shotland, R. L., Hunter, B. A. (1995). Women's "token Resistant" and compliant sexual behaviors are related to uncertain sexual intentions and rape. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 226-236.
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2011). The association between sexual cost and sexual satisfaction in women: An exploration of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 20, 31-40.
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 3683-3694.
- Theiss, J. A. (2011). Modeling dyadic effects in the associations between relational uncertainty, sexual communication, and sexual satisfaction for husbands and wives. *Communication Research*, 38, 565–84.

- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W., & Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: a biobehavioral perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. (pp. 18-34). New York: The Guilford Press.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Zolnoun, D., Hartmann, K., Lamvu, G., As-Sanie, S., Maixner, W., & Steege, J. (2006). A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 61, 395-401.