UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PASSÉ TRAUMATIQUE, ATTACHEMENT, ALLIANCE ET PARCOURS THÉRAPEUTIQUE CHEZ DES ADULTES CONSULTANT EN THÉRAPIE SEXUELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN SEXOLOGIE

PAR

ANNE-JULIE LAFRENAYE-DUGAS

MARS 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). 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

La réalisation de cette thèse n'aurait pas pu être possible sans la présence de multiples merveilleuses personnes, qui m'ont soutenue, encouragée et qui ont participé de différentes manières à ce projet. Il sera effectivement difficile de mettre en quelques mots l'ampleur de la gratitude que j'éprouve envers toutes celles et ceux qui m'ont épaulé dans ce parcours.

Je tiens en premier lieu à remercier mes directrices de thèse, Docteure Natacha Godbout et Docteure Martine Hébert, toutes deux professeures au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Merci de m'avoir encadrée tout au long de ce parcours doctoral et de la rédaction de cette thèse, et de m'avoir partagé leurs inspirantes connaissances. Cette thèse est le fruit d'un travail de plus de cinq ans auprès de ces deux femmes inspirantes. C'est à leurs côtés que j'ai appris ce qu'est la rigueur scientifique, clinique et professionnelle. Je les remercie pour leur bonté, leur générosité, leur présence bienveillante, leur disponibilité, et pour la confiance qu'elles m'ont prodiguée tout au long de cette aventure. J'ai trouvé auprès d'elles non seulement des collègues extraordinaires, mais aussi des complices précieuses.

Je souhaite également remercier Monsieur Michel Goulet, professeur clinique retraité du département de sexologie, de m'avoir accompagnée dans la transition entre la maîtrise en sexologie clinique et le doctorat en recherche. Son soutien et ses conseils m'ont permis de bien entamer le troisième cycle universitaire dont cette thèse est l'accomplissement final.

Plusieurs autres collègues ont joué un grand rôle dans ma réussite académique, en me soutenant et en me partageant leur savoir et leur passion. Je remercie ainsi Professeure Sophie Bergeron et Professeure Mylène Fernet, pour leurs précieux conseils lors de la

présentation de mon protocole de recherche doctorale. Sans compter l'aide judicieuse apporter par le comité de révision thèse (Professeure Sophie Boucher, Professeur David Lafortune-Sgambato, et Professeure Heather MacIntosh), dont les recommandations et rétroactions m'ont permis de pousser mes réflexions au maximum. Je salue également toute l'équipe de l'Unité de recherche et d'intervention sur le trauma et le couple, et toute l'équipe du Laboratoire de recherche de Martine Hébert.

Je souligne aussi l'aide centrale apportée par plusieurs organisations subventionnaires, qui m'ont appuyé monétairement et m'ont permis de m'engager pleinement dans mes études : la Faculté de sciences humaines de l'UQÀM, les Fonds du département de sexologie de l'UQÀM, l'Équipe de recherche sur la violence sexuelle et la santé, le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles, le groupe de recherche Sexualité et couple et l'Association étudiante des cycles supérieurs de sexologie.

Pour terminer, je remercie chaleureusement tous mes proches, que j'ai quelque peu délaissés dans les dernières années pour me concentrer sur cette thèse. Malgré les contretemps et la distance, leur présence et leurs encouragements ont su me soutenir et me guider. Je remercie tou.te.s mes ami.e.s, pour les rires et sourires partagés qui me remplissent de l'énergie nécessaire pour continuer de repousser mes limites chaque jour. Je souligne aussi l'importance qu'a eue mon partenaire de vie David dans ce processus, lui qui m'a accompagné avec dévouement et amour dans les derniers kilomètres de ce marathon. Je remercie également mes « petits » frères, Marc-Antoine et Benjamin, qui me poussent à faire de mon mieux et à devenir le modèle le plus fort et le plus solide possible. Enfin, pour clore ces remerciements, je souligne ma reconnaissance infinie et incalculable envers mes parents, Marc et Sylvie, Papa et Maman, pour leur soutien inébranlable dans toutes mes décisions, même les plus ambitieuses (et les plus folles). Vous êtes mon roc, mes piliers.

DÉDICACE

En plus de remercier tous mes proches et collègues, je tiens à souligner l'importance qu'a pour moi le département de sexologie de l'UQAM : il m'a vu évoluer et m'a guidé à travers mon parcours au baccalauréat, à la maîtrise, et enfin, au doctorat. Merci.

"*Sexology*, as it applies to humans, is generally defined as the study of humans' sexuality. [...] But perhaps sexology should be thought of as the study of human beings *through* their sexuality."

David M. Schnarch, 1991

AVANT-PROPOS

En plus d'exprimer ma gratitude à tous les proches, les superviseurs et les enseignants m'ayant permis de mener à terme ce projet de thèse, il est incontournable de souligner le rôle central et primordial des participants. Les participants sont au centre de cet écrit, puisque sans eux, cette étude n'aurait pu avoir lieu.

Lorsque je réfère aux participants, le terme « patients » est fréquemment utilisé, au détriment du terme « client ». Le postulat derrière ce choix est sous-tendu par la croyance ferme que la psychothérapie et la thérapie sexuelle devraient être reconnues comme des services de SANTÉ essentiels, et qu'un accès équitable pour tous est à prôner.

Il est également à noter que dans ce document, le genre masculin est utilisé comme ayant une valeur neutre, dans le seul but de ne pas alourdir le texte et de faciliter la lecture. Il est ainsi important de noter que le projet présenté inclut autant des participants définissant leur genre comme étant féminins, masculins et non-binaires.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS vi

LISTE DES TABLEAUX xi

LISTE DES FIGURES xii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES xiii

RÉSUMÉ xiv

ABSTRACT xvi

MISE EN CONTEXTE xviii

CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

1.1 Problématique 1

1.1.1 Caractéristiques propres aux patients 2
1.1.2 Caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques 6

1.2 État des connaissances 9

1.2.1 Prévalences et prises en charge des difficultés sexuelles 10
1.2.2 Caractéristiques propres aux patients 11
1.2.3 Caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques 15

1.3 Contexte théorique 19

1.3.1 La composante comprenant les caractéristiques du patient 20
1.3.2 La composante comprenant les caractéristiques de la thérapie 21

1.4 Questions, objectifs et hypothèses 22

1.4.1 Questions de recherche 22
1.4.2 Objectifs et hypothèses de recherche 23

CHAPITRE II ARTICLE #1 27
Résumé 28
Abstract 29
2.1 Introduction 30
2.1.1 Objectives and hypothesis 33
2.2 Methodology 34
2.2.1 Participants and data collection 34
2.2.2 Measures 35
2.2.3 Data analyses 37
2.3 Results 37
2.3.1 Descriptive data 37
2.3.2 Moderation model in the full sample 38
2.3.3 Differences between women and men consulting in sex therapy 40
2.3.4 Moderation model : gender specificities 40
2.4 Discussion 41
2.4.1 Attachment avoidance and gender as moderators between trauma and alliance 42
2.4.2 Gender specificities 44
2.4.3 Research limits and avenues for future studies 45
2.4.4 Clinical implications 46
Tables and figures 48
References 54

CHAPITRE III ARTICLE #2 61
Résumé 62
Abstract 63
3.1 Introduction 64
3.2 Methodology 69
3.2.1 Participants and data collection 69
3.2.2 Measures 70
3.2.3 Data analyses 73
3.3.1 Descriptive data 74
3.3.2 Profiles description 76
3.4 Discussion 79
3.4.1 Differences between the profiles and clinical implications 80

3.4.2 Research limits and avenues for future studies 83
3.4.3 Conclusion 84

Tables and figures 86

References 91

CHAPITRE IV ARTICLE #3 96

Résumé 97

Abstract 98

4.1 Introduction 99

4.2 Methodology 103

4.2.1 Participants and data collection 103
4.2.2 Measures 104
4.2.3 Data analyses 106

4.3 Results 107

4.3.1 Descriptive data 107
4.3.2 Paired samples t tests 108
4.3.3 Pre-test and post-test analyses 109

4.4 Discussion 112

4.1.1 Key results and implication for sex therapy research 113
4.1.2 Implications for clinical practice and training 114
4.1.3 Research limitations and avenues for future studies 117
4.1.4 Conclusion 118

Tables and figures 119

References 124

CHAPITRE V DISCUSSION GÉNÉRALE 131

5.2 Principaux résultats de la thèse 131

5.1.1 Retour sur les objectifs de recherche 132
5.1.2 Retour sur les caractéristiques propres aux patients 134
5.1.3 Retour sur les caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques 141

5.2 Implications pour la pratique 145

5.2.1 Implications découlant des analyses liées aux caractéristiques propres aux patients 145
5.2.2 Implications découlant des analyses liées aux caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques 149

5.3 Contribution sexologique et interdisciplinaire 153
5.4 Limites et avenues de recherche 154
5.4.1 Limites de la thèse 155
5.4.2 Futures études 157
5.5 Conclusion générale 158

ANNEXE A REPRÉSENTATION DU MODÈLE DE ZILCHA-MANO (2017) . 160

ANNEXE B CERTIFICAT ÉTHIQUE 162

ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 164

ANNEXE D INSTRUMENTS DE MESURE 169

ANNEXE E PREUVES D'ACCEPTATION ET DE SOUMISSION DES ARTICLES 178

RÉFÉRENCES 182

LISTE DES TABLEAUX

Tableau Page

2.1 Rates of reported childhood interpersonal trauma 48

2.2 Correlation matrix between WAI subscales, avoidant attachment and cumulative trauma 49

2.3 Moderation effects of avoidant attachment and gender on the relationship between cumulative trauma and common agreement on tasks in the total sample 50

2.4 Moderation effects of avoidant attachment on cumulative trauma and common agreement on tasks in women 51

2.5 Moderation effects of avoidant attachment on cumulative trauma and common agreement on tasks in men 52

3.1 Rates of reported childhood interpersonal trauma 86

3.2 AIC and BIC values for different numbers of clusters 87

3.3 ANOVA and post hoc analyses (LSD method) for the three profiles 88

3.4 Profiles correlates analysed through ANOVA and post hoc analyses (LSD method) 89

4.1 Rates of reported childhood interpersonal trauma 119

4.2 Groups of sexual satisfaction levels and evolution differentiated through ANOVA and post hoc analyses 120

4.3 Groups correlates differentiated through ANOVA and post hoc analyses 121

LISTE DES FIGURES

Figure Page

2.1 Moderation effects of Avoidant Attachment on Cumulative Trauma and Common Agreement on Tasks in Women 53

3.1 Histogram Representation of the Post Hoc Analyses (LSD Method) on Profiles Correlates Comparison Variables 90

4.1 Histogram Representation of the ANOVA and Post Hoc Analyses on Groups Sexual Satisfaction Levels and Evolution..... 122

4.2 Histogram Representation of the ANOVA and Post Hoc Analyses on Groups Correlates 123

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CIT : Childhood Interpersonal Trauma

CCTQ : Cumulative Childhood Trauma Questionnaire

ECR : Experience in Close Relationship

GMSS : Global Measure of Sexual Satisfaction

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TIE : Trauma Interpersonnel en Enfance

WAI : Working Alliance Inventory

RÉSUMÉ

Une relation thérapeutique marquée par un lien solide, un accord sur les objectifs et les moyens pour les atteindre, soit le concept d'alliance thérapeutique, est documenté comme l'un des corrélats les plus centraux à l'efficacité d'une thérapie. Les études actuelles soulèvent que la solidité de cette alliance pourrait être influencée par la façon dont le patient a appris à entrer en relation avec les autres, c'est-à-dire, ses représentations d'attachement, les expériences de traumas interpersonnels vécues en enfance (TIE) (p. ex., violence physique, émotionnelle ou sexuelle), et ses habitudes de santé. Bien que l'impact de l'alliance thérapeutique, de l'attachement et des TIE sur l'efficacité d'une thérapie soit de plus en plus reconnu dans diverses clientèles cliniques (p. ex., consultant pour des motifs liés à la santé mentale), ces associations n'ont pas été étudiées auprès de la population consultant en thérapie sexuelle.

L'objectif général du projet est de décrire un échantillon de patients consultant en thérapie sexuelle en fonction de leur niveau d'alliance thérapeutique, représentations d'attachement, passé de TIE, état de santé physique, habitudes de consultation et de santé et niveau de satisfaction sexuelle lors de leur arrivée en thérapie, et de tenir compte de ces variables dans leur amélioration post-intervention. Trois objectifs spécifiques sont visés : 1) Décrire les interactions entre le cumul de TIE, l'attachement et le genre, afin d'en examiner l'impact sur l'alliance thérapeutique chez des patients consultant en thérapie sexuelle; 2) Évaluer les associations entre différents profils d'utilisation de soins de santé et l'état de santé de patients de thérapie sexuelle, leur satisfaction sexuelle, passé traumatique, et difficultés d'attachement et d'établissement d'une alliance thérapeutique ; et 3) Explorer l'influence des TIE, de l'attachement et de l'alliance thérapeutique sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle après une intervention sexologique.

Cette étude s'appuie sur un devis quantitatif. Un échantillon d'adultes consultant des stagiaires en sexologie clinique a complété une batterie de questionnaires auto rapportés afin de mesurer leur attachement amoureux, alliance thérapeutique, accumulation de TIE, état de santé, utilisation des services de soins, et satisfaction sexuelle.

Pour répondre au premier sous-objectif, un modèle de régression dans lequel l'attachement et le genre pondèrent l'association négative entre l'accumulation de TIE

et l'alliance thérapeutique a été testé. Les résultats révèlent l'effet modérateur spécifique de l'attachement évitant sur le lien entre le trauma cumulatif et la dimension d'entente sur les tâches de l'alliance thérapeutique. Aussi, une modération du lien entre le trauma cumulatif et l'entente sur les tâches par le genre a été observée : l'accord sur les tâches est négativement influencé par l'accumulation de traumas chez les femmes spécifiquement, mais pas chez les hommes.

Des analyses de classification hiérarchique ont permis de répondre au second objectif et d'identifier différents profils de patients consultant en thérapie sexuelle sur la base de l'utilisation des divers services de soins et l'état de santé des patients. Les résultats soulèvent que les profils démontrant un état de santé plus fragile et une utilisation plus fréquente des services regroupaient les patients démontrant moins de satisfaction sexuelle, de sécurité d'attachement, et davantage de difficulté à fonder une alliance et de TIE.

Pour le troisième et dernier sous-objectif, des analyses prétest et post-test ont permis de distinguer les patients selon leur niveau d'amélioration de leur satisfaction sexuelle suite à une intervention sexologie : sous la moyenne, dans la moyenne et au-dessus de la moyenne. Des analyses de variance indiquent que les patients démontrant la plus grande amélioration rapportent le moins d'anxiété d'attachement, l'alliance thérapeutique la plus solide, mais également le plus de TIE. En effet, leur niveau de satisfaction sexuelle au prétest est nettement plus bas comparativement à la moyenne, mais n'est plus distinguable au post-test, ce qui soulève le rôle particulièrement bénéfique de la thérapie sexuelle chez les survivants de TIE.

En conclusion, cette thèse met en lumière le rôle clé de l'alliance thérapeutique dans l'amélioration de la satisfaction sexuelle chez la clientèle consultant en thérapie sexuelle, et de quelle façon l'attachement, les TIE et le contexte de consultation et de santé l'influencent. Ces données fournissent des pistes pour mettre en place des interventions adaptées aux patients qui consultent en sexologie clinique. Effectivement, à travers une relation thérapeutique solide et une sécurité d'attachement, l'amélioration des difficultés sexuelles et des répercussions traumatiques semble optimisée.

Mots clés : Thérapie sexuelle ; Difficultés sexuelles ; Attachement ; Alliance thérapeutique ; Traumas interpersonnels en enfance

ABSTRACT

A therapeutic relationship marked by a strong bond, an agreement on goals and the tasks to achieve them, the concept of therapeutic alliance, is documented as one of the most essential correlates to the effectiveness of a therapy. Current studies suggest that the strength of this alliance may be influenced by how the patient has learned to relate to others, that is, his or her attachment representations, the experiences of childhood interpersonal traumas (CIT) (e.g., physical, emotional or sexual abuse), and health habits. Although the impact of therapeutic alliance, attachment and CIT on the effectiveness of therapy is increasingly recognized in a variety of clinical settings (patients consulting for mental health issues), these associations have not been studied with the population consulting in sex therapy.

The overall objective of this thesis is to describe a sample of patients consulting in sex therapy according to their level of therapeutic alliance, their attachment representations, their CIT history, their physical health status and habits, and their level sexual satisfaction upon their arrival in therapy, and to take into account these variables in their post-intervention improvement. Three specific objectives are pursued: 1) To describe the interactions between cumulative CIT, attachment and gender, in order to examine their impact on the therapeutic alliance in patients consulting in sex therapy; 2) To evaluate the associations between different health care utilization patterns and the health status of sex therapy patients, their sexual satisfaction, past traumatic experiences, and difficulties in attachment and therapeutic alliance; and 3) To explore the influence of CIT, attachment, and therapeutic alliance on the evolution of sexual satisfaction following sex therapy.

This study is based on a quantitative design. A sample of adults consulting clinical interns in sexology completed a battery of self-report questionnaires at the beginning and at the end of their treatments. The questionnaires assessed their romantic attachment, therapeutic alliance, CIT accumulation, health status, use of health services, and sexual satisfaction.

To address the first specific objective, a regression model in which attachment and gender moderates the negative association between CIT accumulation and therapeutic alliance was tested. The results revealed the distinct moderating effect of avoiding attachment on the link between cumulative trauma and the therapeutic alliance of

agreement on tasks dimension. Also, a moderation of the association between cumulative trauma and agreement on tasks by gender was observed: the agreement on tasks is negatively influenced by the accumulation of traumas in women, but not in men.

Hierarchical classification analyses were used to address the second specific objective and to identify different profiles based on the patients use of various care services and health status. The results suggest that profiles showing more complex health status and more frequent use of healthcare services included patients with less sexual satisfaction, attachment security, difficulty in forming an alliance, and more CIT.

For the third and final specific objective, pretest and post-test analyses distinguished patients according to their level of sexual satisfaction improvement throughout the treatment: below average, in the average, and above average. Analysis of variance indicates that patients showing the greatest improvement also report the least attachment anxiety, the strongest therapeutic alliance, but also the highest cumulative CIT rates. Indeed, their level of pretest sexual satisfaction is significantly lower compared to the average, but is no longer distinguishable at the post-test, which raises the particularly beneficial role of sexual therapy among CIT survivors.

In conclusion, this thesis highlights the key role of the therapeutic alliance in improving sexual satisfaction among sexual therapy patients, and how attachment, CIT and consultations and health habits influence it. These data provide avenues for setting up interventions adapted to clinical sexology patients. Indeed, through a strong therapeutic relationship and a secure attachment, the improvement of sexual difficulties and traumatic repercussions seem optimized.

Keywords: Sex therapy; Sexual difficulties; Attachment; Therapeutic alliance; Childhood interpersonal traumas

MISE EN CONTEXTE

Alors qu'en Europe la sexologie s'exerce principalement comme spécialisation pratiquée dans le cadre d'une autre profession de santé (Giami et de Colomby, 2006 ; Giami, Chevret-Méasson et Bonierbale, 2009), au Québec, elle s'est taillé une place comme science humaine clinique et interdisciplinaire complète en soi (Dupras, 2006). Le versant clinique de la sexologie, la thérapie sexuelle, vise le traitement des problématiques liées à la sexualité en utilisant des soins psychothérapeutiques, c'est-à-dire, « un traitement psychologique pour un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, qui a pour but de favoriser des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans le système interpersonnel, la personnalité ou l'état de santé » (Gouvernement du Québec, 2005 : 87-91). De même, dans les dernières années, la sexologie au Québec a été marquée de trois développements majeurs : la création de l'Ordre Professionnel des Sexologues du Québec en 2013, l'accès pour les sexothérapeutes au permis de psychothérapeute, et la mise en place d'un doctorat de recherche au département de sexologie de l'UQÀM en 2012.

La sexologie est l'étude interdisciplinaire de la sexualité, des comportements sexuels et de la santé sexuelle chez l'humain, ce qui inclut les champs du développement sexuel et relationnel, les rapports sexuels, les dysfonctions sexuelles, les pathologies sexuelles et les agressions sexuelles (Encyclopaedia Britannica, 2015). Une approche biopsychosociale (p. ex., recoupant les aspects, individuels, relationnels, socioculturels, liés à la santé) est au centre de cette science. Dans le même ordre

d'idées, tout comme ce projet de thèse met en relations plusieurs corrélats, la définition la plus répandue du concept de santé sexuelle met l'accent sur la multi dimensionnalité de ce concept : « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; [qui] requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir sans risque, libre de toute coercition, discrimination ou violence » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2006). L'OMS (2006) souligne aussi l'importance de la sexualité dans la santé générale de l'individu. Pour d'autres auteurs, la santé sexuelle réfère à la relation entre le fonctionnement sexuel, les relations intimes, l'état de santé physique et la détresse sexuelle (Cappelleri et Rosen, 2005 ; Houston et al., 2007). Ces définitions de la sexologie et de la santé sexuelle reflètent les rôles centraux de plusieurs variables qui se trouveront au centre même de la présente étude : la fonction et la satisfaction sexuelle, les violences interpersonnelles, l'importance des facteurs relationnels pour une sexualité épanouissante (p. ex., attachement), l'interaction entre la santé physique, mentale et sociale, et l'accès à des traitements sexuels et des cliniciens holistiques et adaptés (OMS, 2006).

Malgré ce rôle central accordé à la sexualité dans le bien-être personnel, la clientèle consultant en thérapie sexuelle est relativement peu représentée dans les études cliniques, comparativement à d'autres populations consultant en psychothérapie pour des motifs non sexuels, comme pour des symptômes dépressifs (Barnhofer et al., 2015 ; Brodsky et al., 2001) ou anxieux (Youngstedt, Kline, Ginsberg, Zielinski et Hardin, 2011). Pourtant, il y a raison de croire que cette clientèle se distingue. Entre autres, bien que la plupart des populations consultant en psychothérapie sont principalement composées de femmes (Barnhofer et al., 2015 ; Youngstedt et al., 2011), celle consultant en thérapie sexuelle comprend des femmes et des hommes à part presqu'égales (Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Bigras, Daspe, Godbout, Briere et Sabourin, 2017 ; McCabe, 2001 ; Tabatabaie, 2014). De plus, la clientèle de thérapie sexuelle tend à signaler des niveaux de traumas en enfance particulièrement élevés

comparativement à d'autres échantillons cliniques. Par exemple, près de la moitié (47 %) des patients consultant en thérapie sexuelle rapportent des événements d'agression sexuelle en enfance (Berthelot, Godbout et al., 2014), contre un peu plus du tiers (38 %) de ceux consultant pour des symptômes dépressifs (Brody et al., 2001). Cela laisse croire que les manifestations cliniques et les motivations amenant les patients à consulter en thérapie sexuelle sont distinctes et singulières. Pour ce qui est des motifs de consultation, quelques rares études en ont documenté la répartition chez cette population, et les dysfonctions sexuelles, de même que la faible satisfaction sexuelle apparaissent communes (Almås, Almås, Karlsen et Giami, 2014 ; Bigras, Daspe et al., 2017 ; Bigras, Godbout, Hébert et Sabourin, 2017 ; Pristed et Højgaard, 2010).

Cette thèse portera ainsi spécifiquement sur la clientèle consultant en thérapie sexuelle, et explore comment un ensemble de facteurs biopsychosociaux peuvent influencer l'état des patients et leur capacité à former une alliance thérapeutique en début de thérapie, ainsi que l'amélioration de leur satisfaction sexuelle en cours de thérapie. Notre intérêt se pose sur la place d'indicateurs relationnels (c'est-à-dire, l'alliance thérapeutique et les représentations d'attachement), des TIE, de l'état de santé physique et de la trajectoire de soins auprès d'une clientèle consultant en thérapie sexuelle et présentant des difficultés sexuelles et de l'insatisfaction sexuelle.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Problématique

Selon l'OMS (2006), la sexualité se compose autant des aspects physiologiques de la réponse sexuelle, que des aspects psychogènes et relationnels menant à la satisfaction sexuelle. Toutefois, bien que la sexualité soit positive et source de plaisir pour plusieurs personnes, elle peut aussi être associée à des difficultés et des symptômes, et devenir la scène où s'actualisent certaines difficultés biopsychosociales (p. ex., trauma ou difficultés relationnelles et de santé) qui amèneront les individus à consulter en thérapie sexuelle. En effet, certaines difficultés sexuelles, telles que les dysfonctions sexuelles, soit une altération du fonctionnement de la réponse sexuelle (American Psychiatric Association, 2013), ainsi qu'un faible niveau de satisfaction sexuelle, peuvent avoir des étiologies à la fois physiologiques et psychosociales (Butzer et Campbell, 2008 ; Davison, Bell, LaChina et Davis, 2009). La satisfaction sexuelle réfère à « l'évaluation subjective que l'individu fait des aspects positifs et négatifs de sa sexualité, et à la réponse affective qu'il a face à cette évaluation » (Lawrance et Byers, 1995). De plus, plusieurs auteurs soulèvent l'importance d'étudier la satisfaction sexuelle dans un contexte de thérapie sexuelle, puisque les résultats de recherche dans ce domaine sont souvent limités à la capacité comportementale ou physiologique d'avoir des rapports

sexuels, alors qu'une satisfaction sexuelle amoindrie apparait comme un point commun à la majorité des patients de thérapie sexuelle (Flynn et al., 2016 ; Kane et al., 2019).

Une meilleure compréhension des caractéristiques des personnes présentant des difficultés sexuelles et une faible satisfaction sexuelle, et des caractéristiques des suivis thérapeutiques qu'ils entreprennent, pourrait favoriser des prises en charge plus adaptées, afin d'optimiser les bénéfices de traitement (Pristed et Højgaard, 2010). Bref, la sexualité, dans un contexte clinique, ne peut être évaluée sans une compréhension globale de l'individu vivant des difficultés sexuelles (Pristed et Højgaard, 2010). Néanmoins, il existe peu de données empiriques portant sur la thérapie sexuelle et intégrant ces éléments de santé sexuelle, tant au niveau des caractéristiques biopsychosociales des patients influençant le déroulement des suivis thérapeutiques, qu'au niveau de l'issue des thérapies. En effet, peu d'écrits scientifiques tiennent comptent à la fois des caractéristiques propres aux patients (p. ex., la disposition à entrer en relation avec les autres, selon ses schémas d'attachement et l'historique de victimisation ; ou l'état de santé) et des caractéristiques associées directement aux suivis thérapeutiques (p. ex., l'alliance thérapeutique et l'utilisation des services de soins), qui peuvent pourtant jouer un rôle dans l'amélioration des difficultés sexuelles et de la satisfaction sexuelle chez les adultes consultant en thérapie sexuelle.

1.1.1 Caractéristiques propres aux patients

Parmi les éléments faisant partie des caractéristiques inhérentes aux patients, plusieurs études soulignent que le passé TIE est important à évaluer, puisque ce dernier est corrélé au développement de difficultés sexuelles et d'une faible satisfaction sexuelle (Bigras, Godbout et al., 2017 ; Najman, Dunne, Purdie, Boyle et Coxeter, 2005 ; Schloredt et Heiman, 2003 ; Staples, Rellini et Roberts, 2011). Les TIE réfèrent à un

large éventail d'actes de maltraitance, pouvant être commises autant par des membres de la famille, des pairs, des connaissances ou des étrangers, et allant de la violence émotionnelle, physique et sexuelle, à la négligence parentale, à l'intimidation, ou au fait d'être témoin de violences entre les parents (D'Andrea et al., 2012). Au Canada et dans de nombreux autres pays, l'âge de la majorité et du passage à l'âge adulte est de 18 ans, et les personnes de moins de 18 ans sont légalement considérées comme des enfants. Ainsi, il s'agit du critère utilisé pour délimiter l'enfance et l'âge adulte dans ce projet.

Les expériences de TIE étant essentiellement de nature relationnelle, puisqu'elles sont principalement subies dans le cadre de relations interpersonnelles (ex. : avec les parents, avec les pairs), leurs conséquences adverses sur l'intimité et la sexualité sont de plus en plus reconnues (Bigras, Daspe et al., 2017 ; Godbout, Bakhos, Dussault et Hébert, 2020 ; Godbout, Runtz, MacIntosh et Briere, 2013). En effet, puisque la sexualité implique des situations de vulnérabilité (ex. : nudité, intimité), les répercussions relationnelles des TIE peuvent mener à une altération de la satisfaction sexuelle et du bien-être sexuel et relationnel. De plus, non seulement les individus ayant vécu des TIE tendent à présenter plus de détresse psychologique et de difficultés sexuelles et conjugales, mais l'accumulation de plusieurs types de TIE (aussi appelé trauma cumulatif) est associée à des séquelles plus sévères et complexes (ex. : préoccupations à propos de la sexualité, symptômes anxiodépressifs et post-traumatiques ; Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Berthelot, Hébert et al., 2014 ; Bigras, Godbout et al., 2017 ; Hodges et al., 2013 ; Vaillancourt-Morel, Godbout, Sabourin, Péloquin et Wright, 2014).

Ainsi, les TIE sont associées à des affects négatifs par rapport à la sexualité (p. ex., ses réactions sexuelles physiologiques, ou les comportements sexualisés) (Schloredt et Heiman, 2003). Des données soulèvent également que les patients ayant subi des TIE tendent à nécessiter des traitements plus intensifs et prolongés avant de démontrer des

progrès thérapeutiques (Harkness, Bagby et Kennedy, 2012). Des chercheurs proposent donc d'investiguer davantage les liens entre les TIE et les problématiques relationnelles et sexuelles, ainsi que leur impact sur l'issue de la thérapie sexuelle (Vaillancourt Morel et al., 2014 ; Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Berthelot, Hébert et al., 2014).

Par ailleurs, les données probantes actuelles soulèvent que les TIE sont liés aux représentations d'attachement insécurisant (Allen et al., 2001 ; Stefanou et McCabe, 2012), à leur tour associées à une plus faible satisfaction sexuelle (Butzer et Campbell, 2008 ; Davis et al., 2006), et davantage de dysfonctions sexuelles (Stefanou et McCabe, 2012). À l'âge adulte, l'attachement est compris de façon optimale à travers les relations romantiques (Hazan et Shaver, 1987 ; Mikulincer et Goodman, 2006), et plusieurs auteurs ont établi que l'attachement insécurisant se divise en deux dimensions de stratégies permettant de faire face à la détresse relationnelle (p. ex., Griffin et Bartholomew, 1994 ; Mikulincer et Shaver, 2007). Premièrement, l'évitement de l'intimité, qui réfère à des méthodes de gestion des relations visant à tenir les autres à distance, est caractérisé par un embarras vis-à-vis l'intimité émotionnelle, une crainte de se sentir vulnérable, et le fait de préférer se sentir indépendant. Cette dimension implique une désactivation du système d'attachement afin de réduire les états émotionnels négatifs, ainsi que la vulnérabilité au rejet et au besoin. Ces individus ont tendance à cultiver une perception positive d'eux-mêmes, mais une difficulté à faire confiance aux autres. Deuxièmement, l'anxiété d'abandon, qui se caractérise plutôt par une représentation négative de soi avec le sentiment de ne pas avoir de valeur, une peur d'être rejeté ou abandonné par les proches. Cette dimension implique une hyperactivation du système d'attachement, avec une hypervigilance aux signes de potentielle non-disponibilité de la part des proches. Ces personnes tendent à entretenir une faible estime personnelle, mais une estime élevée des autres. Toujours selon cette théorie, ces deux dimensions permettent d'identifier quatre styles d'attachement (Griffin et Bartholomew, 1994 ; Mikulincer et Shaver, 2007). Tout d'abord, le style sécurisant se définit par des niveaux faibles ou non significatifs d'anxiété d'abandon et

d'évitement de l'intimité. Le style préoccupé est caractérisé par un haut niveau d'anxiété, mais un faible niveau d'évitement, alors que le style détaché se traduit par un évitement élevé, mais un bas niveau d'anxiété. Finalement, le style craintif est caractérisé par des niveaux élevés à la fois d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon. Ainsi, le style d'attachement peut correspondre à la fois à une caractéristique individuelle, et à un facteur déterminant la capacité relationnelle et les dynamiques interindividuelles adoptées.

Des niveaux élevés d'attachement anxieux et évitant sont associés à une faible satisfaction sexuelle et à davantage de dysfonctionnement sexuel (Stefanou et McCabe, 2012). Certaines études soulèvent plus spécifiquement une forte association entre l'évitement de l'intimité et les difficultés sexuelles, dont l'évitement des fantasmes impliquant le partenaire amoureux (Brassard, Shaver et Lussier, 2007), la compulsion sexuelle (Weinstein, Katz, Eberhardt, Cohen et Lejoyeux, 2015), ou le développement et le maintien de dysfonctions sexuelles (p. ex., trouble de l'excitation sexuelle, de l'érection ou de l'orgasme) (Birnbaum, 2007 ; Carroll, 2011 ; Cohen et Belsky, 2008). De même, l'insécurité d'attachement est liée à une plus grande difficulté à s'engager et à progresser en psychothérapie (Mikulincer, Shaver et Berant, 2013).

Des auteurs ont également remarqué que le passé de TIE semble avoir des répercussions à long terme sur la santé à l'âge adulte (Norman et al., 2010), les expériences de TIE étant liées à une mauvaise évaluation de sa propre santé, à la prise de médicaments et à la présence de problèmes de santé interférant avec le quotidien (Björkenstam et al., 2013 ; Chartier, Walker et Naimark, 2005). Ces antécédents augmenteraient la morbidité des cancers cervicaux chez les femmes (Farley, Golding et Minkoff, 2002), et il est reconnu que les personnes ayant des difficultés sexuelles sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé multiples et concomitants (Bigras, Godbout et al., 2017; Ishak, Low et Othman, 2010). Effectivement, les dysfonctions sexuelles seraient corrélées à la présence de pathologies

cardiovasculaires, endocrinologiques et auto-immunes (Tan, Tong et Ho, 2012 ; Xie et al., 2012). Toutefois, encore peu d'informations sur la santé physique et le recours aux divers services de santé ont été documentées empiriquement au sujet des personnes souffrant de difficultés sexuelles.

1.1.2 Caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques

D'autres facteurs à prendre en considération dans le succès d'une prise en charge en thérapie sexuelle sont associés directement aux suivis. Principalement, de plus en plus de chercheurs soutiennent que l'un des meilleurs prédicteurs de l'efficacité des traitements, autant psychothérapeutiques que médicaux, serait l'alliance thérapeutique (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005 ; Ferreira et al., 2013 ; Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011). En effet, une alliance thérapeutique solide est liée à une meilleure efficacité des traitements (Ferreira et al., 2013 ; Horvath et al., 2011). Selon la théorie de Bordin (1979), trois éléments permettent de décrire l'alliance thérapeutique : l'entente sur 1) les objectifs thérapeutiques et sur 2) les tâches à accomplir pour les réaliser, ainsi que 3) le lien entre le thérapeute et le patient. Plus précisément, l'entente sur les objectifs renvoie à l'impression que le thérapeute comprend bien la demande d'aide du patient, et fixe des buts à atteindre en ce sens (Baillargeon et al., 2005). Pour ce qui est de l'entente sur les tâches, il s'agit des activités mises en place dans le cadre de l'intervention, et réfère principalement à leur adéquation avec les attentes du patient (Baillargeon et al., 2005). Le lien entre les deux parties concerne les aspects relationnels et émotionnels de l'alliance thérapeutique (Baillargeon et al., 2005). Cette dernière dimension se réfère à la facette affective de l'alliance, tandis que les deux précédentes, l'accord sur les objectifs et les tâches, sont plus cognitives (Hietanen et Punamäki, 2006).

Les expériences de TIE et les insécurités d'attachement apparaissent liées à une capacité plus faible des patients à établir une alliance thérapeutique (Diener et Monroe, 2011 ; Smith, Msetfi et Golding, 2010). Par exemple, les patients ayant tendance à éviter l'intimité, l'interdépendance et à nier avoir besoin des autres (i.e., attachement évitant) rapportent des niveaux d'alliance thérapeutique plus faibles (Tasca, Balfour, Ritchie et Bissada, 2007). Smith, et ses collègues (2010) proposent que ces derniers répriment leurs besoins de former une relation avec le thérapeute. En somme, l'alliance thérapeutique est reconnue en tant que variable centrale dans le succès thérapeutique, alors que les TIE et l'attachement seraient associés de façon générale à des difficultés à s'engager avec confiance dans toute relation interpersonnelle.

Il est également reconnu que les patients en psychothérapie ayant une alliance thérapeutique plus faible sont plus susceptibles d'abandonner leurs traitements, et donc d'avoir une trajectoire et une histoire de santé complexe (Sharf, Primavera et Diener, 2010). Ainsi, l'alliance thérapeutique, l'historique de TIE et l'attachement insécurisant sont associés à une plus grande fréquence de visites aux urgences médicales et de consultations de divers professionnels, ce qui engendre des frais personnels (p. ex., en cabinets privés), ainsi que des coûts à l'état (p. ex., dans le système de santé publique) (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015 ; Bonomi et al., 2008 ; Ciechanowski, Walker, Katon et Russo, 2002 ; Chartier et al., 2005). Dans le même ordre d'idées, le parcours de recherche de soins apparait plus compliqué chez les gens ayant un passé de TIE (Bonomi et al., 2008).

De même, les situations de vulnérabilités sont à prendre en considération dans l'évaluation des patients en thérapie sexuelle. Ainsi, certaines situations socioéconomiques peuvent influencer le parcours de soins des patients. Par exemple, les TIE sont associées à de plus faibles revenus à l'âge adulte (Zielinski, 2009) ce qui réduit d'emblée l'accès aux services privés de santé physique et mentale. Un contexte

socioéconomique précaire apparait également associé à davantage d'attachement insécurisant (van Ijzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2010).

Les études soulignent aussi certaines différences entre les genres au niveau de l'engagement en thérapie (Symonds et Horvath, 2004), et des séquelles suite à un événement de violence subi (Olff, Langeland, Draijer et Gersons, 2007 ; Ullman et Filipas 2005), les femmes déclarant généralement plus d'adhésion au traitement et davantage de répercussions après un traumatisme. Ces disparités peuvent être expliquées par le fait que le genre est un facteur déterminant du statut socioéconomique, de l'accès aux ressources, et des réactions sociales après un épisode de violence, les femmes étant plus à risque de rapporter des expériences traumatisantes et handicapantes au cours de vie (Caldwell, Swan et Woodborn, 2012 ; Denton, Prus et Walters, 2004 ; Pereda, Guilera, Forns et Gómez-Benito, 2009 ; Ullman et Filipas 2005). De ce fait, les femmes tendent à rapporter des revenus moins élevés (Statistique Canada, 2013), une plus grande instabilité d'emploi (Statistique Canada, 2013), ainsi que davantage de problèmes de santé (McDonough et Walters, 2001 ; Denton et al., 2004). Néanmoins, peu d'études s'attardent sur les éléments sociaux de statut socioéconomique, d'accès aux ressources, de différence de genre en contexte de thérapie sexuelle.

En résumé, on constate des lacunes dans la documentation scientifique au sujet du lien entre les caractéristiques propres aux patients (i.e., les TIE, les représentations d'attachement et l'état de santé) et les caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques (i.e., le niveau d'alliance thérapeutique et les trajectoires de soins) chez la clientèle consultant en thérapie sexuelle. À la lumière des études et documentations empiriques recensées, les constats suivants se posent :

- L'établissement d'une alliance thérapeutique est un élément clé dans le succès d'une thérapie, et la compréhension de son impact sur les suivis en thérapie sexuelle

apparait fondamentale pour développer des interventions et prises en charge efficaces.

- Les ouvrages scientifiques soulignent un lien unissant les TIE, l'attachement, les difficultés sexuelles et un faible niveau de satisfaction sexuelle.

- Les difficultés sexuelles apparaissent liées aux TIE, aux représentations d'attachement, à l'alliance thérapeutique, de même qu'à une plus grande utilisation des services de santé.

- Peu d'études récentes ont porté sur l'efficacité des traitements psychologiques et les trajectoires de soin chez les adultes présentant des difficultés sexuelles, et sur l'influence de facteurs comme le passé de TIE, l'attachement et l'alliance thérapeutique sur ce parcours et sur l'amélioration des difficultés sexuelles en cours de traitement.

1.2 État des connaissances

À la suite de ces constats, une démarche scientifique visant à explorer les trajectoires des soins, l'état de santé, les TIE, l'attachement et la capacité à forger une alliance thérapeutique des patients consultant pour des difficultés sexuelles devient incontournable. La présente section vise à exposer les prévalences des difficultés sexuelles, les prises en charge existantes, ainsi que les caractéristiques propres aux patients (i.e., les TIE, les représentations d'attachement et l'état de santé) et propres aux suivis thérapeutiques (i.e., l'alliance thérapeutique et les trajectoires de soins) identifiés précédemment.

1.2.1 Prévalences et prises en charge des difficultés sexuelles

Lors d'analyses menées auprès d'un échantillon consultant en thérapie sexuelle, il a été observé que la moyenne du niveau de satisfaction sexuelle était de 21.3 (échelle variant de 5 à 35) (Bigras, Godbout et al., 2017). Ce score est nettement inférieur à celui retrouvé dans la population en général ($M = 27{,}3$; Bigras, Daspe et al., 2017). De plus, dans la population générale, de 40 à 45 % des femmes et de 20 à 30 % des hommes rapportent des difficultés de fonctionnement sexuel (Lewis et al., 2010), la difficulté sexuelle la plus fréquente chez les femmes étant le manque de désir sexuel, et les troubles érectiles chez les hommes (McCabe, 2001). Cette prévalence tend à augmenter avec l'âge chez les deux sexes (Lewis et al., 2010). Par ailleurs, dans la population clinique consultant en thérapie sexuelle, des écrits récents soulèvent que la majorité des patients consultent pour une dysfonction sexuelle, les motifs les plus fréquemment signalés chez les femmes sont la baisse de désir sexuel (67 %) et la présence de douleur sexuelle (52 %), et la difficulté érectile (42 %), la baisse de désir (33 %) et l'éjaculation précoce (32 %) pour ce qui est des hommes (Godbout, Lafrenaye-Dugas, Hébert et Goulet, 2015).

Parmi les traitements permettant d'améliorer les difficultés sexuelles et la satisfaction sexuelle, on retrouve la psychothérapie (Frühauf et al., 2013). La thérapie sexuelle est considérée comme un type de psychothérapie (Rapport du comité d'experts, 2005). Pour être efficaces, les traitements psychothérapeutiques des difficultés sexuelles doivent considérer un ensemble de facteurs biopsychosociaux propres à l'individu et au suivi. La psychothérapie étant un mode de traitement indiqué dans la prise en charge des difficultés sexuelles, plusieurs études en ont mesuré l'efficacité. Dans un échantillon de 200 individus présentant une dysfonction sexuelle, tous démontraient une amélioration suite à la psychothérapie, passant de 61 % des femmes et 100 % des hommes vivant un trouble sexuel au prétest, à 41 % des femmes et 36 % des hommes au post-test (McCabe, 2001). Plusieurs autres études arrivent à des conclusions

similaires au sujet de l'efficience de la psychothérapie dans le traitement des dysfonctions sexuelles (e.g. Brotto, Seal et Rellini, 2012) et sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle (e.g., Soleimani et al., 2015).

1.2.2 Caractéristiques propres aux patients

Pour forger une meilleure compréhension des facteurs influençant la prise en charge des difficultés sexuelles, un ensemble d'éléments biopsychosociaux doivent être pris en considération. Tout d'abord, dans la population générale, le taux de TIE peut atteindre 71 %, avec 22 % des individus rapportant avoir vécu plus de quatre formes différentes de victimisation (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). L'accumulation de différentes formes de TIE est associée à un plus vaste éventail de symptômes, comparativement à la victimisation unique (Finkelhor et al., 2007), d'où l'importance de développer les connaissances au sujet du trauma cumulatif. Dans la population générale canadienne, 26 % des individus (21 % des femmes et 31 % des hommes) rapportent au moins un épisode de maltraitance physique, 10 % (14 % des femmes et 6 % des hommes) au moins un événement d'agression sexuelle, 8 % avoir été témoin de violence conjugale (9 % des femmes et 7 % des hommes) (Afifi et al., 2014). De même, 10 % des individus auraient vécu deux à trois de ces différentes formes de violence durant leur enfance (Afifi et al., 2014). Également, 16 % auraient subi de la négligence psychologique, et 6 % de la négligence physique (Bigras, Daspe et al., 2017). Les formes les plus communes de TIE sont l'abus physique, l'abus émotionnel et la négligence (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink et van IJzendoorn, 2015). Pour ce qui est des populations cliniques, dans un échantillon québécois de patients qui consultent en sexologie clinique, 56 % des femmes et 37 % des hommes signalaient un passé d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Berthelot, Godbout et al., 2014). Les survivants d'agression sexuelle sont plus à risque de symptômes

dépressifs, anxieux et de stress post-traumatique, la majorité d'entre eux rapportent plus d'un épisode d'abus. De même, des patients consultant en thérapie sexuelle indiquent avoir vécu en moyenne quatre différents types de TIE (Bigras, Godbout et al., 2017). Dans le même ordre d'idées, une autre étude révèle que les trois quarts des femmes ayant vécu une agression sexuelle (à l'enfance ou à l'âge adulte) rapportent aussi un autre événement de trauma interpersonnel (Ullman et Brecklin, 2002).

Les TIE auraient des répercussions sur le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuelle des survivants (Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Berthelot, Hébert et al., 2014 ; Bigras, Daspe et al., 2017 ; Bigras, Godbout et al., 2017). Or, ces conséquences sont hétérogènes, et dépendraient de plusieurs facteurs, tels que le genre de la personne ayant subi les agressions, la capacité de la victime à obtenir de l'aide et du soutien, et l'accès à des services de santé appropriés suite au dévoilement (Vaillancourt Morel et al., 2014). Par exemple, chez les survivants, on retrouve davantage de difficultés sexuelles, relationnelles, psychologiques et physiques en comparaison aux individus n'ayant pas été abusés (Bigras, Daspe et al., 2017 ; Bigras, Godbout et al., 2017 ; Bonomi et al., 2008 ; Staples et al., 2012). Également, un passé d'abus autant physique, sexuel et émotionnel est lié à la crainte de l'intimité, à plus de sentiment détresse par rapport à la sexualité, et à des comportements sexuels dysfonctionnels (Davis, Petretic-Jackson et Ting, 2001 ; Stephenson, Hughan et Meston, 2012). En effet, certains modèles théoriques postulent que les survivants de TIE tendent à associer les stimulations sexuelles à une impression d'intrusion ou de douleur physique et un état d'anxiété, ce qui augmenterait le risque de trouble du désir, de douleur à la pénétration ou de difficultés érectiles (Briere, 1992). Aussi, les gens ayant vécu des violences sexuelles et physiques auraient tendance à percevoir leur sexualité plus négativement (Schloredt et Heiman, 2003). De même, les individus rapportant une histoire de victimisation sont à risque démontrer davantage de troubles de santé mentale à l'âge adulte, surtout pour les femmes (p. ex., troubles dépressifs, idéation suicidaire,

dépendance aux substances, ou encore une comorbidité entre plusieurs troubles) (Afifi et al., 2014).

Les TIE tendent à influencer les schémas relationnels et peuvent avoir un impact sur le style d'attachement à l'âge adulte, les survivants présentant des niveaux plus élevés d'attachement insécurisant (Riggs, 2010 ; Vaillancourt Morel et al., 2014). Dans une étude comparant des femmes ayant vécu des TIE à un groupe de comparaison, le groupe de survivants a démontré plus d'anxiété d'abandon, ainsi qu'un style pour la majorité craintif (c'est-à-dire, démontrant à la fois un niveau élevé d'anxiété et d'évitement), alors que les participantes ne présentant pas de TIE avaient pour la plupart un attachement sécurisant (Allen et al., 2001). Par ailleurs, l'attachement et les TIE auraient un impact sur la satisfaction sexuelle et conjugale (Davis et al., 2006 ; Butzer et Campbell, 2008).

La dimension de l'évitement de l'intimité, spécifiquement, est négativement liée au désir de prendre part à des relations amoureuses engagées et continues, ainsi qu'à l'utilisation de la sexualité dans un but de maintenir des relations et de renforcer les liens affectifs (Birnbaum, 2007). La sexualité aurait plutôt comme fonction de garder les autres à distance et renforcer l'estime personnelle (Birnbaum, 2007 ; Schachner et Shaver, 2004). Aussi, la littérature souligne un lien entre l'attachement évitant et les difficultés orgasmiques, les femmes rapportant davantage d'évitement de l'intimité étant aussi plus à risque de présenter des troubles de l'orgasme (Cohen et Belsky, 2008).

L'état de santé physique est lié autant aux difficultés sexuelles, qu'aux TIE, et qu'aux représentations d'attachement. Les personnes ayant des difficultés sexuelles sont plus susceptibles de présenter des situations de santé complexes (Bigras, Godbout et al., 2017; Ishak et al., 2010). En effet, outre les problèmes de santé mentale, l'état de santé général, le diabète, les maladies cardiovasculaires et congénitales, l'hypertension et les

problèmes de prostate constituent des facteurs de risque dans l'apparition de troubles sexuels (McCabe et al., 2015 ; Tan et al., 2012). De plus, les patients présentant des difficultés sexuelles ont tendance à consommer plus de médicaments, à utiliser les services de santé plus fréquemment, et à générer plus de coûts de santé que les gens de la population en général (Bonomi et al., 2008 ; Kupelian, Hall et McKinlay, 2013 ; Xie et al., 2012). Ainsi, les patients signalant des difficultés sexuelles sont à risque de présenter de multiples comorbidités, dont des problèmes de santé physique en plus de leurs troubles sexuels. Des études montrent que la présence de comorbidités chez les patients est liée à des habitudes de consultation hétérogènes et à l'accès à des soins appropriés (p. ex., Domino et al., 2014). Sans compter l'effet négatif que plusieurs traitements pharmacologiques ou chirurgicaux peuvent avoir sur le fonctionnement sexuel (Basson, Rees, Wang, Montejo et Incrocci, 2010).

La santé physique est aussi corrélée aux TIE, les individus avec un passé de maltraitance rapportant davantage de douleur chronique (p. ex., migraines chroniques, fibromyalgie), de cancers et de maladies auto-immunes, et ce, autant dans les populations cliniques que générales (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015 ; Davis, Luecken et Zatra, 2005 ; Wegman et Stetler, 2009). Également, les TIE seraient liés à une fréquence accrue de visites chez le médecin, d'hospitalisations, de visites à l'urgence et d'utilisation de médicaments, ainsi qu'à des coûts plus élevés pour le système de santé (Bonomi et al., 2008; Chartier et al., 2007). Par exemple, une étude canadienne révèle que les femmes rapportant des TIE généraient au courant de leur vie 93 % plus de coûts que les femmes ne présentant pas cet historique (Tang et al., 2006). Les survivants font également état d'une perception plus négative de leur propre santé et de niveaux élevés de problèmes de santé chroniques (p. ex., troubles neuromusculosquelettiques ou cardiorespiratoires) (Wegman et Stetler, 2009).

Des études ont également révélé un effet négatif de l'attachement non sécurisant sur l'état de santé des patients. Effectivement, les individus dont l'attachement n'est pas sécurisant rapportent plus de symptômes physiques et de visites médicales (Ciechanowski et al., 2002), ainsi qu'une moins grande satisfaction envers leur état de santé (Bennett, Fuertes, Ketitel et Phillips, 2011).

Il est aussi à noter que l'état de santé tend à fluctuer selon le genre des patients. Selon une étude canadienne, la variation dans la santé physique semble davantage expliquée par divers déterminants sociaux chez les femmes (p. ex., statut socioéconomique, soutien social, événements stressants ou traumatiques, etc.), alors que les déterminants comportementaux expliquent plus de variance chez les hommes (p. ex., habitudes alimentaires, de sommeil, de consommation de substances, etc.) (Denton et al., 2004). D'ailleurs, comme précisé plus tôt, des différences inter genres sont documentées au niveau des répercussions des TIE à long terme, les femmes rapportant habituellement plus d'engagement en thérapie (Symonds et Horvath, 2004) et de conséquences suite à un événement traumatique (Olff et al., 2007 ; Ullman et Filipas 2005). Toutes ces données soulignent l'importance de prendre en considération les différences inter genres et biopsychosociaux dans nos analyses, de façon à développer des modèles de prise en charge bien ajustés à chacun. Ainsi, l'évaluation du passé traumatique, de l'attachement et de l'état de santé semble être des éléments clés à considérer dans le traitement des difficultés sexuelles.

1.2.3 Caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques

Au niveau des facteurs directement impliqués dans les suivis thérapeutiques, il existe une relation entre les TIE et l'alliance thérapeutique (Paivio et Cramer, 2004). Spécifiquement, les abus physiques et émotionnels, ainsi que la négligence physique et émotionnelle, ainsi que le trauma cumulatif, seraient les formes TIE faisant le plus

obstacle à l'instauration rapide de l'alliance (Paivio et Cramer, 2004 ; Pearlman et Courtois, 2005). En effet, il est à noter que plus l'alliance est formée rapidement au début d'un suivi, plus on peut s'attendre à des résultats favorables (Bioy et Bachelart, 2010 ; Horvath et al., 2011), même suite à une unique consultation médicale (Hall, Horgan, Stein et Roter, 2002).

Un lien entre l'attachement insécurisant et des difficultés à s'investir pleinement dans une relation thérapeutique a aussi été démontré (Bennett et al., 2011 ; Keller et al., 2010). La dimension de l'évitement de l'intimité apparait particulièrement associée négativement à l'adhérence au traitement (Bennett et al., 2011). Des auteurs ont d'ailleurs remarqué que certains patients consultant en psychothérapie ont tendance à parfois faire état d'une bonne alliance, mais à refuser de prendre part aux tâches psychothérapeutiques demandant une révélation de soi (Mallinkrodt, Gantt et Coble, 1995). Ces patients démontreraient des caractéristiques d'évitement de l'intimité, et leur facilité à créer une alliance serait liée à un déni de leurs difficultés (Mallinkrodt et al., 1995).

De plus, chez les patients qui présentent des problèmes de santé physique, une alliance thérapeutique plus forte est associée à un plus grand engagement dans le traitement, une plus grande satisfaction face au traitement et face à la qualité de vie en générale (Bennett et al., 2011). De même, les patients de psychothérapie ayant une alliance thérapeutique plus faible sont plus susceptibles d'abandonner leurs traitements et d'avoir une trajectoire de soins plus irrégulière (Sharf, Primavera et Diener, 2010). En lien avec les trois composantes de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979 : objectifs, tâches et lien), les tâches thérapeutiques à faire à la maison amèneraient les patients à se confronter à des stimuli et sensations qu'ils tentent habituellement d'éviter (p. ex., flashbacks des événements traumatisants) (Hoffart, Øktedalen, Langkaas et Wampold, 2013). Il est ainsi possible que les patients survivants de TIE aient plus de difficulté avec cette dimension, notamment ceux qui auraient développé un attachement évitant.

Or, l'accord sur les tâches serait la dimension la plus fortement liée aux résultats thérapeutiques dans les études qui comparent l'impact des trois dimensions de l'alliance (Horvath et al., 2011).

Au niveau des représentations d'attachement et du parcours de soins, selon le modèle de compréhension de l'utilisation des soins de santé en fonction de l'attachement de Ciechanowski (2002), les représentations d'attachement et les capacités relationnelles et d'alliance thérapeutique auraient une grande influence sur l'état de santé et les habitudes de consultations des individus. L'anxiété d'abandon serait ainsi liée à plus de visites médicales et à une symptomatologie plus complexe que les autres types d'attachement, et l'évitement de l'intimité serait associé à des comportements d'évitement des consultations médicales (Ciechanowski et al., 2002).

Un des principaux obstacles au traitement des difficultés sexuelles est l'accès limité à des ressources en thérapie sexuelle. En effet, ces services sont peu représentés parmi les traitements offerts gratuitement dans les établissements de santé, et les délais d'attente peuvent être longs (Vasiliadis, Dezetter, Lesage et Drapeau, 2015). Bien que certaines cliniques offrent des suivis à tarif réduit - comme c'est le cas pour les stagiaires de sexologie clinique de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) - les patients doivent régulièrement se tourner vers le secteur privé, et ce, malgré les récentes recommandations de prôner un accès plus équitable aux traitements psychothérapeutiques (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Par ailleurs, même au privé, les assurances contractées par les patients couvrent rarement la psychothérapie lorsqu'elle n'est pas desservie par un médecin, psychologue ou travailleur social (Vasiliadis et al., 2015).

Ainsi, les patients présentant des difficultés sexuelles peuvent rencontrer de multiples embûches liées à l'accès aux soins. Rappelons qu'il s'agit d'une clientèle à risque de signaler des TIE (Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Berthelot, Hébert et al., 2014), ce

qui est lié à un plus grand besoin de services de santé (Bonomi et al., 2008), et de plus faibles revenus à l'âge adulte (Zielinski, 2009). Dans le contexte du système de santé canadien et québécois, on retrouve typiquement dans la province de Québec deux types différents d'accès à des services de thérapie sexuelle : 1) à travers des services en bureaux privés, et qui touche une clientèle ayant les moyens financiers ou les assurances nécessaires pour y accéder ; et 2) à des travers des services publics ou communautaires gratuits ou à tarifs réduits. La présente thèse portera principalement sur ce second groupe. Ce dernier tend ainsi à rapporter des revenus assez faibles, avec moins du quart indiquant un revenu annuel supérieur à 40 000 $ (Godbout et al., 2015 ; 2019). Des études ont démontré qu'un faible revenu prédit plusieurs troubles de santé physique, mentale et sexuelle, surtout suite à un évènement de trauma (Dohrenwend, 2000 ; Adler et Rehkopf, 2008 ; Worly, Gopal et Arya, 2012).

Quant à la recherche d'aide chez les patients souffrant de difficultés sexuelles, dans une étude portant sur le trouble de désir, moins de la moitié de l'échantillon avait fait part de leurs préoccupations à un médecin (Rosen et al., 2012). De plus, il semblerait que les hommes tendent à attendre que leur problématique sexuelle ait des répercussions sur plusieurs sphères de leur quotidien avant de consulter (McCabe, 1997). Bref, les individus présentant des difficultés sexuelles et un faible niveau de satisfaction sexuelle ont besoin de traitements adéquats, mais n'ont pas nécessairement la capacité de se les procurer. Ces patients font face à de nombreux obstacles dans leur accès à des suivis appropriés, alors qu'ils tendent à présenter plusieurs facteurs de risque associés à une plus grande utilisation des soins de santé, dont un haut niveau de TIE et de faibles revenus.

En résumé, plusieurs éléments pourraient influencer l'engagement en thérapie et le succès thérapeutique des patients de thérapies sexuelles. Certains de ces éléments apparaissent liés aux patients (p. ex., le passé de TIE, l'attachement et l'état de santé),

alors que d'autres sont plus associés aux suivis (p. ex., le parcours de soins et l'alliance thérapeutique).

1.3 Contexte théorique

Au niveau ontologique, ce projet considère qu'il n'y a pas de réalité généralisable à l'ensemble des personnes consultant en sexothérapie, mais plutôt qu'il existe un parcours propre à chacun, selon ses caractéristiques personnelles, interpersonnelles et environnementales (Grix, 2002). Autrement dit, les acteurs sociaux, par leurs caractéristiques, influencent le phénomène de consultation, au-delà du modèle thérapeutique employé.

Afin de structurer et cadrer théoriquement l'interaction entre les représentations d'attachement à l'âge adulte, les TIE, l'alliance thérapeutique ainsi que l'utilisation des services de santé chez les patients consultant en sexothérapie, nous proposons l'utilisation d'un cadre conceptuel intégratif. Le modèle de compréhension mis de l'avant place l'alliance thérapeutique au centre des dynamiques thérapeutiques. Il s'agit du modèle de l'alliance thérapeutique développé par Zilcha-Mano (2017), qui propose que ce concept inclût deux composantes à prendre en compte pour expliquer le rôle et l'efficacité de l'alliance dans le succès du traitement : une composante comprenant les traits du patient, et une composante comprenant l'état de la thérapie (voir le tableau à l'annexe A).

1.3.1 La composante comprenant les caractéristiques du patient

Premièrement, la composante portant sur les traits du patient renvoie aux caractéristiques intrinsèques du patient qui peuvent favoriser ou nuire sa capacité à créer des relations avec les autres, à rechercher de l'aide, ainsi qu'à former une alliance avec son thérapeute (DeRubeis, Brotman et Gibbons, 2005 ; Zilcha-Mano, 2017). Nous retrouvons dans cette composante les variables présentées plus tôt comme étant inhérentes aux caractéristiques propres aux patients, soit le passé de traumas, les représentations d'attachement et l'état de santé.

Ainsi, les patients se présentent en thérapie sexuelle avec leurs propres antécédents de vie (Wampold et Budge, 2012), ainsi que leurs propres expériences en matière de sexualité, de relations interpersonnelles, de santé, de traitements et de thérapies. Ces expériences sont fortement influencées par les schémas relationnels et les représentations internes de soi et des autres, tout comme ces schémas influenceront la perception que les clients ont des suivis thérapeutiques et de leurs progrès (Zilcha-Mano, 2017). Ces schémas peuvent affecter la capacité du patient à établir une relation et une alliance satisfaisantes avec le thérapeute, ainsi que sa capacité à tirer profit du traitement. Les représentations d'attachement et l'avènement d'événements maltraitance durant l'enfance, deux variables centrales de cette étude, sont particulièrement pertinentes pour opérationnaliser et illustrer ces schémas relationnels. Le modèle soulève en effet que ces traits peuvent amener certains patients à plus facilement créer une relation sécurisante avec leur thérapeute, et ainsi à bénéficier de meilleurs résultats de la part des traitements (Zilcha-Mano, 2017), autant dans l'amélioration de leur santé mentale, physique et sexuelle (Del Giudice et Kutinsky, 2007 ; Zilcha-Mano, Dinger, McCarthy, Barrett et Barber, 2014). Cette composante est donc essentielle afin de comprendre comment l'alliance thérapeutique peut mener à une amélioration de l'état du patient, et permet également d'ajuster le traitement en fonction des besoins spécifiques à chaque patient. D'où l'importance de mettre en

relation ces traits de façon à faire ressortir des profils de patients permettant aux cliniciens de créer des prises en charge sur mesure.

1.3.2 La composante comprenant les caractéristiques de la thérapie

Deuxièmement, la composante portant sur l'état de la thérapie fait référence aux variations et aux fluctuations dans l'adhésion aux traitements et dans la trajectoire de soins (Zilcha-Mano, 2017). Par exemple, les patients tendent à démontrer des variations dans leur capacité à former rapidement une alliance thérapeutique, alors qu'un lien établi rapidement sous-tend un état thérapeutique favorable (Bioy et Bachelart, 2010 ; Horvath et al., 2011 ; Zilcha-Mano, 2017). Ainsi, cette composante comprend certaines variables identifiées plus tôt comme étant inhérentes aux caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques, dont le parcours de soins et de recherche d'aide, et agit en inter influence avec la composante portant sur les traits du patient. Par exemple, les interventions permettant d'améliorer l'alliance thérapeutique et l'amélioration en cours de traitement pourraient promouvoir la consolidation de nouvelles expériences empreintes de sécurité relationnelle chez les patients (Bowlby, 1988 ; Geller et Porges, 2014), et donc, graduellement favoriser le rétablissement de certaines difficultés d'attachement.

Un autre exemple d'inter influence entre ces deux composantes est la façon dont les traits propres aux patients pourraient permettre prédire la capacité du patient à progresser et les difficultés qu'il pourrait rencontrer lors des premiers stades de sa thérapie (Zilcha-Mano, 2017). Par exemple, les patients présentant un attachement évitant tendent à avoir plus de difficulté à créer une relation thérapeutique satisfaisante avec leur thérapeutique, ainsi qu'à davantage abandonner les traitements et à avoir un parcours de soins plus disparate (Mallinckrodt, 2010 ; Sharf, Primavera et Diener, 2010).

1.4 Questions, objectifs et hypothèses

Pour répondre aux buts de cette thèse, des questions, objectifs et hypothèses ont été posés, et divisés en trois articles. Chacun des articles permet d'ajouter à la compréhension et la description des patients consultant en thérapie sexuelle, en explorant les interactions entre leur niveau d'alliance thérapeutique, représentations d'attachement, passé de TIE, état de santé physique, habitudes de consultation et de santé et niveau de satisfaction sexuelle.

1.4.1 Questions de recherche

Ce projet de thèse a pour but de répondre à plusieurs questionnements au sujet des éléments centraux à évaluer et prendre en charge pour une intervention optimale des difficultés sexuelles et de l'insatisfaction sexuelle chez les adultes qui consultent en thérapie sexuelle. Ces questions visent à mieux comprendre la place de facteurs propres aux caractéristiques des patients (i.e., les TIE, les représentations d'attachement et l'état de santé) et aux caractéristiques des suivis thérapeutiques (i.e., le niveau d'alliance thérapeutique et les trajectoires de soins).

La question de recherche principale est donc :

- De quelles façons le niveau d'alliance thérapeutique, les représentations d'attachement, le passé de TIE, l'état de santé physique, les habitudes de consultation et le niveau de satisfaction sexuelle de patients consultant en thérapie sexuelle interagissent-elles entre elles et influencent-elles l'amélioration de la satisfaction sexuelle chez les patients adultes consultant en thérapie sexuelle ?

Des sous-questions ont été formulées afin de mieux cerner les démarches menant à répondre à cette problématique :

- Considérant le rôle central joué par l'alliance thérapeutique documenté auprès de différentes populations cliniques, cette alliance peut-elle aussi prédire l'amélioration de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin du suivi en thérapie sexuelle ?

- Quels mécanismes et facteurs modérateurs permettent d'expliquer l'effet bénéfique de l'alliance thérapeutique sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle ?

- Quelles places tiennent les caractéristiques propres aux clients et propres aux suivis thérapeutiques dans la compréhension de la relation entre l'alliance thérapeutique et l'amélioration de la satisfaction sexuelle ?

1.4.2 Objectifs et hypothèses de recherche

Le projet comporte trois volets complémentaires, chacun lié à un objectif spécifique et menant à un article de thèse. Le premier volet porte sur l'association entre les TIE, l'attachement, et le genre, afin d'en examiner l'impact sur l'alliance thérapeutique. L'objectif consiste à décrire les interactions entre le cumul de TIE, l'attachement et l'alliance, et de les comparer chez des femmes et hommes consultant en thérapie sexuelle. Afin de mieux saisir ce qui permet de différencier les genres, ils sont comparés sur la base du nombre de TIE cumulés, des représentations d'attachement et de la qualité de l'alliance thérapeutique, mais aussi sur leurs informations sociodémographiques (p. ex., revenu et stabilité d'emploi). Ces informations sont en effet des indicateurs centraux de l'état de santé physique, mentale et sexuelle des patients (Denton et al., 2004 ; Ullman et Filipas 2005 ; van Ijzendoorn et Bakermans-

Kranenburg, 2010 ; Zielinski, 2009). Ces résultats pourraient permettre aux cliniciens d'orienter leurs évaluations vers l'investigation de l'attachement lorsqu'ils sont confrontés à des patients ayant subi des TIE, et d'ainsi guider le choix de leurs outils d'intervention dans l'optique d'améliorer l'alliance thérapeutique et d'optimiser les bénéfices de traitement. Pour ce premier objectif, l'hypothèse est que les patients présentant un plus lourd cumul de TIE présenteraient plus de difficulté à former une alliance thérapeutique forte, sauf s'ils ont un attachement sécurisant, comparativement à ceux présentant un attachement marqué par un fort niveau d'évitement de l'intimité et/ou d'anxiété d'abandon. Autrement dit, la sécurité d'attachement aurait un rôle de modérateur du lien entre les TIE et l'alliance, en agissant comme un facteur de protection. Nous supposons également que ce lien de modération serait plus important chez les femmes, considérant que ces dernières tendent à rapporter plus d'engagement en thérapie (Symonds et Horvath, 2004) et de répercussions négatives à la suite d'un trauma (Olff et al., 2007 ; Ullman et Filipas 2005).

Le second volet vise à créer une typologie de l'état de santé et de l'utilisation des services de soins chez la clientèle de thérapie sexuelle, selon leur fréquence des consultations médicales et de prise de médication, ainsi que leur état de santé. L'objectif est de délimiter l'hétérogénéité des patients en différents profils selon leurs trajectoires de soins de santé et leurs habitudes en matière de santé, puis de différencier ces profils en fonction de leur niveau de satisfaction sexuelle, passé de maltraitance et difficultés d'attachement, ces corrélats pouvant nuire à la création d'une alliance thérapeutique de qualité. Le score d'alliance thérapeutique pour chaque profil est également évalué. Ces résultats pourraient permettre aux cliniciens de mieux comprendre les réflexes de recherche d'aide et d'engagement en thérapie de leurs patients, et de les sensibiliser au rôle des TIE, de l'attachement et de l'alliance thérapeutique dans la planification de leurs interventions. Ces données permettront également de souligner les coûts de santé associés aux multiples consultations liées aux difficultés de santé, aux difficultés sexuelles et aux antécédents de TIE. En ce qui

concerne l'hypothèse de ce deuxième volet, il est suggéré que différents profils d'états de santé et d'utilisation des services de soins seraient identifiés chez les patients en thérapie sexuelle. De même, nous supposons que les profils dont les patients présentent une plus grande utilisation des services et des médicaments, ainsi qu'une auto-évaluation plus faible de leur propre santé, feront état d'une plus grande insécurité d'attachement, d'un plus grand cumul de TIE, et d'une plus faible alliance et satisfaction sexuelle.

Le troisième volet a pour but d'explorer à l'aide d'un prétest et d'un post-test l'influence des TIE, de l'attachement et de l'alliance thérapeutique sur l'amélioration du niveau de satisfaction sexuelle entre le début et la fin des traitements. Ces données permettent d'appuyer l'importance des suivis thérapeutiques adaptés aux besoins de chaque patient, en plus d'évaluer l'efficacité et les bénéfices de la thérapie sexuelle. De même, les résultats nous mènent à souligner la pertinence d'un dépistage rapide des difficultés sexuelles et des TIE par les différents professionnels de la santé. Pour ce troisième volet, l'hypothèse est que la thérapie sexuelle, telle qu'elle se présente dans des contextes cliniques en milieu naturel, permet d'améliorer le niveau moyen de satisfaction sexuelle des patients. Nous suggérons aussi que les patients présentant davantage de TIE, moins de sécurité d'attachement ainsi qu'une plus grande difficulté à créer une alliance thérapeutique afficheraient les progrès les plus faibles.

Mis ensemble, ces trois volets permettront d'atteindre l'objectif général de la thèse, soit de mieux comprendre la place de l'alliance thérapeutique, des représentations d'attachement, des TIE, de l'état de santé physique et des habitudes de consultation dans la prise en charge des difficultés sexuelles.

1.5 Collecte de données

Cette étude s'appuie sur un devis quantitatif dans un échantillon clinique. Pour répondre aux objectifs de recherche, des participants consultant un stagiaire de la maîtrise en sexologie clinique de l'UQÀM ont été recrutés et invités dans les premières semaines de traitement via leur thérapeute à remplir un ensemble de questionnaires autorapportés. Les questionnaires pouvaient être remis en version papier ou en version électronique, et une équipe de recherche s'assurait de la cotation et de la confidentialité des données. Les participants ont été invités à remplir, au début et à la fin de leur suivi, une batterie de questionnaires auto-rapportés afin de mesurer leur attachement amoureux, alliance thérapeutique, accumulation de TIE, état de santé, utilisation des services de soins, et satisfaction sexuelle (Godbout, Bigras, et Sabourin, 2017 ; Lafontaine et al., 2016 ; Lawrance & Byers, 1995 ; Tracey & Kokotovic, 1989). En raison du contexte de stage s'étalant sur une année universitaire, les suivis sont d'une durée maximale de 8 à 9 mois. Les stagiaires étaient des étudiants de cycles supérieurs au sein du programme de sexologie clinique permettant d'accéder au titre de sexologue et psychothérapeute, rencontrant des patients sous supervision clinique et pratiquant différentes approches thérapeutiques (psychodynamique, humaniste, cognitivo-comportementale et systémique, par exemple). Les patients étaient suivis dans différents établissements (hôpitaux, unités de médecine familiale, cliniques communautaires, cliniques privées, cliniques spécialisées, etc.). Les patients recevaient les services de thérapie sexuelle dans des contextes cliniques gratuits ou à tarifs modiques.

CHAPITRE II

ARTICLE #1

Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderating Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas (Université du Québec à Montréal),
Natacha Godbout (Université du Québec à Montréal),
& Martine Hébert (Université du Québec à Montréal)

Corresponding author: Natacha Godbout

Financial support: This study was partially funded through grants from the Quebec Research Fund – Health [Fonds de Recherche du Québec – Santé] and from the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse.

Journal: Journal of Sex & Marital Therapy

State: Published

Résumé

Des études ont démontré que les patients consultant en thérapie sexuelle tendent à signaler des taux élevés de traumas interpersonnels en enfance (p. ex., abus physique, psychologique et sexuel). À leur tour, les traumas en enfance tendent à être associés à un attachement insécurisant et à une alliance thérapeutique plus faible. Toutefois, ces interrelations n'ont pas encore été évaluées dans cette population spécifique. Cette étude a examiné les associations entre l'attachement, les traumas cumulatifs et l'alliance thérapeutique chez 278 patients en thérapie sexuelle ayant rempli des questionnaires autorapportés. Les résultats ont révélé que l'attachement évitant agissait en tant que modérateur entre les traumas cumulatifs et la dimension d'accord sur les tâches de l'alliance thérapeutique. Les résultats soulèvent la pertinence pour les sexologues d'évaluer le passé de traumas et les représentations d'attachement actuelles de leurs patients pour orienter les interventions et optimiser les avantages du traitement.

Abstract

While it is documented that clients consulting in sex therapy tend to report high rates of childhood interpersonal traumas (e.g., physical, psychological and sexual abuse), which are associated to insecure attachment and poorer therapeutic alliance, the interrelations of these variables have not yet been evaluated in this specific population. This study examined the associations between attachment, cumulative trauma and therapeutic alliance in 278 sex therapy patients who filled out self-report questionnaires. Results revealed that avoidant attachment acted as a moderator between cumulative trauma and the agreement on tasks dimension of therapeutic alliance. Results suggests the relevance for sex therapists to investigate past traumas and current attachment representations to guide interventions and optimize treatment benefits.

Keywords: Therapeutic alliance, Attachment, Sex therapy, Adults, Gender specifities.

2.1 Introduction

Adults seeking sex therapy (e.g. psychotherapy aiming the treatment of sexual difficulties) tend to report higher rates of childhood interpersonal traumas (e.g., sexual, physical or psychological abuse, neglect), compared to individuals from community samples (Berthelot, Godbout, Hébert, Goulet, & Bergeron, 2014a; Bigras, Godbout, Hébert, & Sabourin, 2017) and adults from other clinical populations (Brodsky et al., 2001). Indeed, nearly half (47%) of patients consulting a sex therapist reported a history of child sexual abuse (Berthelot et al., 2014[a]), versus one third (38%) in depressive patients (Brodsky et al., 2001) and 13% in the general population (Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Studies have shown that forms of maltreatment rarely occur in isolation and childhood cumulative trauma (CCT) - the accumulation of different forms of interpersonal traumas experienced before the age of 18 - is associated with a more severe and complex symptomatology such as exacerbated psychological, sexual and relational distress compared to a single traumatic experience (Berthelot et al., 2014a; 2014b; Bigras, Daspe, Godbout, Briere, & Sabourin, 2017; Hodges et al., 2013).

The importance of therapeutic alliance is increasingly discussed in the scientific literature on psychotherapy. This notion of alliance has repeatedly been highlighted as a key component to treatment efficacy (Baillargeon, Pinsof, & Leduc, 2005; Ferreira et al., 2013; Martin, Garkse, & Davis, 2000). The concept of therapeutic alliance was first developed and studied within the psychodynamic school of thought (e.g., Freudian theories; Bordin, 1979; Sandler, Dare and Holder, 1975), and it is now recognized as a central variable to therapeutic success, across the different approaches. More precisely, a strong alliance, established quickly in a therapeutic relationship, appears to be an efficient predictor of favorable therapy outcomes (Horvath, 2001). According to Bordin's theory (1979), therapeutic alliance includes three dimensions: 1) the bond

between the therapist and the patient, as well as the agreement on 2) goals and 3) tasks. The bond between both parties involves all relational, affective and emotional aspects of the therapeutic alliance (Baillargeon, Pinsof, & Leduc, 2005). This dimension refers to the affective facet of the alliance, while the two other dimensions, the agreement about goals and tasks, are more cognitive (Hietanen & Punamäki, 2006). Agreement on goals refers to the patient's impression that the therapist understands the reasons for consultation and suggests adequate objectives to achieve (Baillargeon, Pinsof, & Leduc, 2005). Agreement on tasks implies that the activities suggested by the therapist, such as open dialogues during sessions, or "homework" (e.g., relaxation exercises or questionnaires to complete at home), are coherent with the patient expectations and objectives (Baillargeon, Côté, & Douville, 2012; Baillargeon, Pinsof, & Leduc, 2005). Empirical data suggests that compared to the other two dimensions, the agreement on tasks shows the strongest association to therapy outcomes, (Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011 cited in Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013).

Past experiences of childhood interpersonal trauma may diminish the patient's capacity to establish a therapeutic alliance (Paivio & Cramer, 2004), yet key variables might inflect the link between CCT and alliance. The current study examined the potential role of attachment, since empirical data documented that greater exposure to interpersonal trauma is related to more insecure attachment (Godbout et al., 2017), and that an insecure attachment may be negatively associated to therapeutic alliance (Diener & Monroe, 2011; Smith, Msetfi, & Golding, 2010). Insecure attachment is also related to greater or higher levels of distress in general (Shalcross, Frazier & Ander, 2014). Adult attachment comprises two related dimensions: *attachment avoidance* referring to the tendency to escape from close relationships and from exposed vulnerability due to a negative representation of others as non-available, and *attachment anxiety* referring to the negative internalized representation of the self as unworthy of love, demonstrating fears of rejection and abandonment, as well as presenting a tendency to validate oneself through others (Griffin & Bartholomew,

1994; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Trauma survivors may present long-lasting intimate and avoidance issues in close relationships (Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009; Godbout et al., 2017) and it is recognized that attachment in adulthood is optimally understood through romantic relationships (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Goodman, 2006). These relationship avoidance schemas may also influence psychotherapy. Indeed, patients with avoidant attachment tend to consider that the development of interpersonal relationships is uncomfortable and scary, or that others are unreliable, which is related to reports of lower levels of therapeutic alliance (Tasca, Balfour, Ritchie, & Bissada, 2007), as if they are rejecting their need to form a relationship with their therapist (Smith, Msetfi, & Golding, 2010). As such, insecure attachment, especially avoidant attachment, may act as a risk factor in the capacity of trauma survivors to establish a therapeutic alliance. Therefore, it appears relevant to study the link between trauma, alliance and insecure attachment by evaluating if attachment avoidance and anxiety over abandonment act as risk factors in the relation between CCT and therapeutic alliance.

Although previous studies revealed a negative association between attachment and therapeutic alliance (e.g., Diener & Monroe, 2011) and between trauma and therapeutic alliance (e.g., Paivio & Cramer, 2004), these interrelations have not been explored together nor specifically in a population of patients consulting in sex therapy. Yet, this clientele seems to differ from other adults seeking psychotherapy (e.g. higher level of interpersonal trauma). Moreover, the potential role of insecure attachment as a moderator of the link between trauma and alliance has not been examined. In summary, there is an apparent breach in scientific writings concerning the relationship between CCT, attachment representations in adulthood and the ability to invest in a strong and satisfying therapeutic alliance in adults consulting in sex therapy. A study examining how attachment representations act on the building of a robust therapeutic alliance might provide guidance toward appropriate therapeutic tools and the design of tailored interventions for these patients.

As an additional gap in the literature, potential differences between genders need to be further explored, considering that women and men show differences in commitment to therapy (Symonds & Horvath, 2004) and in psychological distress after experiencing traumatic events (Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Ullman & Filipas, 2005), with women typically reporting a stronger alliance, and more trauma-related repercussions. Furthermore, women tend be at higher risk than men of experiencing disempowering events (e.g. traumas or poorer socioeconomic status) and distress during their life trajectory (Astbury, 2001; Caldwell, Swan, & Woodborn, 2012). Thereby, invariance between women and men of the hypothesized moderation model needs to be examined.

2.1.1 Objectives and hypothesis

The current one time cross sectional correlational study aimed to examine the characteristics of adults seeking sex therapy, and the moderating role of attachment and gender in the link between CCT and therapeutic alliance in these patients. First, through a triple interaction, the moderating effect of 1) gender and attachment anxiety and of 2) gender and attachment avoidance, on the association between CCT and therapeutic alliance, was tested. It was hypothesized that insecure attachment, particularly attachment avoidance, would act as moderator so that CCT would be related to lower alliance in patients with hight attachment avoidance.

Differences between women and men concerning the impact of childhood traumas on therapeutic alliance, and factors explaining this impact (i.e., socioeconomic status) was also investigated. Then, the moderating effect of attachment was tested for gender specificities by testing the model independently in women and men. Considering the documented gender differences in therapeutic alliance and trauma sequelae, it was postulated that these associations will differ depending on the gender of the

participants. Precisely, we expected the effect of attachment on the relationship between CCT and alliance to be greater among women.

2.2 Methodology

2.2.1 Participants and data collection

Patients consulting in sex therapy were recruited and invited to complete a set of self-reported questionnaires within the first weeks of treatment (M = 5.4 weeks; SD = 5.1), via their interns-therapists in clinical sexology. Interns were graduate students in the program of clinical sexology leading to permit of psychotherapy, seeing patients under supervision, and practiced different therapeutic approaches (e.g., psychodynamic, humanistic, cognitive behavioral and systemic). In terms of motive of consultation, patients reported consulting for lack of sexual desire (46.4%), lubrication (9.7%) or erection problems (24.5%), orgasm disorder (27.7%), premature (15.1%) or delayed (11.2%) ejaculation, sexual pain (24.8%), vaginismus (6.1%), sexual aversion (4.0%), or other motives (22.3%; paraphilic disorder, pornography dependence, excessive sexuality behavior, interrogation about their sexual orientation or gender identity, etc.). Half of the patients (50.4%) indicated at least two motives. Participants were patients seeking sex therapy through different facilities (hospitals, family medicine units, community clinics, private clinics, specialized clinics, etc.).

A total of 278 patients, 149 women (53.6%) and 129 men (46.4%), were included in this study. They were aged between 17 and 73 years old (M = 38.9; SD = 12.9). The majority, 240 (86.3%) defined their sexual orientation as heterosexuals, 21 (7.6%) as homosexuals, 12 (4.3%) as bisexuals, and four (1.5%) identified with another sexual orientation. Regarding relational status, 100 patients (36.0%) were single, 40 (14.4%) were in a relationship with a partner (dating relationships), 89 (32.0%) were in a

common-law relationship, 46 (16.5%) were married and three participants (1.1%) preferred not to answer. The majority earned less than 40,000 CAN$ per year (65.9%), had at least a college education degree (79.9%), were workers (60.4%), spoke French as their first language (88.7%), and were from Canada (88.1%).

2.2.2 Measures

Childhood Cumulative Trauma (CCT). CCT was assessed using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout, Bigras, & Sabourin, 2017). This measure was adapted from existing maltreatment measures (e.g., Early Trauma Inventory-Self Report, Bremner, Bolus, & Mayer, 2007; Childhood Maltreatment Questionnaire, Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009) and showed satisfactory psychometric qualities (e.g., Bigras, Godbout, Hébert, & Sabourin, 2017). Specifically, eight forms of traumas were evaluated: physical and psychological abuse by the parental figures; psychological and physical neglect; exposure to psychological and physical violence between the parents; peer bullying; and sexual abuse. The items of this questionnaire state a potentially traumatic event (e.g., "One of my parents, or both, ever slapped me in the face"; "One of my parents, or both, ever humiliated, denigrated or ridiculed me"; etc.), then inquire about its frequency, on a scale from 0 ("Never") to 6 ("Every day, or almost every day"). Each form of trauma was divided as not experienced (0), or experienced (1). The CCT score is therefore initially ranging from zero to eight, higher scores revealing more trauma events. To optimally screen and define the prevalence of cumulative trauma, Finkelhor, Ormrod, and Turner (2007) recommends considering the report of at four forms or more of trauma experiences. In our sample, participants presented a rounded average of four types of childhood interpersonal traumas (SD = 2.1). Consequently, this variable was dichotomized following these indications: the participants reporting four forms of interpersonal

traumas or more are coded as having CCT (CCT = 1), in contrast to those relating three forms of interpersonal traumas or less (none to three forms of interpersonal traumas CCT = 0). Cronbach's alpha of the whole questionnaire indicates high internal consistency: .90.

Therapeutic Alliance. Therapeutic alliance was measured with the French version of the Working Alliance Inventory-Client Short Form (WAI; Tracey & Kokotovic, 1989), which includes three subscales assessing the three elements of Bordin's (1979) theory as well as a total score. Twelve questions (eg., "My therapist and I are working towards mutually agreed upon goals", "I feel that my therapist appreciates me") are answered with a scale from 1 ("Never") to 7 ("Always"). The total score varies between 12 and 84, and between 4 and 28 for the subscales. Higher score implies stronger therapeutic alliance. Previous literature suggests the pertinence to assess alliance early in the therapeutic process. For example, studies documented that a patient's assessment of the therapeutic alliance within the first five weeks of treatment is a key clinical indicator of therapeutic outcomes (e.g., Horvath, 2001). Cronbach's alpha of the global score reflects a high internal consistency: .90 (agreement of task α =.70; bond α =.81; agreement on goals α =.75).

Attachment. Romantic attachment was assessed by the French and short version of the Experience in Close Relationship Scale-12 (ECR-12; Lafontaine et al., 2016). This questionnaire includes two subscales measuring the two dimensions of attachment, anxiety over abandonment (e.g., negative perception of self, and positive perception of others) and attachment avoidance (e.g., positive perception of self, and negative perception of others). A Likert scale ranging from 1 "Strongly disagree" to 7 "Strongly agree" is used to answer questions such as "I'm afraid that I will lose my partner" or "I feel comfortable sharing my private thoughts and feelings with my partner". Higher scores on these subscales indicate a higher level of anxiety or avoidance, and clinical cut off for both have been suggested (a score higher than 3.5 for anxiety, and 2.5 for

avoidance) (Brassard et al., 2012). The Cronbach's alpha of the anxiety over abandonment subscale is .87, and .84 for the attachment avoidance subscale.

2.2.3 Data analyses

First, descriptive analyses were conducted to portray the characteristics of the sample in terms of cumulated traumas, attachment style and capacity to create therapeutic alliance. Second, regression analyses were performed to test the moderating role of avoidant and anxious attachment and gender in the association between CCT and therapeutic alliance. Correlational analyses were also performed to explore the relationship between the variables. Since the dependent variables (i.e., four scale measuring therapeutic alliance: agreement on tasks, agreement on goals, bond between the patient and the therapist, and total score), are continuous, a linear regression analysis was used (forced entry method). The standardized subscales of attachment avoidance and anxiety over abandonment were considered in interaction with CCT to predict therapeutic alliance. Third, to interpret potential gender differences, *t tests* and chi-square comparing women and men on various psychosocial factors were conducted. Finally, a model using uniquely attachment as a moderator was tested independently among women and men.

2.3 Results

2.3.1 Descriptive data

As indicated in Table 1, results revealed that interpersonal violence victimization during childhood is highly prevalent in the sample. Indeed, 83.8% of patients

experienced more than one form of trauma, and more than half (52.9%) reported CCT, has defined previously (four to eight forms of interpersonal trauma). Indeed, clients presented on average four types of trauma. For both genders, the more frequent traumas were psychological neglect and bullying, and the less frequent are exposure to physical violence and physical neglect.

[INSERT TABLE 1]

Patients also presented high rates of insecure attachment, with 60.1% of them reporting scores above clinical cut off score of attachment avoidance, 67.6% above threshold for anxiety over abandonment, and 46.8% above the clinical cut-off on both scales, which suggest a fearful attachment. Only 19.9% indicated a secure attachment. Analyses failed to reveal a significant difference in attachment style between women and men.

Regarding therapeutic alliance, total mean score was 70.1 (SD = 10.06), 23.0 for the agreement on tasks subscale (SD = 3.6), 23.4 for the agreements on goals subscale (SD = 3.9), and 23.7 for the bond between the therapist and the patient subscale (SD = 3.5). *T tests* unveiled no significant difference between women and men. Nevertheless, marginally significant differences are found between women and men for the settlement on tasks subscale (p = .054; t = 1.93; df = 276; CI = -.02 to 1.70), with women having higher scores (M = 23.4; SD = 3.7) than men (M = 22.5; SD = 3.5).

2.3.2 Moderation model in the full sample

A series of correlations (see Table 2) were computed to identify the links between the variables of interest of this study. Results indicated a significant relationship between attachment avoidance, the dichotomized CCT variable and all the WAI subscales. Abandonment anxiety was also significantly correlated to CTT and all the therapeutic

alliance dimensions, except for the agreement on tasks subscales. Correlations with anxiety over abandonment however appeared weaker than those with attachment avoidance. There was no significant link between CCT and the WAI scales. Differences between women and men were found and are also presented in Table 2.

[INSERT TABLE 2]

Linear regressions were used to test two triple interactions. The first one tested the moderating effect of the interaction of gender and abandonment anxiety, on the relationship between the CCT and each aspect of the therapeutic alliance. However, results came out as not statistically significant. The second regression revealed a relation between the dependent variable (CCT), the interaction term (attachment avoidance and gender), and one dimension of the outcome variable (therapeutic alliance). Results highlighted a moderating effect of avoidant attachment and gender on the association between CCT and common agreement on tasks, but not with the other subscales of the WAI. The interaction was however marginally statistically significant when the dependent variable was the WAI total score ($p = .075$; $ci = -.44$ to 9.23).

While attachment avoidance statistically correlated to common agreement on tasks ($p = .000$; $r = .234$; $CI = -.34$ to $-.12$), when integrated in interaction with gender and CCT, it acted as a moderator of the link between CCT and agreement on tasks (see Table 3). More precisely, in patients with high avoidance (scores > 4.5), CCT was associated with increased difficulties to settle on tasks with their therapist, while in patients presenting a lower score of avoidance, agreement on tasks does not statistically vary in function of the CCT.

[INSERT TABLE 3]

Considering that sexual orientation could influence the results (e.g., experiences of traumas), regression analyses were re-tested excluding non-heterosexual participants. The results remained similar in terms of variance and moderation effect significativy. In addition, age may be a factor, as older patients might have had more time to process the trauma experienced, which could impact their capacity to form a therapeutic alliance. Age was therefore tested as a control variable, and the same outcomes were observed. Thereby, all the participants were kept in the sample, regardless of their sexual orientation or age.

2.3.3 Differences between women and men consulting in sex therapy

Using *t tests*, it was possible to underline psychosocial differences between women and men. Compared to the men, women showed significant lower incomes (p = .004; t = -2.89; df =265; CI = -.66 to -.13), more accumulated traumas (p = .041; t = 2.05; df =276; CI = .02 to 1.02). Using chi-square analyses, we found that women demonstrated less job stability, and were over-represented among students and stay-at-home parents of the sample, and under-represented in full-time workers (p = .020; df = 5).

2.3.4 Moderation model : gender specificities

As shown in Table 4 and Figure 1, in women, CCT is associated with an increase in difficulty in adhering to the tasks proposed by the therapist, but this relation is moderated by attachment avoidance. Using in SPSS the PROCESS macro as proposed by Hayes (2012), results revealed that, according to the ECR clinical cutoff, in women displaying very high avoidance (ECR-12 score $\geq$ 4.5) increased CCT leads to lower

agreement on tasks, while lower attachment avoidance enable better agreement on tasks despite the cumulative trauma.

[INSERT TABLE 4]

[INSERT FIGURE 1]

In men (see table 5), agreement on tasks score did not significantly vary with CCT. The model of moderation therefore did not reach statistical significance. Results also revealed the agreements on tasks scores are generally lower than for women.

[INSERT TABLE 5]

2.4 Discussion

This study aimed to explore the moderating role of attachment on the relationship between CCT and therapeutic alliance, and to compare these associations in women and men consulting in sex therapy. Our results showed not only that sex therapy patients report a high prevalence of both adverse events in childhood and insecure attachment, which is consistent with past studies (e.g., Berthelot et al., 2014a; 2014b; Bigras, Godbout, Hébert et Sabourin, 2017; Diener & Monroe, 2011), but also that the interaction between these trauma experiences and avoidant attachment impact on their ability to forge a therapeutic alliance. Empirical data also highlights gender specificities in the degree of commitment to therapy (Symonds & Horvath, 2004), and in trauma consequences (Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Ullman & Filipas, 2005), and regarding the interaction between CCT and attachment avoidance.

Descriptive analyses revealed that the majority (80%) of sex therapy patients in our sample reported insecure attachment and CCT with one out of two participants reporting four or more different forms of interpersonal trauma. In our sample, only one in every five patients reported a secure attachment, compared to about one out of two in the general population (Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000). Furthermore, sex therapy patients seemed to experience higher rates of childhood interpersonal traumas, comparatively to individuals from the general population (Berthelot et al., 2014a; 2014b; Bigras, Godbout, Hébert, & Sabourin, 2017) and from other clinical settings (Brodsky et al., 2001). This seems to imply that patients with sexual difficulties may be particularly vulnerable to traumas and their repercussions, suggesting that specialist working with sex therapy patients could benefit from specialized training in the effects of childhood trauma. Also, our data highlighted a tendency for women to be more likely to display a strong agreement on tasks with their therapist; this result being marginally significant. These results are similar to findings from other authors, reporting more trauma in sex therapy patients (Bigras et al., 2017), and showing that men demonstrate less commitment to therapy (e.g. Symonds & Horvath, 2004), in addition to showing new data on attachment in this clientele.

2.4.1 Attachment avoidance and gender as moderators between trauma and alliance

Our findings suggested a moderating effect of avoidant attachment and gender on the relation uniting CCT and common agreement on tasks, but there was no moderating effect of anxiety over abandonment with any of the WAI subscales. These results supported that attachment avoidance is of interest given that this dimension may inflect on the development of the therapeutic alliance. This interferes with the patients' capacity to acknowledge their suffering and their need for support and the importance of their relationship with their therapist (Cassidy, Shaver, Mikulincer, & Lavy, 2009;

Mikulincer & Shaver, 2007; Smith, Msetfi, & Golding, 2010; Tasca, Balfour, Ritchie, & Bissada, 2007). Indeed, avoidant individuals tend to deny their painful emotions and affective desires, since facing them is associated with discomfort and distress (Cassidy, Shaver, Mikulincer, & Lavy, 2009; Mikulincer & Shaver, 2007).

Results also underlined the central role played by the coherence between the activities proposed by the therapist, the patients' perception of these as appropriate, and, especially, compliance with those tasks. Indeed, patients agreeing with these tasks can demonstrate better compliance to prescribed "homework" (Bordin, 1979; Dunn, Morrison, & Bentall, 2002; Franco, 2012). It is also suggested that therapeutic tasks may be particularly hard to sustain for patients with high levels of attachment avoidance. For example, bringing "homework" could be synonymous with letting the therapy infiltrate their privacy, while it is documented that individuals with avoidant attachment may experience difficulties in recognizing their need to create a relationship with their therapist (Smith, Msetfi, & Golding, 2010). Therapeutic tasks also carry a certain risk of bringing back memories of the traumas, which they typically prefer to refrain (Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013). Compliance to the tasks can also positively predict treatment success (Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000). Likewise, it is documented that the agreement on tasks is the therapeutic alliance dimension demonstrating the most powerful association to treatment outcomes (Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011 cited in Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013). Yet, the other dimensions of the therapeutic alliance (the bond, agreement on goals, as well as the total score), were not influenced by the interaction between CCT and avoidant attachment. Considering the robust relationship between tasks, attachment avoidance, and therapeutic outcomes underlined in the scientific literature (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011 cited in Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013), we were especially interested in the agreement on tasks dimension, and these results were expected.

2.4.2 Gender specificities

Results highlighted that, among women, agreement on tasks was negatively influenced by the accumulation of traumas in participants with high avoidance. In other words, in women with high avoidance, CCT intensified the difficulty to agree on tasks with their therapist, thereby low avoidance acted as a protective factor which seems to neutralize the association between CCT and agreement on tasks. Women with low levels of avoidance were more prone to establish satisfying common treatment plan, which in turn can lead to therapeutic efficiency (Baillargeon, Pinsof, & Leduc, 2005; Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013; Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000). In men, no moderation effect was observed, suggesting that agreement on tasks is not necessarily affected by the accumulation of childhood traumas or by the attachment avoidance. This could be explained by social values influencing the general tendency of men to report fewer repercussions after traumatic events (Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Ullman & Filipas, 2005) and to potentially deny the interpersonal violence they experience (Oransky & Marecek, 2009). Some authors also underline the social commandment of emotional continence imposed to men, for whom the mere recognition of emotion and vulnerability can be difficult (e.g. Chu, Porche, & Tolman, 2005; Kindlon & Thompson, 1999).

Additionally, women in the sample reported significantly lower job stability and annual incomes, and more childhood trauma than the men. This is coherent with authors stipulating that women present higher risk of enduring disempowering social situations (Astbury, 2001; Cadwell, Swan, & Woodborn, 2012), such as negative trauma repercussions (Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Ullman & Filipas, 2005), lower incomes (Statistics Canada, 2013), greater job instability (Statistics Canada, 2013) and more sexual victimization (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). These results also appear consistent with data highlighting the association between lower socioeconomic status and more severe situations of childhood abuse (Zielinski,

2009; Kosidou et al., 2011), these risk factors being particularly present in the female population (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009; Statistics Canada, 2013).

2.4.3 Research limits and avenues for future studies

The conclusions of this study should be tempered by consideration of its limitations. First, self-report questionnaires are subject to a recall bias. Secondly, some therapeutic approaches prescribe more tasks than others, which would be relevant to explore in future research. For example, directive approaches (e.g. cognitive-behavioral therapies) could foster stronger task agreement than less directive approaches (e.g. humanistic therapies), while these less directive approaches could facilitate other dimensions of the therapeutic alliance (the bond or the agreement on goals). Similarly, this study only examined the patients' characteristics (i.e. attachment and CCT) in relation with the alliance, although other patients' (e.g., motive of consultation, presence of current experiences of victimization) and therapists' attributes (e.g., the extent of clinical experience and training, personality factors) might influence the establishment of a strong alliance. Future studies are needed to evaluate these variables. Furthermore, the interaction model presented in this study could be used to explore therapy outcomes in further studies. For example, the improvement of sexual difficulties may be examined in a longitudinal study in an analogous sample, exploring the role and mechanisms of alliance in predicting successful treatment. Likewise, in future studies, multiple assessment should be used to evaluate the potentially evolving phenomenon of therapeutic alliance. The association between past childhood traumas and therapeutic alliance should also be further investigated in clinical samples of men, since avoidant attachment did not contribute to the prediction of agreement on tasks. As proposed, emotional continence level could be another research avenue to explore.

2.4.4 Clinical implications

The present study suggests that past traumatic experiences, their cumulation, and associated outcomes should be carefully assessed in sex therapy patients. While findings need to be replicated, they suggest the need for sex therapists to investigate both past traumas and current attachment representations to guide therapeutic interventions and optimize treatment benefits through therapeutic alliance. Taking into account our results and the work from Finkelhor, Ormrod and Turner (2007) suggesting that efficient screening of cumulative trauma should consider the report of at least four forms of traumas, this accumulation appears to be essential to evaluate. Since the interaction between CCT and common agreement on tasks seems to fluctuate depending on the level of attachment avoidance, the interventions that are put in place should particularly be oriented toward improving tasks accordance and compliance. Indeed, few studies underlined that compliance to therapeutic tasks can efficiently predict treatment outcomes (e.g., Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011 cited in Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013; Kazantzis, Deane & Ronan, 2000). More specifically, according to the literature and to our findings, an effective strategy may be to tailor interventions that support the creation of the therapeutic alliance and the agreement on tasks in the early phases of sexual therapy, quick adherence being a great predictor of therapeutic success (Horvath, 2001). Since therapeutic alliance is a constantly evolving phenomenon, it is also suggested to evaluate its state at various times during therapy, and to address it with patients or supervisors as needed (eg, Safran and Muran, 1996; 2000). Some authors recommend paying particular attention to the needs and capacity of patients in terms of tasks during the first therapy sessions to enhance therapeutic alliance (e.g., Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011 cited in Hoffart, Øktedalen, Langkaas, & Wampold, 2013). To do so, in highly avoidant patients, and especially in women, targeting avoidant attachment patterns in early phasis of interention may be crucial. For instance, Emotion Focused Therapy (EFT) offers techniques centred on attachment and is

sensitive to trauma survivors (Johnson, 2002; MacIntosh & Johnson, 2008). Early evaluations and interventions based on attachment and trauma could allow for rapid detection of potential barriers to the quality of the therapeutic alliance, and rapid intervention, which may affect the efficacy of the therapy.

Tables and figures

Table 2.1 - Rates of reported childhood interpersonal trauma

	Full sample %	Women %	Men %
Emotional abuse	63.3	69.2	56.6
Physical abuse	47.6	49.3	45.7
Psychological neglect	72.4	74.0	70.5
Physical neglect	23.6	21.8	25.6
Exposure to psychological violence	55.1	60.5	48.8
Exposure to physical violence	16.3	21.6	10.2
Bullying	66.2	64.4	68.2
Sexual abuse	41.4	53.5	27.1
Cumulative trauma (4 forms and more)	52.9	57.0	48.1

Table 2.2 - Correlation matrix between WAI subscales, avoidant attachment and cumulative trauma

Complete sample	1	2	3	4	5	6	7
1. Agreement on tasks	-						
2. Agreement on goals	.81***	-					
3. Bond between the client and the therapist	.72***	.70***	-				
4. Total WAI score	.93***	.92***	.88***	-			
5. Cumulative trauma	-.02	-.05	.05	-.04	-		
6. Attachment avoidance	-.23***	-.26***	-.27***	-.28***	.23***	-	
7. Anxiety over abandonment	-.04	-.13*	-.17**	-.20*	.16**	.25***	
Women and Men	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Agreement on tasks	-	.79***	.77***	.92***	.05	-.22*	-.14
2. Agreement on goals	.83***	-	.74***	.92***	-.01	-.27**	-.21**
3. Bond between the client and the therapist	.69***	.67***	-	.91***	-.05	-.27**	-.24**
4. Total WAI score	.93***	.92***	.86***	-	-.01	-.28**	-.21*
5. Cumulative trauma	-.10	-.09	-.06	-.09	-	.27**	.21*
6. Attachment avoidance	-.24**	-.24**	-.28***	-.28***	.21**	-	.30***
7. Anxiety over abandonment	-.03	-.06*	-.10	-.05	.11	.21**	

Note: Correlations for men are shown above the diagonal; correlations for women are shown below the diagonal.

$^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

Table 2.3 - Moderation effects of avoidant attachment and gender on the relationship between cumulative trauma and common agreement on tasks in the total sample

	p	*Inf. CI* (95%)	*B*	*Sup. CI* (95%)	*ES*	r^2	Δr^2
Gender	.010**	-2.92	-1.66	-.41	.64		
Cumulative trauma	.356	-1.74	.56	0.63	.60		
Attachment avoidance	.881	-1.03	.07	0.88	.48		
Gender X Attachment avoidance	.065	-2.59	-1.26	.08	.68		
Attachment avoidance X Cumulative trauma	.042*	-2.46	-1.25	-.05	.61		
Gender X Cumulative trauma	.136	-.42	1.32	3.05	0.88		
Gender X Attachment avoidance X Cumulative trauma	.019*	.35	2.10	3.85	0.89		
Bloc:						.092	
1. Gender							.013
2. Add: Trauma							.001
3. Add: Avoidance							.052
4. Add: Gender X Avoidance							.000
5. Add: Avoidance X Trauma							.001
6. Add: Gender X Trauma							.006
7. Add: Gender X Avoidance X Trauma							.019

Note: $^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

Table 2.4 - Moderation effects of avoidant attachment on cumulative trauma and common agreement on tasks in women

	p	*Inf. CI* (95%)	*B*	*Sup. CI* (95%)	*E.S.*	r^2	Δr^2
Cumulative trauma	.370	-1.78	.62	.67	-.56		
Attachment avoidance	.885	-1.06	.50	.91	-.07		
Attachment avoidance X Cumulative trauma	.048*	-2.50	-.26	-0.01	.63		
Bloc:						.085	
1. Cumulative trauma							.009
2. Add: Attachment avoidance							.050
3. Add: Avoidance X Trauma							.025

Note: $^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

Table 2.5 - Moderation effects of avoidant attachment on cumulative trauma and common agreement on tasks in men

	p	*Inf. CI* (95%)	*B*	*Sup. CI* (95%)	*E.S.*	r^2	Δr^2
Cumulative trauma	.223	-.47	.76	1.99	.62		
Attachment avoidance	.005	-2.24	-1.33	-.42	.46		
Attachment avoidance X Cumulative trauma	.175	-.38	.85	2.08	.62		
Bloc:						.074	
1. Cumulative trauma							.002
2. Add: Attachment avoidance							.058
3. Add: Avoidance X Trauma							.014

Note: $^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

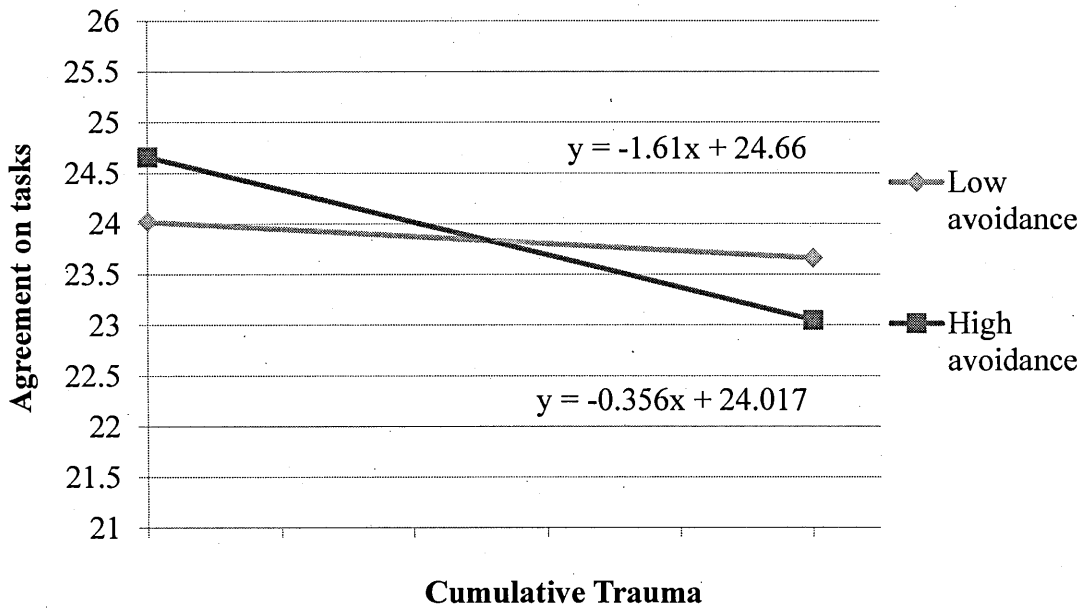


Figure 2.1 - Moderation effects of avoidant attachment on cumulative trauma and common agreement on tasks in women

References

Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, *35*(3), 320-330. https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004

Astbury, J. (2001). *Gender Disparities in Mental Health*. Department of mental health and substance dependence. Geneva: World Health Organization, 73-92.

Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution process of therapeutic alliance ruptures: A review of the literature. *Psychology*, *3*(12), 1049-1058. http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.312156

Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *55*(3), 137-143. https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.09.001

[a]Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of sex & marital therapy*, *40*(5), 434-443. doi: 10.1080/0092623X.2013.772548

[b]Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S., & Boucher, S. (2014). Childhood maltreatment increases the risk of intimate partner violence via PTSD and anger personality traits in individuals consulting for sexual problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *23*(9), 982-998. doi: 10.1080/10926771.2014.960631

Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of sex & marital therapy*, *43*(4), 377-396. doi: 10.1080/0092623X.2016.1176609

Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: what role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(3), 444-454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013

Brassard, A., Péloquin, K., Lussier, Y., Sabourin, S., Lafontaine, M. F., & Shaver, P. R. (2012). Romantic attachment in the clinical and general population: Norms and cut-off scores for the ECR. *International Association for Relationship Research, Chicago, Il.*

Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*, *195*(3), 211-218. doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c

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.

Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871-1877. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1871

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, *16*(3), 252-260. http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/10.1037/h0085885

Caldwell, J. E., Swan, S. C., & Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, *2*(1), 42-57. doi: 10.1037/a0026296

Cassidy, J., Shaver, P. R., Mikulincer, M. et Lavy, S. (2009). Experimentally induced security influences responses to psychological pain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(4), 463-478. https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.4.463

Chu, J. Y., Porche, M. V. & Tolman, D. L. (2005). The adolescent masculinity ideology in relationships scale development and validation of a new measure for boys. *Men and Masculinities*, *8*(1), 93-115. doi: 10.1177/1097184X03257453

Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., et Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(1), 63-79. doi: 10.1023/A:1007835531614

Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, *48*(3), 237-248. doi: 10.1037/a0022425

Dunn, H., Morrison, A. P., & Bentall, R. P. (2002). Patients' experiences of homework tasks in cognitive behavioural therapy for psychosis: A qualitative analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9,* 361-369. doi: 10.1002/cpp.344

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical therapy*, *93*(4), 470-478. https://doi.org/10.2522/ptj.20120137

Finkelhor D., Ormrod R. K., & Turner H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse and neglect*, *31*, 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008

Franco, C.M. (2012). Client motivation, working alliance and the use of homework in psychotherapy (doctoral dissertation). The Florida States University.

Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire* (CCTQ). Unpublished document.

Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, *9*(2), 127-137. doi: 10.1037%2Ftra0000136

Godbout, N., Dutton, D., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early experiences of violence as predictors of intimate partner violence and marital adjustment, using attachment theory as a conceptual framework. *Personal Relationships*, *16*, 365-384. doi: 10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. Journal of personality and social psychology, 67(3), 430-445. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430

Hayes, A. F. (2012). An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York, NY: Guilford Press.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and social psychology, 52(3), 511-524. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Hietanen, O. M., & Punamäki, R. L. (2006). Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients. Journal of mental health, 15(4), 423-435.https://doi.org/10.1080/09638230600808053

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path

analysis. *Child abuse & neglect*, *37*(11), 891-898. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001

Hoffart, A., Øktedalen, T., Langkaas, T. F., & Wampold, B. E. (2013). Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *Journal of counselling psychology*, *60*(4), 471-482. http://dx.doi.org/10.1037/a0033604

Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *38*(4), 365. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The complex world of alliance assessments: Will the" real alliance" please stand up?. Symposium presented at the 42nd Society for Psychotherapy Research Conference, Bern.

Johnson, S.M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. Guilford Press.

Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioural therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology : Science and Practice, 7*(2), 189-202. doi:10.1093/clipsy.7.2.189

Kindlon, D., & Thompson, M. (1999). Raising Cain: Protecting the Emotional Life of Boys, London: Michael Joseph.

Kosidou, K., Dalman, C., Lundberg, M., Hallqvist, J., Isacsson, G., & Magnusson, C. (2011). Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: a population-based study. *Journal of affective disorders*, *134*(1), 160-167. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.024

Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2016). Selecting the Best Items for a Short-form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *32*(2), 140-154. http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000243

MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of marital and family therapy*, *34*(3), 298-315. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x

Martin, D., Garkse, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438

Mikulincer, M., & Goodman, G. S. (Eds.). (2006). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, *27*(2), 77-102. doi: 0146-7239/03/0600-0077/0

Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of sexual behavior*, *34*(5), 517-526. https://doi.org/10.1007/s10508-005-6277-6

Olff, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B.P.R. (2007). Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 183–204. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183

Oransky, M. & Marecek, J. (2009). "I'm Not Going to Be a Girl" Masculinity and Emotions in Boys' Friendships and Peer Groups. *Journal of adolescent research*, *24*(2), 218-241. https://doi.org/10.1177/0743558408329951

Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child abuse & neglect*, *28*(8), 889-904. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.011

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis.*Clinical psychology review*, *29*(4), 328-338. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. *Montreal: Santé Québec*.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(2), 233-243.

Sandler, J., Holder, A., & Dare, C. (1975). Frames of reference in psychoanalytic psychology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *48*(2), 161-174.

Shallcross, S. L., Frazier, P. A., & Anders, S. L. (2014). Social resources mediate the relations between attachment dimensions and distress following potentially traumatic events. *Journal of counseling psychology*, *61*(3), 352-365. doi: 10.1037/a0036583

Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review*, *30*(3), 326-337. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007

Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, *45*(4), 249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109

Statistics Canada. (2013). *Tables by subject: Household, family and personal* income. http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/ind01/l3_3868_2812-eng.htm?hili_none

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, *16*(2), 79-101. https://doi.org/10.1177/1077559511403920

Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family process*, *43*(4), 443-455. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x

Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2007). The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *11*(1), 1-14. http://dx.doi.org/10.1037/1089-2699.11.1.1

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1,* 207–210. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207

Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child abuse & neglect*, *29*(7), 767-782. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.005

van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status?. *Journal of social and personal relationships*, *27*(2), 200-208. https://doi.org/10.1177/0265407509360908

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, *71*(3), 684-689. doi: 10.1111/1467-8624.00176

Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child abuse & neglect*, *33*(10), 666-678. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.001

CHAPITRE III

ARTICLE #2

Profiles of Medical and Health Services Use in Sex Therapy Clients: Associations to Therapeutic Alliance, Attachment and Trauma

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas (Université du Québec à Montréal),

Martine Hébert (Université du Québec à Montréal)

& Natacha Godbout (Université du Québec à Montréal),

Corresponding author: Natacha Godbout

Financial support: This study was partially funded through grants from the Quebec Research Fund – Health [Fonds de Recherche du Québec – Santé] and from the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse.

Journal: Canadian Journal of Human Sexuality

State: Submitted

Résumé

Les adultes présentant des difficultés sexuelles tendent à rapporter un état de santé plus faible et une utilisation des services de santé supérieurs comparativement à la population générale. Les traumas interpersonnels en enfance, l'attachement insécurisant et les difficultés à créer une alliance thérapeutique sont liés à une plus grande utilisation des services de santé. Bien qu'il soit établi que les patients présentant des difficultés sexuelles et qui consultent en thérapie sexuelle sont susceptibles de présenter ces facteurs de risque, leurs habitudes de santé n'ont pas encore été examinées empiriquement. Un total de 220 patients de thérapie sexuelle ont répondu à des questionnaires autorapportés, évaluant les traumas interpersonnels en enfance, les représentations d'attachement, l'alliance thérapeutique et la satisfaction sexuelle. Pour identifier les habitudes de santé des patients, cinq variables ont été utilisées: 1) le nombre annuel de consultations médicales et 2) de visites à l'urgence; 3) la présence de problèmes chroniques de santé; 4) la fréquence de prise de médicaments; et 5) l'auto-évaluation de l'état de santé. Des analyses de classification hiérarchiques ont permis d'identifier trois profils distincts. Le premier (n = 106) est caractérisé par une bonne santé et une faible utilisation de médicaments et des services médicaux. Comparés aux autres profils, ces patients rapportent un attachement plus sécurisant, une alliance thérapeutique plus forte et moins de traumas. Le second (n = 73) montre la fréquence la plus élevée de consultations médicales et aux urgences. Ces patients évoquent tous un problème de santé et un taux élevé de traumas. Le troisième profil (n = 41) inclut les patients utilisant le plus souvent des médicaments, mais rapportant une bonne santé globale et un niveau modéré de consultation médicale. Ils démontrent une faible alliance thérapeutique. Ces résultats permettent de mieux saisir les liens qui unissent difficultés sexuelles et de santé. Ils informent également les cliniciens sur le rôle des traumas, de l'attachement et de l'alliance thérapeutique dans la planification de leurs interventions, ainsi que sur les patrons de recherche d''aide de leurs patients.

Abstract

Adults with sexual difficulties tend to show lower health status and higher health services utilization than individuals from community samples. Several correlates are related to greater use of health services, such as childhood interpersonal traumas, insecure attachment and difficulties in creating therapeutic alliance. Although it is documented that clients presenting sexual difficulties and consulting in sex therapy are likely to present these risk factors, their health habits have not yet been empirically examined. A total of 220 clients consulting in sex therapy completed self-report questionnaires assessing childhood interpersonal traumas, attachment representations, therapeutic alliance and sexual satisfaction. Five variables were used to identify their health habits patterns: 1) annual number of medical consultations; 2) annual number of emergency room visits; 3) presence of chronic health problems; 4) frequency of medication intake; and 5) health status self-assessment. Hierarchical clustering analyses were conducted and three distinct profiles were identified according to the clients' health status and medical habits. The first (n = 106) was characterized by a good health and low use of medication and medical services. Compared to other profiles, these clients report more secure attachment, stronger therapeutic alliance, and fewer traumas. The second profile (n = 73) showed the highest frequency of medical and emergency room consultations. These clients all mentioned a chronic health problem and a high rate of traumas. The third profile (n = 41) included clients using the most medication, but reporting a globally good health. They demonstrate a low ability to create therapeutic alliance. Results provide a better understanding of the associations between sexual difficulties and health problems.

3.1 Introduction

Recent scientific data suggest that individuals with mental and sexual health disorders tend to seek consultations for their physical health, particularly in the emergency room, about twice as much (39%) than people without these types of disorders (19%) (Fleury et al., 2019). Indeed, many clients living with these disorders develop physical symptoms and are likely to consult for physical health reasons, or to take medication (Fleury et al., 2019; Ishak, Low, & Othman, 2010; Tan, Tong, & Ho, 2012). A better understanding of these medical visits and habits could lead to identifying comorbidities presented by clients with sexual difficulties. The present study focus on documenting the health status, consultation habits and medication taken by sex therapy clients.

Physical and sexual health do not represent two independent clinical realities and rather tend to be strongly associated with one another. It is recognized that individuals with sexual difficulties are more likely to demonstrate complex health issues (Bigras, Godbout, Hébert, & Sabourin, 2017; Ishak et al., 2010). Indeed, in addition to mental health difficulties, health issues such as diabetes, cardiovascular and congenital diseases, hypertension and prostate problems act as risk factors in the development of sexual disorders (McCabe et al., 2016; Tan et al., 2012). Moreover, clients exhibiting sexual difficulties tend to use more medications and prescription drugs, to use health services more regularly and frequently, and, as a result, may generate higher health care costs (Bonomi et al., 2008; Kupelian, Hall, & McKinlay, 2013; Xie et al., 2012). Thus, clients reporting sexual difficulties appear at risk of developing multiple comorbidities, including physical health difficulties in addition to their sexual disorders. Studies show that presenting multiple comorbidities of sexual, mental and physical health is associated with complex and heterogeneous healthcare habits and trajectories, and greater difficulty in accessing appropriate services that meet the client's needs (Domino et al., 2014).

While clients seeking sex therapy (i.e., psychotherapy aiming the treatment of sexual difficulties) seek consultation for a variety of reasons (sexual dysfunctions, compulsive use of sexuality, etc.), all of them tend to report lower levels of sexual satisfaction (Bigras, Daspe, Godbout, Briere, & Sabourin, 2017; Lafrenaye-Dugas, Godbout, & Hébert, 2018). This low sexual satisfaction is in turn associated with low relational and psychological well-being (Butzer & Campbell, 2008; Davison, Bell, LaChina, Holden, & Davis, 2009). These associations highlight the relevance of considering sexual satisfaction among clients who display sexual difficulties. In terms of health patterns, the current scientific knowledge suggests that clients with sexual difficulties have particular patterns regarding their health status, and their use of health services and medication. However, very few studies have focused on the different clients' profiles regarding their health status and medical help seeking habits in this population. Similarly, to our knowledge, no study explored possible profiles associated to the characteristics of the client's reasons for consultation, as well as their sexual satisfaction.

Several key variables and correlates are likely to contribute to the different profiles of help seeking in sex therapy clients. First, current studies indicate higher rates of childhood interpersonal trauma (CIT; e.g., sexual, physical or psychological abuse and neglect before the age of 18) in adults consulting in sex therapy, compared to individuals from community samples (Bigras, Daspe et al., 2017; Bigras, Godbout et al., 2017; Lafrenaye-Dugas et al, 2018; Berthelot, Godbout, Hébert, Goulet, & Bergeron, 2014). Empirical data documented that CIT rarely happens in isolation, and that a child who has undergone a form of violence has a high risk of experiencing multiple types of interpersonal violence (Hodges et al., 2013). In turn, the accumulation of different forms of CIT (i.e., cumulative childhood trauma) is related to a more severe and complex symptomatology such as aggravated relational and psychological symptoms, as well as sexual difficulties, and a greater use of health services (Bigras, Daspe et al., 2017; Bigras, Godbout et al., 2017; Lafrenaye-Dugas et al., 2018;

Berthelot, Hébert, et al., 2014; Chartier, Walker, & Najmark, 2007; Staples, Rellini, & Robert, 2012). More precisely, CIT appears to be associated with an increased frequency of physician visits, hospitalizations, emergency room visits and medication use, as well as greater costs for the health system (Bonomi et al., 2008; Chartier et al., 2007). Survivors of CIT also report a poorer perception of their own health and high levels of chronic health problems (e.g., neuromusculoskeletal, cardiorespiratory or autoimmune disorder) (Wegman & Stetler, 2009). In short, sex therapy clients show high rates of CIT, and these adverse experiences might influence their health status, yet the distribution of these traumas in different client profiles remain undocumented. Patterns of health habits could provide a basis for understanding the help seeking strategies of clients who have endured different CIT experiences.

Romantic attachment insecurities form a second key correlate of health status and habits in sex therapy clients, which are known to be related to a history of past CIT. In fact, studies have shown that the experience of CIT is associated with higher levels of insecure attachment in adulthood, but individuals with insecure attachment tend to use health services in a disparate and heterogeneous manner (Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002). Adult attachment involves two interconnected dimensions (Godbout et al., 2017; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). *Attachment avoidance* is related to the negative representation of others as not trustworthy and is characterized by emotional suppression, self-reliance, and discomfort with closeness and interdependence because of expectations that the partner will be unavailable. It involves a strategic deactivation of the attachment system to reduce negative emotional states as well as vulnerability to rejection and neediness. *Attachment anxiety* refers to a negative model of self and is characterized by fear of abandonment and rejection combined with a lack of sense of self-worth, as well as the tendency to validate oneself through others. It involves a strategic hyperactivation of the attachment system, which is sensitive to signals that the relationship might be threatened, and are in need of love and reassurance. Clients are considered to have a secure attachment when they show

neither anxiety nor avoidance, otherwise their attachment is considered insecure (Griffin & Bartholomew, 1994; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Clients with insecure attachment report more physical health problems than the rest of the population (Ciechanowski et al., 2002). Anxious attachment is related to more medical visits and complex symptomatology than other types of attachment, and avoidant attachment is related to a tendency to evading medical consultations (Ciechanowski et al., 2002). While it is known that attachment in adulthood is optimally understood through romantic relationships (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Goodman, 2006), higher levels of anxious and avoidant attachment are also associated with less sexual satisfaction, larger levels of sexual difficulties, and higher levels of psychological distress (Shallcross, Frazier, & Anders, 2014; Stefanou & McCabe, 2012).

A third key variable that may relate to health services seeking profiles is therapeutic alliance. Indeed, experiences of CIT and attachment insecurity are also documented as being linked with a poorer ability to establish a therapeutic alliance (Diener & Monroe, 2011; Lafrenaye-Dugas et al., 2018; Paivio & Cramer, 2004; Smith & Msefti, 2010). Psychotherapy clients with a weaker therapeutic alliance appear more likely to drop out of their treatments, and to have a more irregular healthcare habits and trajectories (Sharf, Primavera & Diener, 2010). The central role of the therapeutic alliance is increasingly recognized in the field of psychotherapy and sex therapy research, and the concept of alliance has recurrently been underlined as a key component to treatment efficacy, in both psychological and biomedical therapy (Lafrenaye-Dugas et al., 2018; Bennett, Fuertes, Keitel, & Phillips, 2011). Specifically, a solid alliance, established rapidly in a therapeutic relationship, appears to act as an efficient predictor of positive therapy outcomes (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

In sum, there is evidence to suggest that sex therapy clients are very heterogeneous in their help seeking, and health status and habits profiles. Some exhibit a long history of

medical consultations and physical health issues that are co-morbid with their sexual difficulties, while others demonstrate a more linear care path.

These premises raise questions about the importance of assessing clients' health services use to inform therapeutic interventions. Systemic approaches are recommended in sex therapy, to take into account the multiple variables related to therapy effectiveness (Hertlein, Weeks, & Gambescia, 2015). Among those variables, assessing clients' health services use might provide useful information to tailor well-adapted interventions. Sexual satisfaction, accumulation of CIT, insecure attachment and difficulties in creating a solid therapeutic alliance were found to be linked to a greater utilization of health services, as well as more reported physical health symptoms (Bertakis & Azari, 2011; Bonomi et al., 2008; Ciechanowski et al., 2002; Lafrenaye-Dugas et al., 2018). Although sex therapy clients tend to present these risk factors (Lafrenaye-Dugas et al., 2018), their health care habits and the correlates of the heterogeneity of health care habits have not been examined empirically. Since these variables of interest are related to therapeutic success in psychotherapy and sex therapy (Horvath et al., 2011; Lafrenaye-Dugas et al., 2018), a more thorough exploration of these correlates might offer important cues for assessment and treatment in this population.

3.1.1 Objectives

The first objective of this study was to investigate the heterogeneity in health status and habits of clients consulting in sex therapy, by identifying profiles based on their use of health services and the perception of their health. The second objective was to examine whether these distinct health habits profiles were characterized by different levels of sexual satisfaction, CIT, insecure attachment and therapeutic alliance strength. The hypothesis was that different profiles of medical habits in sex therapy clients would be

identified, and that profiles with greater use of services and medication, and a lower health status self-evaluation, will report more CIT and attachment insecurity, as well as a weaker alliance and lower sexual satisfaction.

3.2 Methodology

3.2.1 Participants and data collection

Clients consulting with interns in sex therapy, completing a graduate degree program in clinical sexology leading to a psychotherapy practice license, were invited to complete self-reported questionnaires within their first weeks (M = 5.7 weeks; SD = 2.3; MIN = 1; MAX = 8) of treatment (i.e., during the evaluation phase). These interns treated clients under clinical supervision. Participants were recruited from different facilities hosting interns (general hospitals, family medicine units, community and private clinics, etc.). Inclusion criteria consisted of being an adult client consulting a sex therapy intern and not reporting any situational factors associated with specific health and consultation contexts that may naturally influence the frequencies and habits of consultations (road accident, high-risk pregnancy, cancer treatment, etc.).

A total of 220 clients, 119 women (54.1%), 100 men (45.5%) and one identifying as non-binary (0.4%) participated in this study. Clients were aged between 18 and 77 years old (M = 37.0; SD = 12.6). The majority, 184 (83.6%) defined their sexual orientation as heterosexual, 16 (7.3%) as homosexual, 11 (5.0%) as bisexual, and 9 (4.1%) identified with another sexual orientation (e.g., unsure or pansexual). Regarding relational status, 72 clients (32.7%) were single, 39 (17.7%) were in a dating relationship with a partner, 62 (28.2%) were in a common-law relationship, 40 (18.2%) were married and 7 (3.2%) indicated another type of status (e.g., polyamory or open

relationship, divorced or widowed). The majority earned less than 40,000 CAN$ per year (66.0%), had at least a college education degree (80.9%), worked full-time (58.4%), spoke French as their native language (88.6%), and were from Canada (87.9%).

3.2.2 Measures

- Variables used to derive the cluster profiles

All variables were assessed using self-report questionnaires. The survey began with a section collecting clients' sociodemographic information (e.g., age, place of birth, gender, sexual orientation, etc.).

Medical and consultation habits. Included in the sociodemographic section was a series of items inquiring clients about their health service use patterns and their perception of their health status. Health behaviour variables were measured using five descriptive questions: (1) How many times have you consulted a physician or health professional in the past year?; (2) Of those, how often did your consultation take place in an emergency room?; (3) Do you have any chronic health difficulties? (4) Except for the contraceptive pill, how often do you take medications?; (5) In general, how do you perceive your current health? Each of these items were analyzed individually. The first two questions were open-ended, the third was on a dichotomized 1 "yes"/0 "no" scale, the fourth was answered using a Likert scale ranging from 0 "never" to 6 "more than once a day", and the fifth was also answered using a Likert scale ranging from 0 "not good at all" to 6 "excellent".

- Correlates of profiles

Reasons for consultation and professionals consulted in the past. At the end of the sociodemographic section, a series of questions assessed the reasons prompting client to seek sex therapy. They were also asked about the number of health professionals they consulted in the past to address their sexual difficulties, and to specify for how many months they have been experiencing each identified difficulty.

Sexual Satisfaction. Sexual satisfaction was assessed with the Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSS) (Lawrance & Byers, 1995), which measures the level of satisfaction a person feels toward their sexuality using five items on a bipolar scale ranging from 1 to 7 (good-bad, pleasant-unpleasant, positive-negative, satisfying-unsatisfying, valuable-worthless). Total scores range from 5 to 35 with higher scores representing greater sexual satisfaction. In our sample, Cronbach's alpha indicated high internal consistency among the items ($\alpha = .88$).

Childhood Interpersonnal Trauma. Experience of trauma was assessed via the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ) (Godbout, Bigras, & Sabourin, 2017) assessing eight forms of trauma: physical and psychological abuse by parental figures, psychological and physical neglect, exposure to psychological and physical violence between parental figures, peer bullying; and sexual abuse. In Canada and many other countries, the age of majority and transition to adulthood ranges from 18 to 19 years old, and individuals under that are legally considered children. In the province of Quebec specifically, where this study took place, the age of majority is 18 years. Thus, the questionnaire measured the presence of interpersonal traumas that occurred before the age of 18 years. Childhood sexual abuse was assessed with one item evaluating whether the client had ever experienced unwanted sexual contact or sexual contact with an adult, authority figures, or someone five years older before the age of 18, followed by questions on the type of committed acts (e.g., forced

exhibitionism or voyeurism, touching, penetration, etc.) and relationship with the abuser. For the other types of CIT, items state a potentially traumatic event (e.g., "Did one of your parents, or both, ever punch or kick you?"; "Did one of your parents, or both, ever confine you alone in a room for a long period of time?"), then investigate the event's frequency during a typical year on a scale ranging from 0 "Never" to 6 "Every day, or almost every day". This enabled us to document the different forms of trauma experienced by each participant and to analyze the presence of cumulative CIT, by recoding each form as 1 "experienced" or 0 "not experienced", and then by summing them to produce a total score ranging from 0 to 8, with higher scores indicating larger exposure to different types of trauma. Past studies established satisfactory psychometric qualities (Bigras, Godbout et al., 2017) for this questionnaire, and Cronbach's alpha showed high internal consistency in the current sample: .89.

Attachment representations. Since attachment representations in adults are best measured through romantic relationships (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Goodman, 2006), we used the Experience in Close Relationship Scale-12 (ECR-12; Lafontaine et al., 2016) (Lafontaine et al., 2016). This questionnaire measures the two attachment dimensions using two subscales: attachment, anxiety (e.g., "I worry a fair amount about losing my partner") and avoidance (e.g., "I don't feel comfortable depending on romantic partners") using a Likert scale ranging from 1 "Strongly disagree" to 7 "Strongly agree". Higher scores on these subscales indicate a higher level of anxiety or avoidance, and clinical cut-offs have been proposed to depict attachment anxiety (score > 3.5) and avoidance (score > 2.5) (Brassard et al., 2012). Previous studies showed satisfactory psychometric qualities for this questionnaire (Brassard et al., 2012; Lafrenaye-Dugas et al., 2018). In our sample, the Cronbach's alpha of the anxious attachment subscale was .87, and .85 for the avoidant attachment subscale.

Therapeutic Alliance. Therapeutic alliance was measured using the Working Alliance Inventory-Client Short Form (WAI) (Tracey & Kokotovic, 1989). This questionnaire includes twelve items (e.g., "I am confident in my therapist's ability to help me", "My therapist and I trust one another") which are answered on a scale ranging from 1 "Never" to 7 "Always". The total score fluctuates between 12 and 84, while the scores on each subscale may vary between 4 and 28. A higher score denotes a stronger therapeutic alliance. Previous scientific studies supported the pertinence of assessing alliance in the first sessions (Horvath et al., 2011; Lafrenaye-Dugas et al., 2018). Cronbach's alpha of the total score indicates a high internal consistency in both previous studies (e.g., Taber, Leibert, & Agaskar, 2011), and in the current study (α = .92).

3.2.3 Data analyses

Analyses were conducted using the software program SPSS. First, descriptive analyses were conducted to portray the characteristics of the sample on clients' health habits, their reasons for consultation, sexual satisfaction, CIT, attachment style and capacity to form therapeutic alliance. Second, a cluster analysis was performed using a hierarchical clustering algorithm (Ward method). This method separated clients into distinct groups (e.g., clusters) grounded on their similarities regarding how many times they have consulted a physician or health professional in the past year; how many times the consultations were in an emergency room; the presence of chronic health difficulties; how often they take medications; and their self-perception of their own health. All variables were standardized and redistributed on the same comparable scale ranging from 0 to 1. To select the optimal number of homogeneous profiles (between 1 and 15), an examination of the dendrogram, of statistical indicators for model selection was realized, in addition to comparing the results to theoretical frameworks,

as suggested by Hair, Anderson, Tatham and Black (1988). The two-steps clustering method was also performed to confirm this examination.

Analyses of variance (ANOVAs) and post-hoc analyses (LSD method) were performed first to test significant differences between clusters on the health variables used in their construction. Then, the analyses were conducted to examine cluster differences on the identified correlates: the number of health professionals that clients have seen in the past concerning their reason for consultation, their level of sexual satisfaction and cumulated CIT, and their differences in attachment styles and ability to build a therapeutic alliance with their therapist.

3.3 Results

3.3.1 Descriptive data

In terms of reasons for consultation, clients reported consulting for lack of sexual desire (55.5% of women and 34.0% of men), lubrication (16.0% of women) or erection problems (36.0% of men), orgasm disorder (31.9% of women), premature (22.0% of men) or delayed (12.0% of men) ejaculation, pain during sexual intercourse (34.5% of women and 2.0% of men), vaginismus (9.2%), sexual aversion (11.8% of women and 1.0% of men), problematic consumption of pornography (1.7% of women and 4.0% of men), or other motives such as relational difficulties, seduction issues, excessive sexuality behaviour, or interrogation about their sexual orientation or gender identity (21.0% of women and 23.0% of men).

More than half of the clients (57.1%) indicated more than one reason. Clients specified that they had been experiencing their reasons for consultation for an average of 84.5 months (SD = 111.5) before their current consultation, which represents approximately

7 years. They reported that they had consulted an average of two (*SD* = 3.9) other health professionals for the presenting issues prior to the current consultation.

Regarding the level of sexual satisfaction in the sample, a mean of 21.0 (*SD* = 6.8) was documented on the GMSS. In comparison, a study using the GMSS in a community sample documented a significantly higher mean score of 27.3 (*SD* = 6.6; $t = 11.9$; $p = <.001$) (Bigras, Daspe et al., 2017). As for CIT, results revealed that 83.5% of sex therapy clients reported experiencing at least two forms CIT, with an average of 3.9 forms. The more frequent experiences were psychological neglect and bullying, and the less frequent were exposure to physical violence and physical neglect. The distribution of CIT rates in the total sample is detailed in Table 1.

[INSERT TABLE 1]

Participants showed high levels of insecure attachment in the sample, with 64.6% of the clients reporting scores above the clinical cut-off for attachment avoidance, 70.9% for attachment anxiety, and 51.4% were above the threshold on both scales. Only 15.6% of clients exhibited a secure attachment.

For therapeutic alliance, the average score was 69.7 (*SD* = 10.7) on the WAI. These results are consistent with other studies using the WAI in a similar population (Taber et al., 2011).

Concerning their health status and their use of care services, clients reported that they consulted a physician on average four times in the past year (*SD* = 5.6). Of these consultations, 32.3% indicated that at least one visit was to the emergency room. They stated taking medications on average 3.0 times a week (*SD* = 2.1). Similarly, 32.3% reported living with a chronic health problem. About one third (33.2%) reported having a health status level ranging from "low" to "medium", and about two out of three clients (66.8%) reported having a "good" to "excellent" health.

3.3.2 Profiles description

As showed in table 2, to select the optimal number of profiles, the *Akaike's Information Criterion* (AIC; Bozdogan, 1987), and the *Bayesian Information Criterion* (BIC; Schwarz, 1978) were used, as well as the dendrogram representation of the hierarchical classification. All of these indicators pointed towards the three profiles solution. Indeed, this three-class model offered the cluster division with the strongest empirical foundation concerning medical habits and health state, and their associations with sexual satisfaction, CIT, attachment and therapeutic alliance. As presented in Table 2, the three clusters were identified based on the medical and health habits variables (i.e., number of medical consultation and emergency room visits in the last year, presence of chronic health conditions, frequency of medication intakes and general health self-perception). ANOVAs followed by post-hoc analyses (LSD method) were performed to examine cluster differences.

[INSERT TABLE 2]

The following section presents each cluster along with the group differences regarding the profiles comparison variables (e.g., the number of professionals consulted in the past concerning sexual difficulties, sexual satisfaction, CIT, attachment and therapeutic alliance). The post hoc results comparing the three profiles on the variables used to derive the clusters, and the profiles correlates, are presented in Table 2 and 3, and illustrated Figure 1. Regarding sociodemographic factors, profiles did not differ in terms of gender and annual income. However, clients in the first profile reported being significantly younger ($M = 32.6$ years old; $SD = 10.7$) compared to clients in the other two profiles (respectively $M = 42.3$ years old; $SD = 13.7$ and $M = 39.2$ years old; $SD = 10.9$; $p < .001$).

[INSERT TABLE 3]

[INSERT TABLE 4]

[INSERT FIGURE 1]

- First profile: Good health

The profile (n = 106; 48.2% of the sample) named "Good health" is characterized by generally healthy clients and a low use of medical services and medication. Using the clinical cut-offs proposed by Brassard and colleagues (2012), post-hoc analyses revealed that these clients reported the highest level of secure attachment as compared to the other groups with 22.0% of them presenting an attachment style (56.4% showed a clinical level of attachment avoidance; 63.4% showed a clinical level of attachment anxiety; and 43.0% were above cut-off on both dimensions). Indeed, 66.7% of the clients with a secure attachment were in this profile. They demonstrate a stronger therapeutic alliance (M = 71.2; SD = 10.3) and a greater sexual satisfaction (M = 21.9; SD = 6.5) compared to the third profile. Furthermore, they indicate less CIT (M = 3.5; SD = 2.1), reasons for consultations existing since the shortest period of time (M = 61.5 months; SD = 64.7), and the fewest health professionals consulted regarding their sexual difficulties (M = .61; SD = .83) when compared to both the second and third profiles.

- Second profile: Chronic discomfort

The clients included in the second profile (n = 73; 33.2% of the sample), entitled "Chronic discomfort", demonstrated a higher level of medical visits compared to the first profile, in addition to presenting the highest level of visits to the emergency room

compared to the two other profiles. Compared to the other profiles, they indicated the lowest self-assessment of their health, and were the only ones to mention chronic health problems. According to post-hoc comparison tests, clients in this profile reported significantly higher levels of attachment avoidance (71.8%) and attachment anxiety (78.8%) than the participants from the first profile. Similarly, 60.5% of these clients showed significant levels of both anxious and avoidant attachment, and only 9.9% reported a secure attachment. They also demonstrated a higher rate of CIT (M = 4.2; SD = 1.9), and a lower level of therapeutic alliance (M = 69.1; SD = 10.4) and sexual satisfaction (M = 20.5; SD = 6.8) compared to the clients from the "Good health" profile. On average, they were presenting their sexual difficulties for 103.8 months (SD = 146.2) and they consulted significantly more health professionals for their sexual difficulties than clients from the first profile (M = 1.3; SD = 1.4).

- Third profile: Medication centred

The third profile comprised clients (n = 41; 18.6% of the sample) with the highest level of medication use, but stated a general good health and a moderate level of medical consultations compared to clients from the other profiles. Therefore, this group was named "Medication centred". Although correlates levels and average scores appear more elevated for this profile than for the other two, the only significant differences were observed compared to the "Good health" profile. Precisely, post-hoc analyses exposed that these clients demonstrated significantly more attachment anxiety and avoidance than the first profile, but did not differ from the second profile on this correlate, as they present similar rates of insecure attachment (9.8% secure; 70.1% showed a clinical level of attachment avoidance; 75.6% showed a clinical level of attachment anxiety; and 56.1% were simultaneously above cut-off on both dimensions).. This group displayed, compared to the first profile, significantly higher level of CIT

(M = 4.3; SD = 1.9), the weaker ability to create an alliance (M = 66.9; SD = 10.9), the lowest level of sexual satisfaction (M = 19.4; SD = 7.1), and their motives for consultation were reported as existing for the longest period of time, with an average of 110.2 months (SD = 126.2), nearly 10 years. In comparison to the "Good health" profile, this profile indicated significantly more health professionals consulted specifically to treat their sexual difficulties. However, although it shows a higher mean on this correlate than the second profile, this difference is not sufficient to be statistically significant (M = 2.1; SD = 3.9 VS. M = 19.4; SD = 7.1; p = .090).

3.4 Discussion

In clients reporting sexual difficulties, studies identified an association between sexual issues and poorer physical health status, the presence of more comorbidities, and greater health services utilization. The main objective of this study was to identify different profiles of health and medical habits profiles among sex therapy clients based on their frequency of medical consultation and emergency room visits in the last year, presence of chronic health conditions, frequency of medication intakes and self-reported general health status. The findings highlight the heterogeneity in the patterns of medical services use and the perception of their own health that clients maintain. Indeed, three profiles were identified ("Good health", "Chronic discomfort", and "Medication centred"), and showed differences in several correlates associated with mental and sexual health, and therapeutic success, such as their sexual satisfaction levels, accumulation of CIT, attachment representations, difficulties in creating a solid therapeutic alliance, the time passed since their first manifestations of sexual difficulties, and the number of professionals they consulted in the past to address them. To our knowledge this is one of the first study to perform a profile analysis in a population consulting in sex therapy and presenting various sexual difficulties. Results

underline that sex therapists are likely to meet clients with highly diverse health profiles, some of whom may display complex care trajectories.

The data also underscore the importance of questioning the possible obstacles encountered in the clients trajectory that led to the current management and treatment of their sexual difficulties, to better understand the experiences of clients, and the time elapsed between the first manifestations of sexual difficulties and the current consultation. This study focused on health status and medical habits profiles and found three groups with distinct help and health care services seeking strategies in sex therapy clients. Results therefore raise awareness to the potential therapeutic disappointments clients might have experienced (e.g., potential waiting lists, seeking help for sex-related problems without improvement), and their associations with sexual satisfaction, CIT, attachment and therapeutic alliance. Such findings point to the importance of a systemic comprehensive clinical evaluation of these variables in clinical settings.

3.4.1 Differences between the profiles and clinical implications

The results underlined a high prevalence of insecure attachment, CIT, and a high length of time elapsed between the first manifestations of sexual difficulties and the current sex therapy consultation among sex therapy clients.

Among the three profiles found in this study, one included the greater number of clients – close to half – and was entitled "Good health". It included clients with the least risk factors, i.e., the less medical visits and use of medication, and the best overall health. They were also reporting the least CIT and insecure attachment, the strongest therapeutic alliance and the highest sexual satisfaction. However, with about one in five clients reporting this attachment style, this rate remains knowingly lower than what is found in community samples. In other studies that also used the ECR questionnaire,

almost one out of two individuals presented a secure attachment (Pistole, Roberts, & Chapman, 2010). We can also note that the average of almost four different CIT in this group is high, compared to individuals from community samples in which the average varies from two to three (Bigras, Daspe et al., 2017). These results raise the importance for clinicians to systematically evaluate the history of CIT and the representations of attachment in clients consulting for sex-related difficulties, and not only in clients presenting trauma-related concerns or risk factors. Results also support the importance for sexual health professionals to stay alert to the multiple physical and sexual health risk factors (e.g., attachment and CIT) and to perform a holistic clinical evaluation, even if the client report specific motive of consultation or report a relatively good health.

Next, the "Chronic discomfort" profile regrouped about one third of the sample, and these clients reported the highest level of emergency room visits. They were also the only clients mentioning chronic health problems; indeed, all of them reported chronic health problems. Considering the high needs and use of care services of these clients, this profile could probably be the one generating the most healthcare costs. Clients in that profile also reported a high level of insecure attachment, especially compared to clients in the “Good health” profile. Previous studies suggested a central role of attachment representations in care services use patterns. Anxiously attached clients typically require more frequent consultations with their health care professionals, while clients with avoidant attachment tend to adhere more strongly to treatment when they feel in control and autonomous (Ciechanowski et al., 2002), and struggle to express their vulnerability to health professionals (Bennett et al., 2011; Paivio & Cramer, 2004). In other words, attachment insecurities need to be taken into account to create a strong therapeutic alliance (Lafrenaye-Dugas et al., 2018; Smith et al., 2010).

As for the last profile, "Medication centred" clients reported the highest use of medication, even though their health was generally good. About one out of five clients

are included in this group. They reported a high level of CIT and living with the sexual difficulty that brought them to consult for an average of 10 years. It is documented that cumulative CIT is linked to a range of long-term adverse effects, such as physical, mental and sexual difficulties, and difficulties in forming a therapeutic alliance (Bigras, Daspe et al., 2017; Bigras, Godbout et al., 2017; Berthelot, Hébert, et al., 2014; Bonomi et al., 2008; Paivio & Cramer, 2004). Similarly, results of previous studies suggest that the longer a person waits before seeking counselling when they have symptoms, the more they tend to be difficult to treat (Kishi, Meller, Kathol, & Swigart, 2004), and the more adherence to treatment can be difficult (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Consistently, our finding highlighted that clients in this profile reported a weak capacity to form a therapeutic alliance, as well as a low level of sexual satisfaction. Because clients with high rates of trauma and sexual difficulties tend to generate a lot of costs for the healthcare system (Bonomi et al., 2008; Xie et al., 2012), this profile could also regroup clients who sustained major financial losses. The current findings support the idea that clinicians would benefit from assessing the co-occurrence of several risk factors in clients, as well as their potential impact on their physical, mental and sexual health. This could ensure that each of these facets is managed promote adherence to the proposed treatments, and even, in the long term, eventually reduce healthcare costs (Hibbard & Greene, 2013).

It should be noted that the last two profiles showed several differences when compared to the first one. They both reported a higher level of attachment anxiety and attachment avoidance, more CIT, a weakest ability to build therapeutic alliance and the longest time living with the sexual difficulties that prompted them to consult. However, they did not significantly differ from each other. In other words, sex therapists may encounter two subgroups of clients who are similar in terms of CIT, alliance, attachment and sexual satisfaction, but who differ in their medical help-seeking strategies (medical consultations, medication, chronic illness and perception of their health).

In short, these results identify meaningful differences between the profiles concerning sex therapy clients' history of CIT, attachment representations, capacity to establish a therapeutic alliance, sexual satisfaction and the time-lapse clients experienced the sexual difficulties motivating them to seek help. Such results confirm our hypothesis, which stipulated that profiles presenting higher use of health services and medication, and poorer health status, would show more CIT and attachment insecurities, a weaker therapeutic alliance, and lower levels of sexual satisfaction. Our results are consistent with previous studies highlighting the link between sexual difficulties, sexual satisfaction and complex health symptomatology related to complex health care utilization, as well as the association between CIT, attachment representations in adulthood, sexual difficulties and a greater presence of physical symptoms and medical visits (Bonomi et al., 2008; Chartier et al., 2007; Ciechanowski et al., 2002; Ishak et al., 2010; Tan et al., 2012; Xie et al., 2012). They also suggest the need for clinicians to be sensitive to the health status and care habits of their clients, and to investigate both past traumas and current attachment representations to guide therapeutic interventions and optimize treatment benefits, notably through a strong therapeutic alliance. For instance, Emotion Focused Therapy (EFT) offers techniques centred on attachment that is sensitive to trauma survivors (MacIntosh & Johnson, 2008). Early evaluations and interventions based on attachment and trauma could allow for rapid detection of potential barriers to the quality of the therapeutic alliance, which may affect the efficacy of the therapy.

3.4.2 Research limits and avenues for future studies

Despite the fact that it is one of the first study to explore profiles of health status and healthcare services use habits of clients consulting in sex therapy, its conclusions should be moderated in consideration of its limitations. First, self-reported

questionnaires are often subject to a recall bias. Second, the moment at which participants completed the questionnaires varied between 1 week and 8 weeks after beginning their sex therapy treatment, which could have had an effect on the results. Third, the study is exploratory, and the use of cluster analysis is dependent on the variables and correlates considered. Fourth, clusters included medical consultations and medication intakes for reasons of both mental health and physical health, without discriminating. Finally, despite the fact that the clusters #2 ("Chronic discomfort") and #3 ("Medication centred") can be distinguished on their frequency of consultation to the emergency room, their medication intakes, and their perception of their own health, the correlates examined in the present study failed to distinguish them. Future studies should investigate other variables that might provide distinction, such as the level of distress they feel about their sexual difficulties, or their level of motivation to engage in therapy.

These results, however, offer avenues for future studies. Indeed, future research would benefit from exploring the comorbidities patterns found in clients and differentiating the impacts of mental and physical health comorbidities. It would also be interesting to document whether certain sexual difficulties (e.g., specific sexual dysfunctions) are associated with more complex health contexts, or with longer consultation delays. Likewise, the effect of factors associated with the clinicians in the creation of the therapeutic alliance should be considered in future studies, and results need to be replicated with a larger clinical sample.

3.4.3 Conclusion

This study highlighted the presence of different health and medical habit profiles in sex therapy clients and provided a better understanding of the associations between their sexual difficulties and health problems. These results inform clinicians about the role

of CIT, attachment, therapeutic alliance, and sexual satisfaction in planning their interventions with clients reporting sexual difficulties. They also advise to take into consideration the length of time during which clients lived with their sexual difficulties, and their help-seeking and health habits and reflexes, in order to create customized treatment. In the long run, it could even be a way to reduce sexual healthcare costs.

Tables and figures

Table 3.1 - Rates of reported childhood interpersonal trauma

	Total sample %
Emotional abuse	62.6
Physical abuse	49.8
Psychological neglect	74.9
Physical neglect	18.2
Exposure to psychological violence	56.9
Exposure to physical violence	17.8
Bullying	69.1
Sexual abuse	41.1

Table 3.2 - AIC and BIC values for different numbers of clusters

Number of cluster	AIC	ΔAIC	BIC	ΔBIC
1	902.69	-	933.23	-
2	626.96	-275.73	688.04	-245.19
3	505.56	-121.40	597.18	-90.86
4	452.87	-52.69	575.04	-22.14
5	434.99	-17.88	587.70	12.66

Table 3.3 - ANOVA and post hoc analyses (LSD method) for the three profiles

	Profile #1: Good health	Profile #2: Chronic discomfort	Profile #3: Medication centred		
	M(*SD*)	*M*(*SD*)	*M*(*SD*)	*F(2,217)*	η^2
Medical consultation	2.37 (2.98)[a]	5.90 (6.92)[b]	5.66 (6.69)[b]	11.51***	0.11
Emergency room visits	0.34 (.72)[a]	0.82 (1.19)[b]	0.34 (.58)[a]	7.24***	0.07
Chronic health conditions	0.00 (0.00)[a]	0.97 (.16)[b]	0.00 (0.00)[a]	2573.67***	23.72
Medication intakes	1.26 (.96)[a]	4.16 (1.95)[b]	5.17 (.67)[c]	170.70***	1.57
General health perception	4.39 (1.06)[a]	3.4 (1.18)[b]	3.95 (1.07)[c]	17.51***	0.16

Note: Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$.

$^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

Table 3.4 - Profiles correlates analysed through ANOVA and post hoc analyses (LSD method)

	Profile #1: Good health	Profile #2: Chronic discomfort	Profile #3: Medication centred		
	M(SD)	*M(SD)*	*M(SD)*	*F(df)*	η^2
CCTQ	3.5 (2.1)[a]	4.2 (2.2)[b]	4.3 (1.9)[b]	3.0 (2,217)*	.03
ECR: Anxiety	4.1 (1.5)[a]	4.5 (1.4)[b]	4.4 (1.5)[ab]	2.1 (2,210)[m]	.03
ECR: Avoidance	2.9 (1.4)[a]	3.4 (1.5)[b]	3.3 (1.4)[ab]	3.0 (2,209)*	.03
WAI: Total	71.2 (10.3)[a]	69.1 (10.4)[ab]	66.9 (11.8)[b]	2.5 (2,202)[m]	.03
GMSS	21.1 (6.5)[a]	20.5 (6.8)[ab]	19.4 (7.1)[b]	2.2 (2,210)	.02
Difficulty duration (months)	61.5 (64.7)[a]	103.1 (146.2)[b]	110.2 (126.2)[b]	3.0 (2,147)*	.04
Professionals consulted	0.6 (0.8)[a]	1.3 (1.4)[b]	2 (3.9)[b]	6.3 (2,159)**	.07

Note: Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$.

$^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

[m]marginally significant

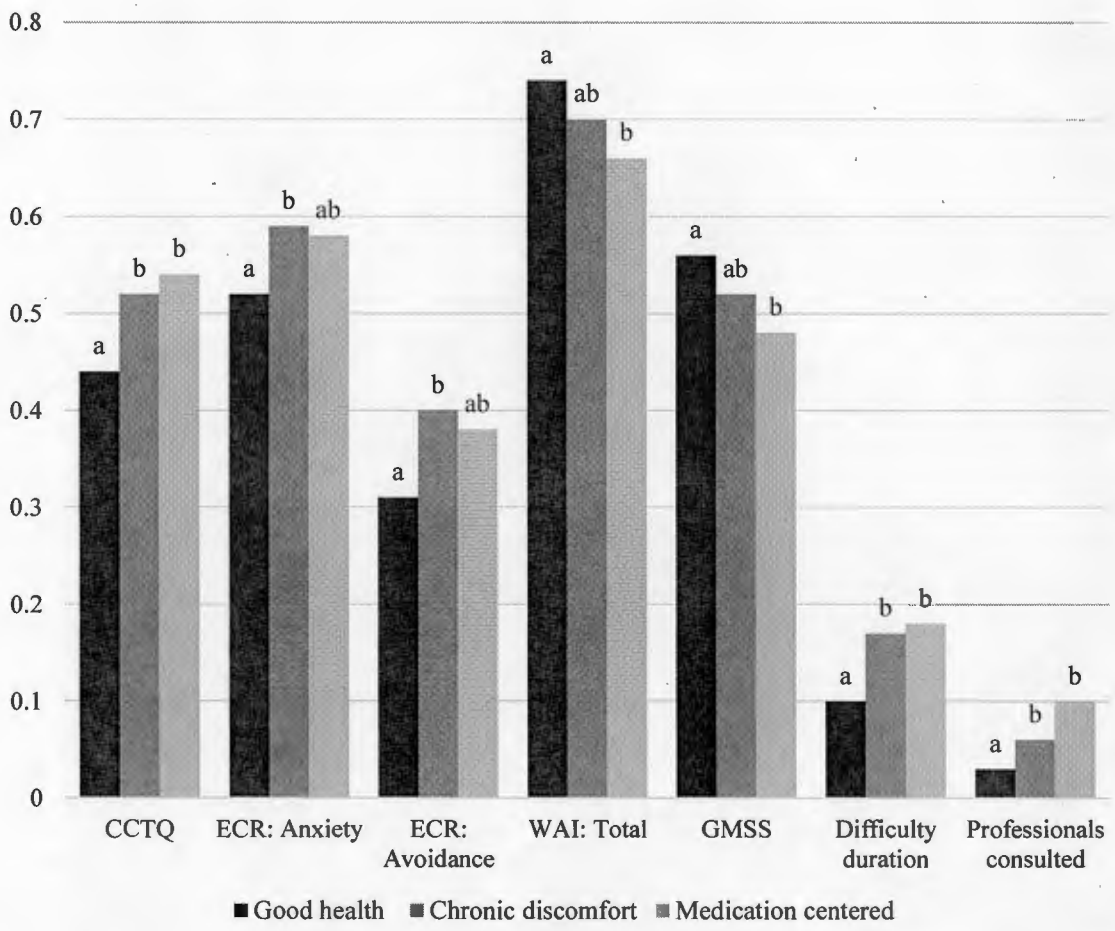


Figure 3.1 - Histogram representation of the post hoc analyses (LSD Method) on profiles correlates comparison variables

Note: Values were standardized and centred to obtain a common scale ranging from 0 to 1
Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$

References

Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M., & Phillips, R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, *85*(1), 53-59. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005

Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centred care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(3), 229-239. https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170

Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *40*(5), 434-443. https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772548

Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S., & Boucher, S. (2014). Childhood maltreatment increases the risk of intimate partner violence via PTSD and anger personality traits in individuals consulting for sexual problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *23*(9), 982-998. https://doi.org/10.1080/10926771.2014.960631

Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(4), 377-396. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1176609

Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: what role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(3), 444-454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013

Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., Cannon, E. A., Fishman, P. A., Carrell, D., ... & Thompson, R. S. (2008). Health care utilization and costs associated with childhood abuse. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(3), 294-299. doi: 10.1007/s11606-008-0516-1

Bozdogan, H. (1987). Model selection and Akaike's information criterion (AIC): The general theory and its analytical extensions. *Psychometrika*, *52*(3), 345-370.

Brassard, A., Péloquin, K., Lussier, Y., Sabourin, S., Lafontaine, M. F., & Shaver, P. R. (2012). Romantic attachment in the clinical and general population: Norms

and cut-off scores for the ECR. *International Association for Relationship Research, Chicago, Il.*

Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, *15*(1), 141-154. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x

Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, *165*(9), 1031-1038. https://doi.org/10.1093/aje/kwk113

Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, *64*(4), 660-667. http://dx.doi.org/10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76

Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(10), 2690-2697. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x

Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, *48*(3), 237-248. http://dx.doi.org/10.1037/a0022425

Domino, M. E., Beadles, C. A., Lichstein, J. C., Farley, J. F., Morrissey, J. P., Ellis, A. R., & Dubard, C. A. (2014). Heterogeneity in the quality of care for patients with multiple chronic conditions by psychiatric comorbidity. *Medical Care*, *52*, S101-S109. doi: 10.1097/MLR.0000000000000024

Fleury, M.-J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H.-M., Huỳnh, C., Grenier, G., Pelletier, É., & Lesage, A. (2019). Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux. Institut National De Santé Publique du Québec (Quebec National Institute of Public Health), Quebec Government, Quebec, Qc.

Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire* (CCTQ). Unpublished document.

Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 127-137. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000136

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(3), 430-445. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, W.C. (1998) *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(3), 511-524. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Hertlein, K. M., Weeks, G. R., & Gambescia, N. (2015). Systemic sex therapy (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, *32*(2), 207-214. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 891-898. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186

Ishak, I. H., Low, W. Y., & Othman, S. (2010). Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(9), 3080-3087. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x

Kishi, Y., Meller, W. H., Kathol, R. G., & Swigart, S. E. (2004). Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics*, *45*(6), 470-476. https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.6.470

Kupelian, V., Hall, S. A., & McKinlay, J. B. (2013). Common prescription medication use and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *BJU international*, *112*(8), 1178-1187. https://doi.org/10.1111/bju.12231

Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2016). Selecting the Best Items for a Short-form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *32*(2), 140-154. http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000243

Lafrenaye-Dugas, A.-J., Godbout, N. & Hébert, M. (2018). Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderator Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 667-678. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1447057

Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, *2*(4), 267-285. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x

MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, *34*(3), 298-315. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(2), 153-167. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015

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, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160

Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, *28*(8), 889-904. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.011

Pistole, M. C., Roberts, A., & Chapman, M. L. (2010). Attachment, relationship maintenance, and stress in long distance and geographically close romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*(4), 535-552. https://doi.org/10.1177/0265407510363427

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical Journal of Australia*, *187*(S7), S35-S39. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x

Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, *6*(2), 461-464. doi: 10.1214/aos/1176344136

Shallcross, S. L., Frazier, P. A., & Anders, S. L. (2014). Social resources mediate the relations between attachment dimensions and distress following potentially traumatic events. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(3), 352.-365. http://dx.doi.org/10.1037/a0036583

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*(4), 637-645. http://dx.doi.org/10.1037/a0021175

Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(3), 326-337. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007

Stefanou, C., & McCabe, M. P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(10), 2499-2507. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02843.x

Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: Sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(2), 341-350. doi: 10.1007/s10508-011-9773-x

Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, *48*(4), 376-380. http://dx.doi.org/10.1037/a0022066

Tan, H. M., Tong, S. F., & Ho, C. C. (2012). Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link?. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(3), 663-671. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02582.x

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1,* 207–210. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207

Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, *71*(8), 805-812. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46

Xie, Y., Shi, L., Xiong, X., Wu, E., Veasley, C., & Dade, C. (2012). Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States. *Current Medical Research and Opinion*, *28*(4), 601-608. https://doi.org/10.1185/03007995.2012.666963

CHAPITRE IV

ARTICLE #3

Sexual Satisfaction Improvement in Patients Seeking Sex Therapy: Evaluative Study of the Influence of Traumas, Attachment and Therapeutic Alliance

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas (Université du Québec à Montréal),

Martine Hébert (Université du Québec à Montréal)

& Natacha Godbout (Université du Québec à Montréal),

Corresponding author: Natacha Godbout

Financial support: This study was partially funded through grants from the Quebec Research Fund – Health [Fonds de Recherche du Québec – Santé] and from the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse.

Journal: Journal of Sexual and Relationship Therapy

State: Published

Résumé

Les patients consultant en thérapie sexuelle font état de taux élevés de traumas interpersonnels en enfance et d'attachement insécurisant, ce qui peut avoir une influence négative sur leur niveau d'alliance thérapeutique. Une mauvaise alliance thérapeutique est associée à des progrès plus faibles en cours du traitement. Cependant, l'effet des de traumas interpersonnels, de l'attachement et de l'alliance sur les progrès thérapeutiques n'a pas encore été documenté chez les patients consultant pour des problèmes sexuels. Avec un devis pré et post-test, un total de 74 adultes (39 femmes; 35 hommes) consultant en thérapie sexuelle ont rempli des questionnaires évaluant leurs traumas interpersonnels en enfance, représentations de l'attachement et alliance thérapeutique. La principale variable d'intérêt était l'évolution de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin du traitement. Les résultats ont montré qu'en moyenne, les patients rapportaient une amélioration de leur satisfaction sexuelle. Les patients présentant l'amélioration la plus importante ont signalé moins d'anxiété d'attachement et des niveaux d'alliance thérapeutique plus élevés au prétest. De plus, bien que les participants signalant au moins quatre types de traumas aient montré une satisfaction sexuelle plus faible au prétest, ils ont progressé jusqu'à un niveau similaire à celui des patients avec moins de traumas au post-test, et ont donc démontré le plus haut degré d'amélioration. Ces résultats confirment l'effet bénéfique de la thérapie sexuelle chez les patients ayant des antécédents de traumas interpersonnels en enfance et, avec une relation thérapeutique bienveillante et un attachement solide, les patients sont susceptibles de développer une sexualité plus positive et plus agréable.

Abstract

Sex therapy patients report high rates of childhood interpersonal trauma (CIT) and insecure attachment, which may negatively influence the quality of their alliance with the therapist. Poor therapeutic alliance is associated with weaker progress during treatment. However, the effect of CIT, attachment and alliance on progress in therapy has not yet been documented in patients consulting for sexual difficulties. With a pre and post-test design, a total of 74 adults (39 women; 35 men) seeking sex therapy completed questionnaires assessing CIT, attachment representations, and therapeutic alliance. The main outcome measure was evolution of sexual satisfaction over the course of therapy. Results showed that, on average, patients experienced an improvement in their sexual satisfaction. Patients showing the largest improvement reported less attachment anxiety and higher levels of therapeutic alliance at pre-test. Furthermore, although participants reporting four or more types of CIT showed lower sexual satisfaction at pre-test, they reached a level similar to patients with less CIT at post-test, and thus, they demonstrated the greatest level of improvement. These findings support the beneficial effect of sex therapy for patients with a CIT history, and that, with a strong therapeutic relationship and attachment, all patients can develop a more positive and enjoyable sexuality.

4.1 Introduction

Although sexuality is a source of pleasure for many people, it can also be associated with difficulties. Individuals with sexual difficulties can engage in sex therapy to improve their sexual satisfaction, but several variables may influence their ability to progress through their treatment. Hence, the purpose of this article is to explore the effect on sex therapy success of three central correlates: interpersonal traumas, attachment representations, and therapeutic alliance. Indeed, it is documented that a low level of sexual satisfaction is linked with childhood interpersonal trauma (CIT) (Bigras, Godbout, Hébert, & Sabourin, 2017; Staples, Rellini, & Roberts, 2011; Stefanou & McCabe, 2012), as well as with low couple satisfaction, sexual health and psychological well-being (Butzer & Campbell, 2008; Davison, Bell, LaChina, & Davis, 2009; Higgins, Mullinax, Trussell, Davidson, & Moore, 2011). Sexual satisfaction refers to the individuals' subjective assessment of the positive and negative aspects of their sexuality, and to their emotional response to this assessment (Lawrance & Byers, 1995). Sex therapy is recognized as an effective management of sexual dissatisfaction (Soleimani et al., 2015). Similarly, it is documented that patients seeking sex therapy tend to report low level of sexual satisfaction (Bigras, Godbout, et al., 2017; Lafrenaye-Dugas, Godbout, & Hébert, 2018). Although some studies have examined the effectiveness of sex therapy to improve the level of sexual satisfaction (e.g., Jones & McCabe, 2011; Soleimani et al., 2015), few studies have explored the possible role of key psychosocial correlates associated with this progress.

As for the first key potential correlate, current literature indicates higher rates of CIT (e.g., sexual, psychological or physical abuse and neglect before the age of 18) in adults seeking sex therapy (e.g. psychotherapy targeting the treatment of sexual difficulties) than in individuals from community samples (Berthelot, Hébert, Godbout, Goulet, & Bergeron, 2014; Bigras, Godbout et al., 2017). Studies have documented that a child

who has experienced a form of CIT has a high risk of experiencing multiple types of interpersonal violence (Hodges et al., 2013). In turn, the cumulative effect of multiple forms of traumas (i.e., cumulative childhood trauma) is connected to a more acute and complex symptomatology such as severe relational and psychological symptoms (Berthelot et al., 2014; Bigras, Daspe, Godbout, Briere, & Sabourin, 2017), as well as sexual difficulties and low sexual satisfaction (Bigras, Godbout et al., 2017; Staples, Rellini, & Roberts, 2011). Other findings show that patients who suffered from maltreatment are likely to to need more intensive treatment in order to experience progress in therapy (Harkness, Bagby, & Kennedy, 2012). In sum, sex therapy patients show high rates of CIT, and these adverse experiences might influence their progress in treatment regarding main outcomes such as sexual satisfaction.

A second key correlate that may influence patients' outcomes following treatment is their attachment representations, attachment insecurities being associated with lower sexual satisfaction and cumulative childhood trauma (Butzer & Campbell, 2008; Godbout, Daspe, Runtz, Cyr, & Briere, 2019; Riggs, 2010). Greater levels of attachment insecurities are also associated with higher levels of sexual difficulties and psychological distress (Butzer & Campbell, 2008; Shallcross, Frazier, & Ander, 2014; Stefanou & McCabe, 2012). Furthermore, attachment insecurity is linked to difficulties in committing to and progressing during psychotherapy treatment (Mikulincer, Shaver, & Berant, 2013). Adult attachment is optimally measured through romantic attachment and includes two interrelated dimensions (Godbout et al., 2017; Mikulincer & Goodman, 2006). *Attachment anxiety* denotes a negative perception of self and is characterized by fear of abandonment and rejection combined with a lack of sense of self-worth, as well as the propensity to validate oneself through others. It implies a hyperactivation of the attachment system. In this case, the patient is sensitive to signs of endangered relationship and needs to be reassured through demonstrations of love. *Attachment avoidance* refers to negative representation of others as not trustworthy and is characterized by emotional continence, self-sufficiency, and discomfort with

closeness and interdependence because of anticipation that the partner will inevitably become unavailable. It involves a strategic deactivation of the attachment system to decrease negative and distressful emotional states and a vulnerability to neediness. Patients are considered to have a secure attachment when they display neither avoidance nor anxiety (Griffin & Bartholomew, 1994; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003).

A third key correlate that may relate to progress in sex therapy is therapeutic alliance. Indeed, a strong alliance, built quickly in a therapeutic relationship, is one of the best predictors of positive treatment outcomes (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). The fundamental role of the therapeutic alliance is increasingly documented in the field of sex therapy and psychotherapy research. Moreover, the concept of alliance has repeatedly been highlighted as a central component to treatment efficacy, in both psychological and biomedical therapy (Bennett et al., 2011; Ferreira et al., 2013; Horvath et al., 2011). For example, patients with a weaker therapeutic alliance appear more likely to drop out of their treatments (Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Bordin's theory (1979) postulates that therapeutic alliance contains three dimensions: 1) the bond between the patient and the therapist, as well as their agreement on the treatment 2) goals and 3) tasks. The bond dimension refers to the relational, affective and emotional facets of the therapeutic alliance, while the other two dimensions, the agreement about goals and tasks, are more cognitive (Baillargeon, Pinsof, & Leduc, 2005; Hietanen & Punamäki, 2006).

In sum, although previous studies revealed a negative association between attachment and therapeutic alliance (e.g., Diener & Monroe, 2011) and between trauma and therapeutic alliance (e.g., Holowaty & Paivio, 2012), the influence of these correlates on the improvement in sex therapy patients between the beginning and the end of their treatments have not been explored. Evaluation of the effectiveness of sex therapy and

of the correlates' influence on this effectiveness would fill this gap in scientific literature.

Similarly, although different treatment protocols have been shown to be effective in improving sexual satisfaction (e.g., Jones & McCabe, 2011; Soleimani et al., 2015), they did not directly take into account key correlates such as CIT, attachment representations, and therapeutic alliance. However, clinical practice highlight that some patients show greater progress than others. Identification of the key factors impeding therapeutic progress could offer important cues for clinicians.

4.1.1 Objectives and hypothesis

The current group pre-test and post-test designed study aimed to explore the characteristics that differentiate the patients who showed the highest improvement on sexual satisfaction from those who showed the lowest improvement, on the identified key correlates (i.e., cumulative CIT, attachment representations, and therapeutic alliance before sex therapy). A second objective was to describe and compare the evolution of sexual satisfaction in sex therapy patients between the beginning and the end of their treatment. Our hypothesis was that patients' average level of sexual satisfaction would be higher at the end of therapy as compared to before treatment, and that patients reporting more CIT, attachment insecurities and difficulty creating a therapeutic alliance will display a lower level progress over the course of therapy.

4.2 Methodology

4.2.1 Participants and data collection

This study used a pre-test and post-test methodology. Patients seeking sex therapy in diverse facilities (general hospitals, family medicine units, community and private clinics, etc.) were invited via their sex therapy interns in clinical sexology to complete self-report questionnaires within the first weeks (M = 6.0 weeks; SD = 5.3) of their treatment. Participants were in treatments for an average of 25.3 weeks (SD = 7.1).

A total of 74 patients, 39 women and 35 men, were included in this study. They were aged between 19 and 70 years old (M = 37.9; SD = 13.9). The majority, 58 (78.4%) defined their sexual orientation as heterosexual, while 8 (10.8%) identified as homosexuals, 7 (9.5%) as bisexuals, and 1 (1.4%) as pansexual. Regarding relational status, 32 patients (43.2%) were single, 5 (6.8%) were in a dating relationship, 19 (25.7%) were in a common-law relationship, and 18 (24.3%) were married. The majority earned less than 40,000 CAN$ per year (71.8%), were workers (48.7%) or students (27.6%), had at least a college education degree (86.5%), spoke French as their first language (90.5%), and were born in Canada (86.5%).

Regarding the patients' reasons for consultation, they mentioned consulting for lack of sexual desire (41.0% of women, 28.6% of men), erection problems (31.4% of men), orgasm disorder (28.2% of women), premature (28.6% of men) or delayed (20.0% of men) ejaculation, pain during sexual intercourse (28.2% of women, 2.9% of men), or impossibility to have vaginal penetration (i.e., vaginismus) (10.3%). Other motives were also reported by 33.3% of women and 8.6% of men (i.e., relational and seduction difficulties, excessive sexuality behavior, interrogation about their sexual orientation or gender identity, etc.). Slightly more than half of the patients (54.1%) indicated more than one reason for their consultation.

4.2.2 Measures

Sexual Satisfaction. Sexual satisfaction was measured with the Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSS) (Lawrance & Byers, 1995), which assesses the level of satisfaction patients feels toward their sexuality using five items on a seven-point bipolar scales (e.g., "My sexuality is: good-bad, pleasant-unpleasant, positive-negative, satisfying-unsatisfying, and valuable-worthless"). The total score varies from 5 to 35, with higher scores reflecting higher sexual satisfaction. The Cronbach's alpha was high ($\alpha = .89$).

Childhood Trauma. Experiences of interpersonal trauma before the age of 18 was assessed with the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout, Bigras, & Sabourin, 2017). This questionnaire measures eight forms of traumas experienced before majority (i.e., 18 years): physical and psychological abuse by parental figures; psychological and physical neglect; exposure to psychological and physical violence between parental figures; peer bullying; and sexual abuse. Childhood sexual abuse was assessed based on the Canadian Criminal Code (1985), with one item assessing whether the patient had experienced undesired sexual contact; or any sexual contact with an adult or someone 5 years older before the age of 18; or someone from whom the child depended. The other types of trauma were indicated on a scale ranging 0 "Never" to 6 "Every day, or almost every day" in reference to "a typical year of my childhood" (e.g.: "Did one of your parents, or both, ever punched or kicked you?"; "Did one of your parents, or both, ever confine you alone in a room for a long period of time?". Each type of trauma was coded as experienced (1) or not experienced (0), and summed to obtain a total trauma score ranging from 0 to 8, with higher scores representing greater exposure to different forms of trauma. Then, to optimally screen and define the incidence of cumulative trauma, Finkelhor, Ormrod, and Turner (2007) recommend considering the report of at least four or more types of interpersonal trauma. In the sample, patients reported a rounded average of four types of CIT.

Consequently, participants reporting four forms of CIT or more were coded as having cumulative CIT (cumulative CIT = 1), while those reporting three forms of CIT or less were coded as not reporting cumulative CIT (cumulative CIT = 0) (for other studies using this operationalization and coding of cumulative trauma, see Bigras, Godbout et al., 2017; Dugal, Godbout, Bélanger, Hébert, & Goulet, 2018; Lafrenaye-Dugas et al., 2018). Past studies established satisfactory psychometric qualities with this questionnaire (e.g., Bigras, Godbout et al., 2017; Lafrenaye-Dugas et al., 2018), and in this study, Cronbach's alpha shows satisfying internal consistency ($\alpha = .70$).

Attachment representations. Past studies documented that attachment in adulthood is optimally comprehended through romantic relationships (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Goodman, 2006). Romantic attachment was therefore assessed via a French version of the Experience in Close Relationship Scale-12 (ECR-12; Brennan, Clark & Shaver, 1998; Lafontaine et al., 2016). This questionnaire contains two subscales measuring the two dimensions of attachment, avoidance (e.g., negative view of others) and anxiety (e.g., negative view of self). With a Likert scale ranging from 1 "Strongly disagree" to 7 "Strongly agree", patients answered questions such as "I worry about being abandoned" or "I usually discuss my problems and concerns with my partner". Higher scores on these subscales reveal higher levels of avoidance or anxiety, and clinical cut-off has been proposed for both (a score higher than 2.5 for avoidance, and 3.5 for anxiety) (Brassard et al., 2012). The internal consistency indicates a Cronbach's alpha of .88 for the avoidance subscale, and of .91 for the anxiety subscale.

Therapeutic Alliance. Therapeutic alliance was evaluated using a French translation of the client short-form version of the Working Alliance Inventory (WAI; Tracey & Kokotovic, 1989). This questionnaire comprises three subscales measuring the three elements of Bordin's (1979) theory, which can be summed to derive a total score. Twelve questions (e.g.: "My therapist and I are working towards mutually agreed upon goals", "I feel that my therapist appreciates me"), are answered with a scale from 1

("Never") to 7 ("Always"). The total score varies between 12 and 84, while the scores on each subscale fluctuates between 4 and 28. Higher score indicates stronger therapeutic alliance, but there is no clinical cut-off. Since prior research supported the relevance to assess alliance in the early stages of treatment (e.g., Horvath et al., 2011; Lafrenaye-Dugas et al., 2018), only the pre-test WAI scores were considered in the analyses. Cronbach's alpha indicates a high internal consistency in previous (Taber, Leibert, & Agaskar, 2011) and in the current study, with .87 for the total score (agreement on goals α =.70; agreement of task α =.62; bond α =.85).

4.2.3 Data analyses

Using the IBM SPSS software, first, we conducted descriptive analyses to portray the characteristics of the sample in terms of sexual satisfaction, cumulative CIT, attachment representations and therapeutic alliance. Second, we executed a paired *t* test to evaluate potential changes in patients' sexual satisfaction levels before and after sex therapy. Third, for the pre-test and post-test analyses, we assessed the changes in the patients' sexual satisfaction by performing a subtraction of the post-test GMSS score by the pre-test score and obtained a change score (e.g., Bonate, 2000; Dimitrov & Rumrill, 2003):

$$\textit{Change score} = \textit{GMSS post-test} - \textit{GMSS pre-test}$$

Based on the literature in the field of education and intervention programs evaluation relying on pre/post-test designs (e.g., Case-Smith, Holland, Lane, & White, 2012; Nolte, Elsworth, Sinclair, & Osborne, 2007), we used the change score to divide the sample into distinct groups. We computed three groups differing in their level of improvement regarding sexual satisfaction (below average, in average, and above average change score). Thereby, the dependent variable is the change score in sexual

satisfaction while attachment representations, CIT, and therapeutic alliance level act as independent variables.

Finally, we performed analyses of variance (ANOVAs) and post-hoc analyses (Least Significant Difference method; LSD method) to test significant differences between these three groups regarding potential key correlates of improvement over the course of therapy namely the patients' CCT, attachment representations and capacity to build therapeutic alliance. The LSD post-hoc method has the advantage of maintaining a good control over error rates when three groups are studied, even when the F-test significance is weak (Howell, 2012; Levin, Serlin, & Seaman, 1994). As the sample size brings restriction in terms of statistical power, effect sizes were used to overcome this difficulty. Indeed, some authors argue that in clinical research, practical significance, represented by effect sizes, is as important as statistical significance (e.g., Lakens, 2013). The eta^2 were used to assess effect sizes, and is considered small at .01, medium at .06, and large at .14 (Fritz, Morris, & Richler, 2012). However, these comparison analyses should still be considered exploratory.

4.3 Results

4.3.1 Descriptive data

Patients reported an average sexual satisfaction of 20.9 (*SD* = 7.4) at the pre-test assessment, and of 23.0 (*SD* = 7.0) at the post-test assessment. In comparison, a study using the same questionnaire, but with a sample of adults from a community sample, reported a mean of 27.3 (*SD* = 6.6) (Bigras, Daspe et al., 2017).

As for CIT, as exposed in Table 1, results shown that 86.5% of the sample reported experiencing at least two types of trauma, and 55.4% reported four or more experiences. Patients presented on average 3.9 types of trauma (*SD* = 2.0). In addition, patients with cumulative CIT (4 or more types; *n* = 42) showed a lower level of sexual satisfaction than average at pre-test (*M* = 19.0; *SD* = 7.5), but progressed to a level similar to average at post-test (*M* = 22.5; *SD* = 7.6). They are therefore those showing the greatest improvement.

[INSERT TABLE 1 - TRAUMA]

The sample also demonstrated high rates of insecure attachment, with 54.1% of the patients presenting scores above clinical cut-off score for attachment avoidance, 64.9% for attachment anxiety, and 41.9% were above the threshold on both scales, which suggest a fearful attachment. Only 20.3% of patients demonstrated a secure attachment.

For therapeutic alliance, the mean for the total score was of 72.9 (*SD* = 8.5), 24.2 for the agreements on goals subscale (*SD* = 2.7), 24.4 for the agreement on tasks subscale (*SD* = 3.1), and 24.3 for the bond between the patient and the therapist (*SD* = 3.5). These results are coherent with other studies using the WAI in similar populations (Taber et al., 2011). Although this variable cannot be derived with a clinical cut-off, these scores appear similar or superior to results obtained by other studies using the same questionnaire (e.g., Applebaum et al., 2012).

4.3.2 Paired samples t tests

In order to evaluate the level of improvement in patients' sexual satisfaction between the pre-test and post-test, we performed a paired samples *t test*. The results indicate a significant difference ($t(73) = -2{,}7$; $p = .009$; $\eta^2 = .04$) between the levels of sexual

satisfaction at the beginning and at the end of treatment, with the average score improving by two points (M = -2.1; SD = 6.6).

4.3.3 Pre-test and post-test analyses

To measure the sexual satisfaction level evolution experienced by the participants between the pretest and post-test, we subtracted the post-test GMSS score by the pretest score, resulting in a range of change scores from -22 to 21 (M = 2.1; SD = 6.6). This score led to dividing the patients into three groups, according to their change score. A mid-range group was first created and comprised patients whose change score ranged between half a rounded standard deviation (i.e., 6.6 being rounded to 7) below and above the mean. This process resulted in a central group situated within the equivalent of the rounded average standard deviation. The other two groups are at the lower and upper poles of the sexual satisfaction change scores (see Table 2 for M and SD). The differences between these three groups in terms of sexual satisfaction levels and evolution are described in Table 2 and Figure 1.

[INSERT TABLE 2]

[INSERT FIGURE 1]

Then, we compared the groups on the correlates variables (i.e., CCT, attachment representations and therapeutic alliance), using ANOVAs and post hoc analyses. However, the ANOVAs revealed non-significant F-tests for the therapeutic alliance bond subscale and the attachment avoidance subscale, as well as marginally significant F-tests for the other correlates. Nonetheless, the results obtained through post-hoc analyses are presented in the following section, considering that : 1) our analyses revealed significant post-hoc results; 2) the correlates with a marginally significant F-

tests all show effect sizes considered as medium to large (Fritz, Morris, & Richler, 2012); 3) LSD post-hoc method shows a good error control for analyzes including three-group (Howell, 2012; Levin et al., 1994); and 4) the purpose of this article is to document in an exploratory way the inherent sex therapy patients characteristics likely to influence their improvement. The results are also shown in Table 3 and Figure 2, where it can be observed that the goals and tasks WAI subscales, as well as the total score, are the correlates with the largest effect sizes. They respectively explain 8%, 8%, and 9% of the variance between the three groups.

[INSERT TABLE 3]

[INSERT FIGURE 2]

4.3.4 Group #1: Progress Below Average

The first group included 18 patients (24.3% of the sample), all showing a decrease in their level of sexual satisfaction from pre-treatment to post-treatment assessments (M = -5.7; SD = 4.8). Their GMSS change scores varied between -22 and -2. They reported an average of 3.4 (SD = 1.9) different forms of CIT, and 38.9% of the patients in this subgroup reported at least four forms of CIT. Only 5.9% of patients reported a secure attachment. Similarly, they indicated a high level of attachment insecurities; 88.2% scoring above the cut-off (Brassard et al., 2012) on attachment anxiety, 52.9% displayed a score above the cut-off on attachment avoidance, and 47.1% simultaneously exhibited scores above cut-off on both attachment anxiety and avoidance. Patients in this group reported levels of therapeutic alliance below the sample mean for all of the WAI subscales.

4.3.5 Group #2: Average Level of Progress

The second group contains 59.5% of the sample (n = 44) and report an average level of improvement regarding sexual satisfaction, with a change of 2.5 points (SD = 2.4) from pre-test to post-test. Their GMSS change scores ranged from -1 to 6. They reported an average of 4.0 (SD = 2.1) types of CIT, and 59.1% declared experiencing at least four traumas. Regarding their attachment representations, 27.9% reported a secure attachment, which is marginally more than the first group (p = .061; $F(2,69)$ = 1.9). Regarding the attachment anxiety dimension, 60.5% indicated a score above the cut-off, while 53.4% scored above the cut-off for attachment avoidance, and 41.9% simultaneously showed significant levels of attachment anxiety and avoidance. Their therapeutic alliance level did not significantly differ from the first group.

4.3.6 Group #3: Progress Above Average

The last group includes 12 patients (16.2% of the sample) and reported an average increase of 12.2 (SD = 4.6) in sexual satisfaction from pre-test to post-test. Their GMSS change scores varied between 7 and 21. They reported the lowest level of sexual satisfaction at the pre-test but the highest at the post-test. These patients reported an average of 4.3 (SD = 1.7) different types of CIT, and 75.0% reported at least four CIT. This rate of CIT was significantly higher than the first group, but similar to the second group. Concerning attachment scores, 16.7% of patients presented a secure attachment, which does not significantly differ from the two other groups. Similarly, 58.3% of patients showed a level of attachment anxiety above the cut-off, which is a greater portion compared to the first group, but not to the second group. Moreover, in the third group, 66.7% reported attachment avoidance above the cut-off, and 41.6% simultaneously displayed both attachment anxiety and avoidance, which is statistically

similar to the other groups. This group revealed a stronger therapeutic alliance compared to the first and the second group.

4.4 Discussion

For patients presenting sexual difficulties or low sexual satisfaction, sex therapy is a frequently used and effective treatment option (Jones & McCabe, 2011; Soleimani et al., 2015), but several factors can influence its effectiveness. The first objective of this study was to explore how variables of interest (e.g., cumulative CIT, attachment representations and ability to form a therapeutic alliance) might influence how, over the course of therapy, some patients progress more easily than others regarding levels of sexual satisfaction. The hypothesis was that patients presenting less CIT, attachment insecurity and difficulties in forming a therapeutic alliance would show the strongest progress. This hypothesis is partially confirmed. Indeed, after dividing patients in three groups according to their progress level (Below Average; in the Average; and Above Average), results highlighted that those demonstrating the strongest alliance and the least attachment anxiety before treatment showed the greatest progress following therapy. Interestingly, the group above the GMSS change average reported high rates of cumulative CIT. These patients indeed indicated a sexual satisfaction level below the sample average at pre-test, but higher than the average at post-test, leading them to demonstrate the greatest progression.

A second objective of this exploratory study was to document the overall sexual satisfaction evolution of sex therapy patients through the course of treatment. Our hypothesis was that sex therapy would increase the patients' overall level of sexual satisfaction. The results show that between the pre-test and the post-test, on average, patients report an improvement in their level of sexual satisfaction. Therefore, the sex

therapy treatment they received appears as an efficient solution to improve their level of sexual satisfaction.

4.1.1 Key results and implication for sex therapy research

Despite the recognized use of these strategies in different areas of evaluative research, the use of a change score to divide the sample into distinct groups is innovative in sex therapy research (e.g., Bonate, 2000; Dimitrov & Rumrill, 2003; Case-Smith et al., 2012; Nolte et al., 2007). The compelling results obtained with this method are encouraging for researchers wishing to replicate it.

The group located on the average differed little from the two other groups and included including the greater number of patients – a little more than half. Indeed, the two groups showing the highest distinction in correlates were the groups below the average, and above the average, which included respectively less than one-fifth and about one quarter of the patients. For the group below average, compared with the group above the average, patients reported a greater level of anxious attachment, and a lower level of therapeutic alliance. Patients in the below average group significantly demonstrated a lower therapeutic alliance for the total score, and for the dimensions of agreement on goals and tasks. These results appear consistent with previous literature underlying the central role of the therapeutic alliance and of secure attachment with therapy outcomes (Horvath et al., 2011; Strauss et al., 2006). They also raise the importance of training therapists about these variables and their influence on therapeutic success.

In the above average group, when compared to the below average group, patients reported lower attachment anxiety levels and higher levels of therapeutic alliance. These results are coherent with previous studies highlighting a relation between sexual satisfaction, progress in therapy, attachment representation and therapeutic alliance

(Butzer & Campbell, 2008; Horvath et al., 2011; Riggs, 2010). However, they also indicated higher cumulative CIT rates. Indeed, although patients reporting more than three different types of CIT showed a lower sexual satisfaction at pre-test, at post-test, they had progressed to a level similar to those indicating three types of CIT or less. While cumulative CIT might be harmful to therapeutic outcomes, the present results raise a lot of hope for the CIT survivors, and are discussed in the next section.

Effect sizes for CIT accumulation, attachment anxiety, and total therapeutic alliance score were found to be medium to wide, suggesting a good influence of these correlates on change throughout therapy. This supports the growing interest in the use of effect sizes, in addition to statistical significance thresholds, in interpreting data in clinical research (e.g., Lakens, 2013).

4.1.2 Implications for clinical practice and training

Our findings raise the importance of patients' characteristics in their progress in sex therapy, and the way those characteristics can influence their level of sexual satisfaction. First, although patients experienced an improvement in their sexual satisfaction after therapy, the score they obtained at the end of treatment remained lower than that found in the general population (Bigras, Godbout et al., 2017). This finding underlines the importance for sexual health professionals to assess their patients' sexual satisfaction level, since the majority of them report sexual dissatisfaction (Bigras, Godbout et al., 2017), and since a low level of sexual satisfaction is related with low sexual health, psychological well-being, and couple satisfaction (Butzer & Campbell, 2008; Davison et al., 2009; Higgins et al., 2011).

Second, therapeutic alliance, formed in the early stages of treatment, has repeatedly been documented as a key component for therapeutic success in diverse clinical

settings, but its role in improving sexual satisfaction through sex therapy had not yet been empirically evaluated (Bennett et al., 2011; Ferreira et al., 2013; Horvath et al., 2011; Sharf et al., 2010). The results of the present study indicate that patients with the greatest ability to quickly build a therapeutic alliance with their therapist were also those whose sexual satisfaction change scores were higher at the end of treatment. The difference in therapeutic alliance measure total score was found significant, as well as differences for the subscales of the agreement on tasks and goals. These results are clinically compelling, since they offer sex therapists a clear and direct way to measure their patients' commitment to therapy (e.g., do patients engage in their goals? their tasks and homeworks?). Thus, to optimize treatment, clinicians would benefit from assessing during the first weeks of therapy the therapeutic alliance level in patients with low sexual satisfaction. In this way, as suggested by authors working on therapeutic alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bertakis & Azari, 2011), therapists may tailor interventions to improve the level of alliance, and potentially, the evolution in therapy.

Third, the results underlined a high prevalence of insecure attachment among sex therapy patients. The group with the highest secure attachment rate was the one with the average progress, with slightly more than a quarter reporting a secure attachment. Nevertheless, this rate remains lower than what is found in the general population where almost half of people present a secure attachment (Pistole, Robert, & Chapman, 2010). Another element revealed by this study is that patients that displayed the least progress also showed the highest attachment anxiety, and that patients with the greatest progress are those with the least anxiety. This is consistent with the results obtained by Levy and colleagues (2011), stipulating that patients with higher attachment anxiety showed poorer psychotherapy outcomes, while attachment avoidance was not significantly associated to outcomes. These results also emphasize the fundamental role of self-esteem and positive perception of self for sexual fulfillment and satisfaction (Brassard, Dupuy, Bergeron, & Shaver, 2015), whereas people with anxious attachment tend to lack sensation of self-worth (Godbout et al., 2017; Mikulincer &

Goodman, 2006). Similarly, to explain the worsening of some patients throughout treatment, it should be kept in mind that individuals with attachment anxiety are very sensitive to rejection and abandonment, and that the end of a therapeutic journey could be experienced as a form of abandonment (Marmarosh & Tasca, 2013). Thus, it has been pointed out that these patients tend to worsen when the end of the therapy is approaching (Zilberstein, 2008). In terms of avoidant attachment, further studies are needed to explain its weak influence on progression in sex therapy. For example, recent studies revealed that avoidance significantly influences sex therapy adherence only in interaction with CIT (e.g., Lafrenaye-Dugas et al., 2018). To sum up, especially with anxious patients, targeting attachment patterns in both the early and late phases of intervention may be crucial.

Finally, with more than half of the sample reporting four or more types of CIT, patients showed a higher level of traumas compared to the general population (Berthelot et al., 2014; Bigras et al., 2017), but also to other clinical populations (Brodsky et al., 2001). The data also indicated that patients reporting more CIT are also those who displayed the greatest increase in their sexual satisfaction, starting treatment with a level distinctly below the sample average, but finishing treatment with an average level. These results are very encouraging for trauma survivors and their therapists, and highlight the interpersonal nature of the wounds caused by CIT, which tends to alter victims' ability to perceive their environment and people as trustworthy (Cloitre, Cohen, & Scarvalone, 2002). Consequently, their healing might be promoted through a therapeutic relationship. For example, through therapy, patients may learn how to feel safe and secure in an interpersonal relationship (Geller & Porges, 2014), which supports the importance for therapists to assess and invest the quality of their relationship with victimized patients. In sum, all these data also raise the importance to be sensitized and extensively trained about CIT, adult attachment representations, and therapeutic alliance for all clinicians working with patients with sexual difficulties.

4.1.3 Research limitations and avenues for future studies

Notwithstanding its innovative nature and the fact that this study in among the first to explore the effect of CIT, attachment and therapeutic alliance on the improvement of sexual satisfaction through sex therapy, its conclusions should be moderated in consideration of its limitations. First, self-report questionnaires can be subject to a recall bias. Second, despite strong effect sizes, correlates ANOVAs' F-tests were marginally significant due to the small sample size reducing the statistical power. Thus, it should be noted that this study is exploratory, and that results need to be replicated within a larger clinical sample. Finally, one of our hypotheses turned out to be unfounded, as CIT increased sexual satisfaction evolution rather than lower it, as we first projected. Indeed, results underlined that survivors started their treatment with a lower than average level of sexual satisfaction, and finished it with an average level. While this result is very encouraging for patients who experienced CIT and their therapists, it should be considered that the clinicians who treated the participants in our sample were all interns, and were studying in a university department that is very sensitive to trauma and its long-term impact on sexuality.

Nevertheless, these results open the door to further research. Indeed, future studies would benefit from exploring the evolution of the patients' sexual function, in association with their level of sexual satisfaction. Also, more research is needed to further document the links between sexual satisfaction and relational variables such as attachment, therapeutic alliance and interpersonal trauma in different clinical settings (e.g., couple therapy). Likewise, it appears relevant to examine associations between these relational variables and sexual and couple functioning. It would also be interesting to explore the evolution of symptoms documented through other studies as being strongly associated with low sexual satisfaction (e.g., depressive, dissociative, and anxious symptoms) (Bigras, Godbout et al., 2017; Bolduc, Bigras, Daspe, Hébert, & Godbout, 2018; Déziel, Godbout, & Hébert, 2018).

4.1.4 Conclusion

This study highlighted the presence of different levels of sexual satisfaction progression in patients consulting in sex therapy. Some patients tended to progress while others showed a lower sexual satisfaction at the end of treatment. The role of cumulative CIT, adult attachment and therapeutic alliance on this progression have also been documented. Thus, patients demonstrating the greatest improvement also reported the most secure attachment, the strongest therapeutic alliance, but also the highest rates of CIT. Indeed, survivors' pre-test sexual satisfaction levels are knowingly lower than average but are average for the post-test. This raises the particularly beneficial role of sex therapy among CIT survivors. In short, through a strong therapeutic relationship and security of attachment, the improvement in sexual satisfaction and traumatic repercussions seem optimized.

Tables and figures

Table 4.1 - Rates of reported childhood interpersonal trauma

	Total sample
	%
Emotional abuse	62.2
Physical abuse	45.9
Psychological neglect	75.7
Physical neglect	24.3
Exposure to psychological violence	59.5
Exposure to physical violence	12.2
Bullying	66.2
Sexual abuse	44.6

Table 4.2 - Groups of sexual satisfaction levels and evolution differentiated through ANOVA and post hoc analyses

	Group #1: Below Average	Group #2: in the Average	Group #3: Above Average		
	M(*SD*)	*M*(*SD*)	*M*(*SD*)	*F*(*df*)	η^2
GMSS pre-test	24.7 (5.5)[a]	21.3 (7.1)[a]	13.8 (6.8)[b]	9.6 (2,71)***	.21
GMSS post-test	19.1 (5.9)[a]	23.8 (7.5)[b]	26.0 (4.7)[b]	4.6 (2,71)*	.11
GMSS evolution	-5.7 (4.8)[a]	2.5 (2.4)[b]	12.2 (4.6)[c]	93.2 (2,71)***	.72

Note: Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$.

$^{*}p \leq .05$ $^{**}p \leq .01$ $^{***}p \leq .001$

Table 4.3 - Groups correlates differentiated through ANOVA and post hoc analyses

	Group #1: Below Average *M*(*SD*)	Group #2: in the Average *M*(*SD*)	Group #3: Above Average *M*(*SD*)	η^2
CCTQ (dichotomized)	.4 (.5)[a]	.6 (.5)[ab]	.75 (.5)[b]	.06
ECR: Anxiety	4.9 (1.4)[a]	4.1 (1.9)[ab]	3.7 (1.2)[b]	.06
ECR: Avoidance	3.1 (1.5)	3.0 (1.5)	3.1 (1.4)	.00
WAI: Total	71.2 (7.1)[a]	72.3 (9.3)[a]	79.1 (3.1)[b]	.09
WAI: Goals	23.6 (2.2)[a]	24.0 (2.9)[ab]	26.1(2.2)[b]	.08
WAI: Tasks	23.9 (3.1)[a]	24.2 (3.3)[a]	26.7 (1.3)[b]	.08
WAI: Bond	23.7 (3.2)	24.1 (3.3)	26.1 (1.7)	.04

Note: Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$.

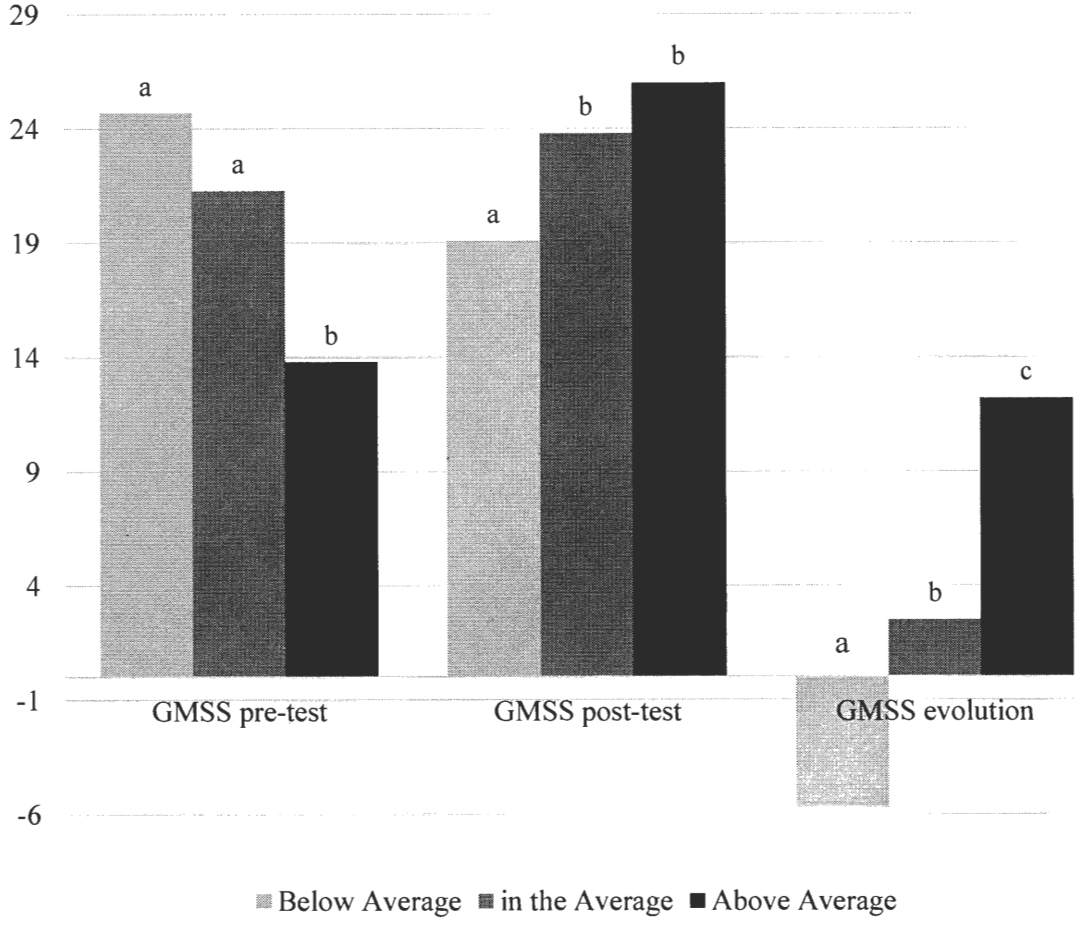


Figure 4.1 - Histogram representation of the ANOVA and post hoc analyses on groups of sexual satisfaction levels and evolution

Note: Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$.

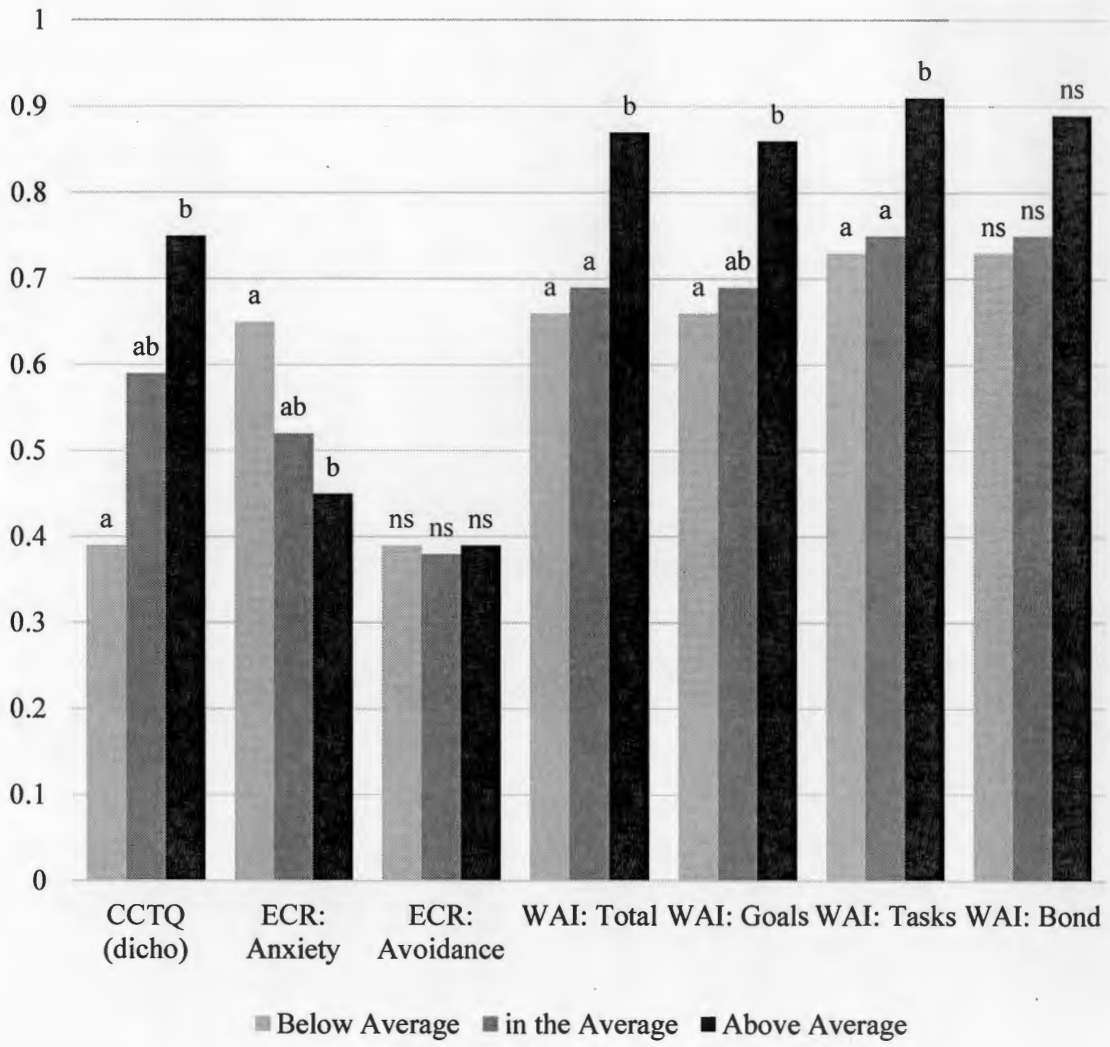


Figure 4.2 - Histogram representation of the ANOVA and post hoc analyses on groups' correlates

Note: Means on the same row with different superscript letters differ at $p < .05$.

^{ns}Not significant

Values were standardized and centred to obtain a common scale ranging from 0 to 1

References

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, *23*(1), 1-33. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0

Applebaum, A. J., DuHamel, K. N., Winkel, G., Rini, C., Greene, P. B., Mosher, C. E., & Redd, W. H. (2012). Therapeutic alliance in telephone-administered cognitive–behavioral therapy for hematopoietic stem cell transplant survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(5), 811-816. doi: 0.1037/a0027956

Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *55*(3), 137-143. https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.09.001

Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M., & Phillips, R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, *85*(1), 53-59. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005

Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centred care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(3), 229-239. https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170

Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S. et Boucher, S. (2014). Childhood maltreatment increases the risk of intimate partner violence via PTSD and anger personality traits in individuals consulting for sexual problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *23*(9), 982-998. https://doi.org/10.1080/10926771.2014.960631

Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(4), 377-396. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1176609

Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: what role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(3), 444-454. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013

Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M. È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood cumulative trauma and depressive symptoms in adulthood: The role of mindfulness and dissociation. *Mindfulness*, *9*(5), 1594-1603. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3

Bonate, P. L. (2000). *Analysis of pretest-posttest designs*. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252-260. http://dx.doi.org/10.1037/h0085885

Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research*, *52*(1), 110-119. https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744

Brassard, A., Péloquin, K., Lussier, Y., Sabourin, S., Lafontaine, M. F., & Shaver, P. R. (2012). Romantic attachment in the clinical and general population: Norms and cut-off scores for the ECR. *International Association for Relationship Research, Chicago, Il.*

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.

Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*, *15*(1), 141-154. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x

Case-Smith, J., Holland, T., Lane, A., & White, S. (2012). Effect of a coteaching handwriting program for first graders: One-group pretest–posttest design. *American Journal of Occupational Therapy*, *66*(4), 396-405. doi: 10.5014/ajot.2012.004333

Cloitre, M., Cohen, L. R., & Scarvalone, P. (2002). Understanding revictimization among childhood sexual abuse survivors: An interpersonal schema approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *16*(1), 91-111. http://dx.doi.org/10.1891/jcop.16.1.91.63698

Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *The journal of sexual medicine*, *6*(10), 2690-2697. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x

Déziel, J., Godbout, N., & Hébert, M. (2018). Anxiety, Dispositional Mindfulness, and Sexual Desire in Men Consulting in Clinical Sexology: A Mediational Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(5), 513-520. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405308

Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, *48*(3), 237-248. http://dx.doi.org/10.1037/a0022425

Dimitrov, D. M., & Rumrill, P. D., Jr. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 20*(2), 159-165.

Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M., & Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner Abuse*, *9*(1), 18-40. doi: 10.1891/1946-6560.9.1.18

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical Therapy*, *93*(4), 470-478. https://doi.org/10.2522/ptj.20120137

Finkelhor D., Ormrod R. K., & Turner H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, *31*, 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008

Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. Journal of experimental psychology: General, 141(1), 2-18. doi: 0.1037/a0024338

Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, *24*(3), 178-192. http://dx.doi.org/10.1037/a0037511

Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017) Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ). Unpublished document.

Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 127-137. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000136

Godbout, N., Daspe, M.-E., Runtz, M., Cyr, G., & Briere, J. (2019). Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(1), 90-98. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000403

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(3), 430-445. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430

Harkness, K. L., Bagby, R. M., & Kennedy, S. H. (2012). Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 342-353. http://dx.doi.org/10.1037/a0027665

Hazan, C. et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52(3), 511-524. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871-1877. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1871

Hietanen, O. M., & Punamäki, R.-L. (2006). Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health, 15*(4), 423-435. http://dx.doi.org/10.1080/09638230600808053

Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson Sr, J. K., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, *101*(9), 1643-1654. doi: 10.2105/AJPH.2011.300154

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. Child Abuse & Neglect, 37(11), 891-898. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001

Holowaty, K. A. M., & Paivio, S. C. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, *22*(1), 56-66. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622727

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186

Howell, D. (2012). *Statistical Methods for Psychology, 8th edition*. Stamford, CT:Cengage Learning.

Jones, L. M., & McCabe, M. P. (2011). The effectiveness of an internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(10), 2781-2792. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02381.x

Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2016). Selecting the Best Items for a Short-Form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *32*(2), 140-154. http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000243

Lafrenaye-Dugas, A. J., Godbout, N., & Hébert, M. (2018-Online). Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderator Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-12. doi: 10.1080/0092623X.2018.1447057

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, *4*(863), 1-12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863

Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, *2*(4), 267-285. http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x

Levin, J. R., Serlin, R. C., & Seaman, M. A. (1994). A Controlled, Powerful Multiple-comparison Strategy for Several Situations. *Psychological Bulletin*, *115*(1), 153-159. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.153

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 193-203. doi: 10.1002/jcl p.20756

Marmarosh, C. L., & Tasca, G. A. (2013). Adult attachment anxiety: Using group therapy to promote change. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(11), 1172-1182. doi: 10.1002/jclp.22044

Mikulincer, M., & Goodman, G. S. (Eds.). (2006). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77-102. doi: 10.1023/A:102451551916

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, *81*(6), 606-616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Nolte, S., Elsworth, G. R., Sinclair, A. J., & Osborne, R. H. (2007). The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient Education and Counseling*, *65*(3), 351-360. https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.08.016

Pistole, M. C., Roberts, A., & Chapman, M. L. (2010). Attachment, relationship maintenance, and stress in long distance and geographically close romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*(4), 535-552. https://doi.org/10.1177/0265407510363427

Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(1), 5-51. https://doi.org/10.1080/10926770903475968

Shallcross, S. L., Frazier, P. A., & Anders, S. L. (2014). Social resources mediate the relations between attachment dimensions and distress following potentially traumatic events. *Journal of Counseling Psychology, 61*(3), 352-362. http://dx.doi.org/10.1037/a0036583

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 637-645. http://dx.doi.org/10.1037/a0021175

Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E. H., & Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility & Sterility*, *9*(3), 393-402. doi: 10.22074/ijfs.2015.4556

Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: Sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(2), 341-350. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9773-x

Stefanou, C., & McCabe, M. P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(10), 2499-2507. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02843.x

Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Marquet, A., Papenhausen, R., ... & Schreiber-Willnow, K. (2006). Attachment characteristics and treatment

outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, *16*(5), 579-594. doi: 10.1080/10503300600608322

Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, *48*(4), 376-380. doi: 10.1037/a0022066

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1,* 207–210. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207

Zilberstein, K. (2008). Au revoir: An attachment and loss perspective on termination. *Clinical Social Work Journal*, *36*(3), 301-311. doi: 10.1007/s10615-008-0159-z

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

5.2 Principaux résultats de la thèse

Cette thèse doctorale avait comme objectif principal de décrire un échantillon de patients de thérapie sexuelle en explorant leur niveau d'alliance thérapeutique, attachement, historique de TIE, état de santé physique, habitudes de consultation et niveau de satisfaction sexuelle lors de leur arrivée en thérapie, tout en tenant compte de ces variables dans leur évolution post-intervention. Un échantillon d'adultes consultant des stagiaires en sexologie clinique a complété une batterie de questionnaires auto-rapportés.

Les patients consultaient pour une variété de raison. La majorité rapportait une dysfonction sexuelle (p. ex., manque de désir sexuel, 46,4 % ; manque de lubrification, 9,7 % ; problèmes d'érection, 24,5 % ; trouble de l'orgasme, 27,7 % ; éjaculation prématurée, 15,1%) ou retardée, 11,2 %, douleurs génito-pelviennes, 24,8% ; ou vaginisme, 6,1%. Près du quart (22 %) consultent pour des motifs autres qu'une dysfonction sexuelle, comme un trouble paraphilique, une dépendance à la pornographie, des comportements sexuels excessifs, ou des questionnements sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. La moitié des patients (50,4%) rapportent au moins deux motifs de consultation.

5.1.1 Retour sur les objectifs de recherche

La thèse est divisée en trois volets, et composée de trois articles qui s'intéressent chacun à un objectif spécifique permettant d'explorer ces différentes variables d'intérêt et d'atteindre l'objectif principal. Les deux premiers articles utilisent des données au premier temps de mesure, soit au début du suivi thérapeutique des patients, et le troisième compare l'évolution de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin du suivi thérapeutique.

Le premier objectif du projet de thèse concernait l'exploration du rôle modérateur de l'attachement sur la relation entre les TIE et l'alliance thérapeutique, en plus de viser à comparer ces associations entre les femmes et les hommes consultant en thérapie sexuelle. Les résultats ont révélé un effet modérateur de l'attachement évitant et du genre sur la relation qui unit les TIE et la dimension d'accord sur les tâches de l'alliance thérapeutique, cet effet modérateur était significatif uniquement chez les femmes. Ces résultats confirment l'intérêt d'évaluer l'attachement évitant chez les patientes, cette dimension pouvant influer sur le développement de l'alliance thérapeutique.

Le second objectif visait à évaluer la présence de différents profils d'état de santé physique et d'utilisation des services de santé chez les patients de thérapie sexuelle. Des profils ont été identifiés à l'aide d'analyses de classification hiérarchique. Les profils présentant une utilisation accrue des services de santé et des médicaments, ainsi qu'un statut de santé plus faible, indiquaient également plus de TIE et d'insécurité d'attachement, une alliance thérapeutique plus faible et des niveaux de satisfaction sexuelle plus faibles, soulignant l'intérêt d'évaluer le parcours de soins rapporté par les patients de thérapie sexuelle.

Le troisième et dernier objectif examinait l'amélioration de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin des traitements sexologiques, en plus d'explorer l'influence des TIE, de l'attachement et de l'alliance thérapeutique sur cette amélioration. Ainsi,

l'échantillon a été divisé en trois groupes distincts sur la base du niveau d'évolution de leur satisfaction sexuelle (sous la moyenne ; dans la moyenne ; et au-dessus de la moyenne), afin de bien comprendre la grande variabilité dans les changements en cours de thérapie sexuelle, et pour permettre de différencier les caractéristiques des patients dont les scores de satisfaction sexuelle ont augmentés de ceux dont les scores ont diminués. L'emploi du critère d'un écart-type autour de la moyenne a permis des distinctions entre trois différents groupes avec progression élevée, moyenne ou faible dans leur satisfaction sexuelle, ce qu'une approche utilisant deux groupes (inférieur et supérieur) n'aurait pas permis. Il s'agit d'une stratégie utilisée dans la recherche en santé et sur les violences interpersonnelles, qui permet de mieux saisir les expériences des patients en créant des catégorisations précises (ex. : classification de la sévérité de la victimisation ou des changements dans l'état de santé) (Bigras, Daspe et al., 2017 ; DiLillo et al., 2010 ; Norman et al., 2003). Nos résultats montrent qu'entre le prétest et le post-test, les patients rapportent en moyenne une amélioration significative de leur niveau de satisfaction sexuelle, et que ceux présentant l'alliance la plus forte et l'anxiété d'abandon la plus faible avant le traitement affichaient les progrès les plus importants après le traitement. Toutefois, le groupe situé au-dessus de la moyenne d'amélioration de la satisfaction sexuelle rapporte également les taux les plus élevés de TIE. En effet, ils indiquent un niveau de satisfaction sexuelle inférieur à la moyenne de l'échantillon au prétest, mais supérieur à la moyenne au post-test. Cependant, il est à noter que ces derniers résultats doivent être interprétés avec précaution. En effet, bien que les résultats des analyses post-hoc sont significatifs, les résultats des analyses de variance se montrent marginalement significatifs, malgré des tailles d'effets satisfaisantes.

5.1.2 Retour sur les caractéristiques propres aux patients

Les patients qui consultent en thérapie sexuelle représentent une clientèle qui avait jusqu'à présent peu été étudiée au niveau empirique. Le présent projet de recherche a permis de documenter plusieurs informations à propos de leurs caractéristiques individuelles pouvant influencer leur prise en charge, et d'ainsi mieux saisir le rôle des TIE, des représentations d'attachements et de l'état de santé sur les difficultés de satisfaction sexuelle des patients.

Traumas interpersonnels en enfance. Tout d'abord, au sujet des TIE, les analyses descriptives réalisées pour les trois articles ont révélé que moins de 10% des participants rapportaient n'avoir vécu aucune forme de TIE. De même, plus de 50% de nos participants indiquent avoir vécu au moins quatre formes différentes de TIE, ce taux apparaissant plus élevé comparativement à la population en général (e.g., Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Berthelot, Hébert et al., 2014 ; Bigras, Godbout et al., 2017) et à d'autres populations cliniques (Brodsky et al., 2001). De ce fait, plusieurs études ayant étudié le cumul de TIE suggèrent une compréhension selon laquelle l'accumulation de quatre formes de TIE ou plus s'avère associée à davantage de complexité symptomatologique (Finkelhor et al., 2007 ; Mossige et Huang, 2017).

Les résultats ont aussi souligné un effet d'interaction entre les TIE et l'évitement de l'intimité, pouvant influencer l'alliance thérapeutique (à travers la dimension d'accord sur les tâches spécifiquement) chez les patients en thérapie sexuelle. Des différences entre les femmes et les hommes de l'échantillon sont mis en évidence, puisque cet effet était significatif uniquement chez les femmes. Autrement dit, chez les femmes ayant un évitement élevé, le cumul de TIE intensifierait la difficulté à former l'alliance thérapeutique, alors qu'un faible niveau d'évitement agirait comme facteur de protection neutralisant l'effet négatif des TIE sur l'alliance. Chez les hommes, aucun effet d'interaction n'a été observé, ce qui suggère que l'alliance thérapeutique n'est pas

nécessairement affectée par l'accumulation de TIE ou par le niveau d'évitement de l'intimité. Ceci pourrait s'expliquer par les valeurs sociales influençant la tendance générale des hommes à rapporter moins de répercussions après des événements traumatiques (Olff et al., 2007 ; Ullman et Filipas, 2005) et à nier la violence interpersonnelle qu'ils subissent (Oransky et Marecek, 2009). Dans le même ordre d'idées, les femmes de l'échantillon ont signalé une plus faible stabilité d'emploi et des revenus annuels plus faibles comparativement aux hommes, ainsi que de davantage de TIE que les hommes. Ces données sont aussi cohérentes avec les écrits stipulant que les femmes présentent un risque plus élevé de subir des situations sociales défavorables (Astbury, 2001 ; Cadwell, Swan et Woodborn, 2012), telles que des répercussions traumatiques négatives (Olff et al., 2007 ; Ullman et Filipas, 2005), des revenus inférieurs (Statistique Canada, 2013), une plus grande instabilité d'emploi (Statistique Canada, 2013) et une plus grande victimisation sexuelle (Pereda et al., 2009).

Afin de répondre à l'objectif principal de la thèse, les analyses ont également examiné l'amélioration de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin des traitements sexologiques, en plus d'explorer l'influence des TIE sur cette amélioration. Effectivement, pour les patients présentant des difficultés sexuelles ou une faible satisfaction sexuelle, la thérapie sexuelle est une option de traitement fréquemment utilisée (Jones et McCabe, 2011 ; Soleimani et al., 2015), mais plusieurs facteurs peuvent influer sur son efficacité. Notre hypothèse était que la thérapie sexuelle augmenterait significativement le niveau de satisfaction sexuelle des patients. Nos résultats montrent qu'entre le prétest et le post-test, les patients rapportent en moyenne une amélioration significative de leur niveau de satisfaction sexuelle. Ainsi, le traitement sexologique qu'ils ont reçu apparaît comme une solution efficace pour améliorer leur niveau de satisfaction sexuelle.

Une autre hypothèse était que les patients présentant le moins de TIE montreraient les plus grands progrès. Après avoir divisé les patients en trois groupes en fonction de leur

niveau de progression (inférieur à la moyenne ; 24,3% ; dans la moyenne ; 59,5% ; et supérieur à la moyenne ; 16,2%), les résultats ont infirmé notre hypothèse. En effet, le groupe situé au-dessus de la moyenne d'amélioration de la satisfaction sexuelle rapporte les taux les plus élevés de TIE. En effet, bien que les patients déclarant plus de trois formes différentes de traumas rapportaient une satisfaction sexuelle nettement inférieure à la moyenne au prétest, ils avaient progressé à un niveau similaire de satisfaction sexuelle aux autres patients au post-test. Ce qui leur permet donc d'endosser la plus grande progression. Le groupe démontrant une amélioration moyenne de la satisfaction sexuelle différait peu des deux autres groupes. En effet, les deux groupes présentant la distinction la plus élevée en termes de corrélats étaient les groupes inférieurs et supérieurs à la moyenne. Bien que le cumul de TIE soit documenté comme pouvant nuire aux résultats thérapeutiques, les résultats actuels suscitent beaucoup d'espoir pour les survivants. Plus précisément, bien que les survivants de TIE cumulatif rapportent moins de satisfaction sexuelle que les autres patients en début de traitement, ce qui est consistant avec les données empiriques documentées (Harkness et al., 2012), les traitements sexologiques semblent efficaces pour augmenter leur niveau de satisfaction sexuelle.

Représentations d'attachement à l'âge adulte. Une seconde caractéristique individuelle explorée dans le cadre de cette thèse est l'attachement. Les analyses descriptives menées pour les trois articles ont démontré qu'environ 80% des patients de notre échantillon rapportent un attachement insécurisant, alors que ce taux est d'environ une personne sur deux dans la population générale (Pistole, Roberts et Chapman, 2010). Ces résultats démontrant une prévalence d'attachement insécurisant dans notre échantillon d'adultes consultant en thérapie sexuelle sont cohérents avec les études antérieures (e.g., Butzer et Campbell, 2008 ; Diener & Monroe, 2011).

Également, dans le cadre du premier article, des régressions linéaires ont permis de pour tester deux interactions triples. La première a examiné l'effet modérateur de

l'interaction entre le sexe et l'anxiété d'abandon, dans la relation entre le cumul de TIE et chaque aspect de l'alliance thérapeutique. Les résultats non significatifs rejoignent ceux obtenus par d'autres études sur le sujet (Bachelor, Meunier, Laverdiére et Gamache, 2010 ; Smith, Msetfi et Golding, 2010 ; Tasca et al., 2007). Effectivement, les patients démontrant un attachement anxieux tendent à éprouver le besoin de se sentir émotionnellement proches et connectés à leurs thérapeutes, et à démontrer le désir de s'engager pleinement dans la relation thérapeutique (Cassidy, Shaver, Mikulincer et Lavy, 2009 ; Mikulincer et Shaver, 2007 ; Smith et al., 2010 ; Tasca et al., 2007). Ce qui peut expliquer que cette dimension de l'attachement ne fasse pas entrave à la création de l'alliance thérapeutique en début de suivi. En contrepartie, les analyses de modération ont révélé un effet modérateur de l'attachement évitant et du genre sur la relation qui unit les TIE et la dimension d'accord sur les tâches de l'alliance thérapeutique. Ces résultats confirment l'intérêt d'évaluer l'attachement évitant chez les patients, cette dimension pouvant influer sur le développement de l'alliance thérapeutique. Cette tendance à l'évitement pourrait interférer avec la capacité des patients à reconnaître leur souffrance, leur besoin de soutien et l'importance de leur relation avec leur thérapeute (Cassidy, Shaver, Mikulincer et Lavy, 2009 ; Mikulincer et Shaver, 2007 ; Smith et al., 2010 ; Tasca et al., 2007). De plus, ne pas accomplir les tâches et « devoirs » à faire la maison pourrait être pour les individus évitants une façon de conserver une distance émotionnelle et une indépendance face au thérapeute (Smith et al., 2010). Ces résultats soulignent également que le vécu de TIE semble activer des schémas relationnels ou répercussions émotionnelles spécifiques, comme le sentiment de trahison, le niveau de détresse psychologique, et les symptômes d'état de stress post-traumatiques, de dépression et de dissociation (Martin, Cromer, DePrince et Freyd, 2013). Ces variables potentiellement modératrices ou médiatrices seraient à étudier dans les études futures, particulièrement chez les hommes, afin de mieux saisir la façon dont le vécu de trauma peut influencer la formation de l'alliance thérapeutique.

Pour ce qui est des analyses prétest et post-test évaluant l'amélioration de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin d'une intervention sexologique, l'une des hypothèses était que les patients présentant moins d'insécurité d'attachement et de difficultés à former une alliance thérapeutique montreraient les plus grands progrès. Cette hypothèse est confirmée, puisque les résultats ont montré que les patients présentant l'anxiété d'abandon la plus faible avant le traitement affichaient des progrès importants après le traitement. En effet, les patients du groupe inférieur à la moyenne ont rapporté un niveau d'attachement anxieux plus important que le groupe supérieur à la moyenne. Ces résultats sont cohérents avec les études précédentes mettant en évidence une relation entre la satisfaction sexuelle, le progrès en thérapie et les représentations d'attachement (Butzer et Campbell, 2008 ; Riggs, 2010). Bref, les résultats soulignent des caractéristiques inhérentes aux patients et à leurs capacités relationnelles dans leur progrès en thérapie, ces dernières pouvant influencer leur degré de satisfaction sexuelle.

On remarque ainsi un double effet de l'anxiété d'abandon sur l'alliance thérapeutique et l'issue des traitements. Effectivement, les données obtenues soulèvent que l'anxiété d'abandon ne semble pas avoir d'influence sur l'alliance thérapeutique et l'engagement en début de traitement, mais pourrait toutefois avoir un effet délétère à long terme lorsque la fin du suivi approche.

État de santé physique. Une autre caractéristique individuelle étudiée était l'état de santé physique des patients. L'un des objectifs de l'étude visait à évaluer la présence de profils d'état de santé physique chez les patients de thérapie sexuelle, et à comparer ces profils au sujet de leur satisfaction sexuelle, passé traumatique, et difficultés d'attachement et d'établissement de l'alliance thérapeutique. Les profils se sont démarqués selon la fréquence de prise de médicaments, de consultations médicales et de visites aux urgences chez les patients, de la présence de problèmes de santé chronique, et de leur perception générale de leur propre état de santé. Les résultats de

nos analyses de classification hiérarchique mettent en évidence l'hétérogénéité des états de santé dans notre échantillon. Plus spécifiquement, trois profils ont été identifiés (« En bonne santé » ; 48,2% ; « Inconfort chronique » ; 33,2% ; et « Centrés sur les médicaments » ; 18,6%). Ces profils ont montré des différences dans plusieurs corrélats associés à la santé sexuelle et au succès thérapeutique, soit leur degré de satisfaction sexuelle, l'accumulation de TIE, leurs représentations de l'attachement, leurs difficultés à créer une alliance thérapeutique solide, le temps écoulé depuis les premières manifestations de leurs difficultés sexuelles, ainsi que le nombre de professionnels qu'ils ont consultés dans le passé pour y remédier.

Plus précisément, parmi ces trois profils, celui intitulé « En bonne santé » inclut les patients présentant le meilleur état de santé général. Ils signalaient également moins de TIE et d'attachement insécurisant, une plus forte alliance thérapeutique et une plus grande satisfaction sexuelle comparativement aux deux autres profils.

Ensuite, les patients du profil « Inconfort chronique » étaient les seuls à mentionner des problèmes de santé chroniques, tous les patients de ce profil en signalant. Ce profil se distingue également au niveau des représentations d'attachement, autant anxieux qu'évitant. En effet, bien que ce profil ne se distingue pas significativement du profil « Centré sur la médication », il se distingue du profil « En bonne santé » avec les scores les plus élevés d'insécurités d'attachement. Selon le modèle de compréhension de l'utilisation des soins de santé en fonction de l'attachement de Ciechanowski (2002), un attachement non sécurisant serait associé à davantage de symptômes physiques et de consultations médicales (Ciechanowski et al., 2002), ainsi qu'à une évaluation moins positive de son état de santé générale (Bennett, Fuertes, Ketitel et Phillips, 2011). Il apparait ainsi cohérent que les patients de ce profil soient ceux rapportant le plus de problèmes de santé chronique et le plus de visites médicales.

Quant au dernier profil, celui nommé « Centré sur les médicaments », il indique la plus forte utilisation de médicaments, même si leur état de santé est généralement bon. Les patients de ce profil se distinguent également par des scores plus faibles d'alliance thérapeutique et de satisfaction sexuelle. En effet, bien que ce profil ne se distingue pas significativement du profil « Inconfort chronique », il se différencie malgré tout du profil « En bonne santé ». Il est à noter que plusieurs médicaments (ex. : antidépresseur et antidouleur) tendent à interférer avec la réponse sexuelle, et avec la sensation de satisfaction sexuelle, ce qui peut influer négativement la satisfaction sexuelle des patients (Clayton et al., 2014 ; Gallach et al., 2018). Les profils « Inconfort chronique » et « Centré sur les médicaments » montrent cependant des taux similaires de TIE et de professionnels de la santé consultés au sujet des difficultés sexuelles, en plus de durée similaire de la présence du motif de consultation ayant incité la demande de consultation actuelle (en moyenne 8,5 ans pour le profil « Inconfort chronique » et 10 ans pour le profil « Centré sur les médicaments »). Il importe de souligner que les patients ayant participé à l'étude rapportent une durée moyenne des difficultés ayant motivé leur consultation de 7 ans, la durée la plus élevée rapportée étant de 45 ans, ce qui illustre une certaine chronicité des difficultés ou attente avant la demande d'aide en thérapie sexuelle.

Les résultats obtenus confirment ainsi l'une des hypothèses émises, qui stipulait que les profils présentant un statut de santé plus faible, indiqueraient plus de TIE et d'insécurité d'attachement, une alliance thérapeutique plus faible et des niveaux de satisfaction sexuelle plus faibles. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'études précédentes mettant en évidence le lien entre les difficultés sexuelles et des symptomatologies de santé complexes (Ishak et al., 2010 ; Tan et al., 2012 ; Xie et al., 2012). En effet, les thérapeutes peuvent rencontrer des patients présentant des profils de santé très diversifiés.

Au sujet des facteurs sociodémographiques, les profils ne diffèrent pas en termes de genre et de revenu annuel. Cependant, les patients du profil « En bonne santé » ont déclaré être significativement plus jeunes. Ainsi, l'âge plus avancé des profils « Inconfort chronique » et « Centré sur les médicaments » pourrait expliquer la présence de davantage de problèmes de santé, de consultations médicales et de prise de médicament chez ces patients. Ce résultat est également cohérent également avec la plus longue duration de leurs difficultés comparativement au profil « En bonne santé ». Ainsi, ces données soulèvent que l'apparition de difficultés de santé avec l'âge se cumulant aux difficultés sexuelles semble placer ces patients dans des situations de santé sexuelle, physique et mentale complexe, et être associée à de la détresse.

5.1.3 Retour sur les caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques

En plus des caractéristiques propres aux patients pouvant influencer leur prise en charge, cette thèse a pris en considération les caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques, tel que recommandé par le modèle de Zilcha-Mano (2017). Ces caractéristiques comprennent notamment l'alliance thérapeutique et la trajectoire de soins, et leur compréhension permet de contribuer aux connaissances au sujet de l'évaluation et de l'intervention auprès des patients de thérapie sexuelle.

Trajectoire de soins. L'un des objectifs de ce projet de thèse était d'évaluer la présence de profils d'utilisation des services de santé chez les patients de thérapie sexuelle. Tel que précisé précédemment, ces profils sont distingués en fonction de la fréquence de prise de médicaments, de consultations médicales et de visites aux urgences des patients, de la présence de problèmes de santé chronique, et de leur perception générale de leur propre état de santé. Les analyses de classification hiérarchique soulèvent l'hétérogénéité des modes d'utilisation des services médicaux chez nos participants.

Plus exactement, parmi les trois profils, celui intitulé « En bonne santé » comprend les patients présentant le moins de visites médicales et de consommation de médicaments. Puis, le profil « Inconfort chronique » regroupe les patients signalant le plus grand nombre de visites à l'urgence. Considérant que ces patients démontrent des taux élevés d'attachement anxieux et évitant, les représentations d'attachement gagnent à être prises en considération dans l'interprétation de ces données. En effet, les patients présentant un niveau élevé d'anxiété d'abandon auraient tendance à avoir besoin de consultations plus fréquentes avec leurs professionnels de la santé, de façon à sentir que leur relation professionnelle est solide (Ciechanowski et al., 2002). D'autre part, les patients rapportant un attachement évitant peuvent avoir tendance à éviter les formes de soins de santé plus intimes, comme des visites régulières auprès d'un même professionnel, et peuvent opter plutôt pour des visites irrégulières avec divers prestataires dans plusieurs systèmes de soins différents, comme des salles d'urgence ou des cliniques sans rendez-vous (Ciechanowski et al., 2002). Ces deux éléments complémentaires expliquant les hauts niveaux de consultation à la salle d'urgence dans ce groupe.

Pour ce qui est du profil nommé « Centré sur les médicaments », malgré un état de santé satisfaisant, il rapporte la plus grande utilisation de médicaments. Concernant le faible niveau d'alliance thérapeutique rapporté dans ce profil, ces résultats soulèvent l'hypothèse que le fait d'avoir de la difficulté à adhérer à des traitements et prises en charge peut être associé à une surutilisation des médicaments et des auto-traitements, afin d'éviter un suivi au sein d'une relation thérapeutique.

Ces données confirment ainsi l'une de nos hypothèses selon laquelle les profils présentant plus de TIE et d'insécurité d'attachement, ainsi qu'une alliance thérapeutique et une satisfaction sexuelle plus faible et des niveaux de satisfaction sexuelle plus faibles démontreraient également une utilisation accrue des services de santé et des médicaments. Les données soulignent également l'importance de

questionner les éventuels obstacles rencontrés par les patients dans la trajectoire qui les a conduits à la prise en charge actuelle de leurs difficultés sexuelles, de façon à mieux comprendre leurs expériences, et le temps écoulé entre les premières manifestations de difficultés sexuelles et la consultation en cours. Les résultats sensibilisent aux déceptions thérapeutiques potentielles que les clients pourraient avoir rencontrées (p. ex., les listes d'attente, les recherches d'aide qui n'ont pas mené à des amélioration), et leurs associations avec la satisfaction sexuelle, les TIE, l'attachement et l'alliance thérapeutique. Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation clinique globale systémique de ces variables en milieu clinique. En effet, il est documenté que le fait de vivre avec sa difficulté sexuelle depuis de nombreuses années et d'avoir passé beaucoup de temps sur une liste d'attente est associé à une moins forte alliance thérapeutique (Carter et al., 2012 ; Kishi et al., 2011 ; Rickwood et al., 2007). Ces données suggèrent que les thérapeutes sexuels gagneraient à investiguer les stratégies d'aide et de recherche de services de santé de leurs patients, ces derniers affichant des trajectoires de soins complexes.

Alliance thérapeutique. Tel que mentionné plus tôt, les analyses statistiques menées pour répondre au premier objectif ont révélé un effet modérateur de l'attachement évitant et du genre sur la relation qui unit les TIE et la dimension d'accord sur les tâches de l'alliance thérapeutique. Toutefois, il n'y a aucun effet modérateur de l'anxiété liée à l'abandon avec les autres dimensions de l'alliance thérapeutique. Nous remarquons ainsi rôle central joué par la cohérence entre les tâches proposées par le thérapeute, ainsi que la perception et le respect du patient envers ces tâches. En effet, les patients qui acceptent ces tâches auraient également tendance à avoir une meilleure observance des « devoirs » prescrits par le thérapeute, et cette observance prédirait de manière positive le succès du traitement (Bordin, 1979 ; Dunn, Morrison et Bentall, 2002 ; Franco, 2012 ; Kazantzis, Deane et Ronan, 2000). La documentation scientifique actuelle révèle également que les tâches thérapeutiques sont particulièrement difficiles à maintenir chez les patients présentant des niveaux élevés d'attachement évitant.

Effectivement, apporter des « devoirs » à la maison peut être perçu par le patient comme une intrusion du thérapeute dans leur vie privée, alors que les personnes ayant un attachement évitant peuvent préférer tenir émotionnellement le thérapeute à distance (Smith et al., 2010). Les tâches thérapeutiques comportent également un certain risque de ramener des souvenirs traumatiques, ce que les patients évitants préfèrent généralement éviter (Hoffart et al., 2013).

Également, l'amélioration de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin du suivi en sexologie clinique, et l'influence de l'alliance thérapeutique sur cette amélioration ont été exploré. L'hypothèse était que les patients présentant moins de difficultés à former une alliance thérapeutique montreraient les plus grands progrès. Cette hypothèse est confirmée. Après avoir divisé les patients en trois groupes selon leur niveau d'amélioration (inférieur à la moyenne; moyen; et supérieur à la moyenne), les données ont démontré que ceux présentant l'alliance la plus forte avant la thérapie endossaient les progrès les plus importants après la thérapie.

Pour le groupe inférieur à la moyenne, comparativement au groupe supérieur à la moyenne, les patients ont signalé un niveau d'alliance thérapeutique plus faible. Ils montraient significativement une alliance thérapeutique plus faible au niveau du score total et des dimensions de l'accord sur les objectifs et les tâches. Dans le groupe supérieur à la moyenne, comparativement au groupe inférieur à la moyenne, les patients ont signalé des niveaux d'alliance thérapeutique plus élevés. Ces résultats sont en cohérence cohérents avec les études antérieures révélant un lien entre la satisfaction sexuelle, l'amélioration la thérapie et l'alliance thérapeutique (Horvath et al., 2011 ; Riggs, 2010).

5.2 Implications pour la pratique

Les résultats obtenus dans cette thèse ont permis de documenter l'interaction et les mécanismes reliant le passé de TIE, les représentations d'attachement, l'état de santé physique, les trajectoires de soins, l'alliance thérapeutique et la satisfaction sexuelle chez les adultes consultant en thérapie sexuelle. À la lumière de ces nouvelles données, des recommandations peuvent être émises aux cliniciens afin de les aider à orienter leur pratique et leurs interventions.

5.2.1 Implications découlant des analyses liées aux caractéristiques propres aux patients

Les résultats obtenus par la présente thèse soulèvent plusieurs recommandations cliniques concernant les caractéristiques propres aux patients. Principalement, l'ensemble des données soulignent les taux très élevés de TIE et d'attachement insécurisant chez les patients de thérapie sexuelle. Les résultats suggèrent que les expériences traumatiques passées, les représentations d'attachement et l'état de santé devraient être soigneusement évalués chez les patients de thérapie sexuelle.

Traumas interpersonnels en enfance. Les résultats de cette étude suggèrent que les expériences traumatiques passées, leur cumul et les répercussions associées gagnent à être évalués et pris en charge chez les patients de thérapie sexuelle, étant leur forte prévalence, et leur association avec l'attachement, l'alliance thérapeutique, ainsi que l'état et la trajectoire de santé.

Compte tenu de nos résultats, et des travaux de Finkelhor et ses collègues (2007) et de Mossige et Huang (2017), nous pouvons également appuyer l'importance d'un dépistage précoce des TIE, qui devrait prendre en compte le vécu des différentes expériences de mauvais traitement (p. ex., agression sexuelle, psychologique et

physique, négligence, exposition à la violence et victimisation par les pairs) et de leur cumul. Toujours en s'appuyant sur ces auteurs et sur les résultats de cette thèse, il semble que le cumul de quatre formes de TIE ou plus soit un indicateur clé dans la prédiction des difficultés de satisfaction sexuelle et le développement de l'alliance thérapeutique chez les patients de thérapie sexuelle. Ainsi, les cliniciens gagnent à être sensibles aux répercussions à long terme du vécu de TIE de leurs patients, tout en portant une attention particulière la complexité des répercussions et symptômes chez ceux ayant vécu quatre formes de TIE et plus.

De même, les résultats démontrés par le volet évaluant l'amélioration de la satisfaction entre le prétest et le post-test sont porteurs d'espoir. En effet, ils indiquent que les patients déclarant le plus de TIE étaient également ceux qui affichaient la plus grande augmentation de leur satisfaction sexuelle, en débutant le traitement avec un niveau de satisfaction nettement inférieur à la moyenne de l'échantillon, mais terminant le traitement avec un niveau similaire à la moyenne de l'échantillon. Ces résultats sont très encourageants pour les survivants de traumas et leurs thérapeutes, et mettent en évidence la nature relationnelle des blessures psychiques et relationnelles causées par les TIE, qui tend à altérer la capacité des victimes à percevoir leur environnement et les personnes comme dignes de confiance (Cloitre, Cohen et Scarvalone, 2002). De ce fait, leur traitement pourrait être favorisé par une relation thérapeutique solide. Par exemple, le traitement psychothérapeutique peut être une opportunité de développer une relation sécure avec une personne avisée et de confiance, et grâce à la thérapie, les patients peuvent apprendre à se sentir en sécurité dans une relation interpersonnelle (Geller et Porges, 2014), ce qui souligne l'importance pour les thérapeutes d'évaluer et d'investir la qualité de leur relation avec les patients victimes de violence. En résumé, toutes ces données soulignent l'importance d'être sensibilisés et formés en profondeur au sujet des TIE pour tous les cliniciens travaillant avec des patients présentant des difficultés sexuelles.

Représentations d'attachement à l'âge adulte. Considérant l'effet modérateur de l'attachement évitant sur la relation unissant les TIE et la dimension des tâches de l'alliance thérapeutique, significatif chez les femmes de notre échantillon, chez les patientes très évitantes il apparait crucial de cibler les schémas d'attachement évitant dès les premiers stades de l'intervention. Par exemple, l'Emotion Focused Therapy (EFT) est reconnu comme très efficace auprès des individus ayant vécu des TIE, en intervenant directement au niveau de la relation d'attachement primaire et mettant en place un contexte sécuritaire sensible pour les survivants (Johnson, 2002 ; MacIntosh et Johnson, 2008). Des évaluations et des interventions précoces basées sur l'attachement pourraient permettre de détecter rapidement les obstacles potentiels à la qualité de l'alliance thérapeutique et d'intervenir rapidement, ce qui pourrait influencer positivement l'efficacité du traitement.

De même, les résultats obtenus lors des analyses mesurant l'amélioration de la satisfaction entre le prétest et le post-test mettent encore une fois en évidence une prévalence élevée d'attachement insécurisant dans notre échantillon. Plus précisément, les patients présentant le plus faible niveau d'amélioration de leur satisfaction sexuelle entre le pré et le post-test sont également ceux manifestant la plus forte anxiété d'abandon. Par le fait même, les patients présentant les progrès les plus importants sont ceux présentant le moins d'anxiété d'abandon. Ceci est cohérent avec les résultats obtenus par Levy et ses collègues (2011), stipulant que les patients présentant un attachement anxieux plus élevé tendent à démontrer de plus faibles progrès en thérapie, alors que l'attachement évitant n'apparait pas associé significativement au progrès. Ces résultats soulignent ainsi le rôle fondamental de la perception positive de soi pour l'épanouissement sexuel et la satisfaction sexuelle (Brassard, Dupuy, Bergeron et Shaver, 2015), alors que les individus démontrant un attachement anxieux ont plutôt tendance à avoir une faible sensation d'avoir de la valeur (Godbout et al., 2017 ; Mikulincer et Goodman, 2006). Pour expliquer le fait que certains patients ont régressé en cours de traitement, il est à noter que les personnes vivant avec un attachement

anxieux ont tendance à être très sensibles au rejet, et que la fin d'un suivi thérapeutique peut être vécue comme une forme d'abandon (Marmarosh et Tasca, 2013). Ainsi, ces patients tendraient à régresser lorsque la fin du traitement approche (Zilberstein, 2008). Au niveau de l'évitement de l'intimité, nos résultats soulèvent sa faible influence sur la progression de la thérapie sexuelle. Effectivement, dans le cadre du présent projet de thèse, des résultats ont révélé que l'évitement influe de manière significative sur l'alliance thérapeutique uniquement lorsqu'en interaction avec une accumulation de TIE. En résumé, en particulier chez les patients anxieux, il semble crucial de cibler les représentations d'attachement à la fois en début et en fin d'intervention.

État de santé physique. Les corrélats étudiés à travers les profils d'état de santé permettent d'émettre des recommandations cliniques pour les praticiens. Tout d'abord, les résultats soulignent le très faible niveau de satisfaction sexuelle chez les patients consultant en thérapie sexuelle. En effet, bien que le groupe intitulé « En bonne santé » présente l'état de santé le plus positif et le niveau de satisfaction sexuelle le plus élevé de notre échantillon, avec une moyenne de 21,9 (E.T. = 6,5), ce score demeure nettement inférieur à celui retrouvé dans la population générale (M = 27,3 ; E.T. = 6,6) (Bigras, Daspe et al., 2017). Ce même groupe, même s'il démontre les plus faibles niveaux de TIE et d'attachement insécurisant de notre échantillon, continue d'afficher des taux nettement supérieurs à ce qu'on retrouve dans la population générale et dans d'autres échantillons cliniques (Berthelot, Godbout et al., 2014 ; Bigras, Daspe et al., 2017 ; Brodsky et al., 2001 ; Pistole et al., 2010). Ce qui ajoute à l'importance pour les professionnels de la santé sexuelle de rester vigilants face aux multiples facteurs de risque pour la santé physique et sexuelle (attachement et TIE, par exemple) auprès de tous les patients évoquant des difficultés sexuelles et de viser une évaluation clinique globale avec chacun d'eux, même s'ils semblent en bonne santé.

5.2.2 Implications découlant des analyses liées aux caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques

Les résultats de la présente thèse mettent en évidence plusieurs recommandations cliniques concernant les caractéristiques propres aux suivis thérapeutiques. Principalement, l'ensemble des données soulignent le rôle central de l'alliance thérapeutique et son interaction avec les autres variables d'intérêt. Les données proposent que l'alliance thérapeutique devrait être évaluée chez tous les patients de thérapie sexuelle. Ces résultats nous amènent à recommander aux thérapeutes de s'assurer de créer rapidement une alliance thérapeutique avec les patients, afin d'optimiser les avantages du traitement.

Trajectoire de soins. Les résultats obtenus lors du volet étudiant les profils d'utilisation des services de santé nous mènent à proposer des recommandations cliniques. Effectivement, le profil nommé « Inconfort chronique » se distingue par le plus haut niveau de visites médicales et de problèmes chroniques de santé. Compte tenu des besoins et de l'utilisation des services de soins élevés de ces patients, ce profil pourrait être celui générant le plus de coûts pour le système de santé. Il signale aussi un haut niveau d'attachement insécurisant. Certaines études ont souligné le rôle central des représentations d'attachement dans les habitudes d'utilisation des services de soins (Ciechanowski, Walker, Katon et Russo, 2002 ; Bennett et al., 2011). En effet, les patients présentant un niveau élevé d'anxiété d'abandon auraient tendance à rechercher des consultations fréquentes avec leurs professionnels, de façon à maintenir leur relation (Ciechanowski et al., 2002). D'autre part, les patients rapportant un attachement évitant ont tendance à favoriser les traitements dans lequel ils se sentent en contrôle et autonomes (Ciechanowski et al., 2002). Cependant, un haut niveau d'évitement de l'intimité est également associé à des difficultés pour exprimer les vulnérabilités à leurs thérapeutes et à une faible adhésion au traitement (Bennett et al., 2011 ; Paivio et Cramer, 2004). En d'autres termes, leur alliance thérapeutique pourrait

être affectée, et il apparait essentiel de respecter leur rythme et leur besoin d'autonomie (Ciechanowski et al., 2002 ; Smith et al., 2010). Bref, ces résultats soulignent l'importance non seulement d'évaluer les représentations d'attachement des patients présentant des difficultés sexuelles, mais également leurs besoins et habitudes de recherche de soins.

Le profil intitulé « Centré sur la médication », quant à lui, inclut des patients signalant un très haut taux de TIE et vivant avec leur difficulté sexuelle depuis en moyenne 10 ans. La documentation scientifique suggère que plus une personne attend longtemps avant de recevoir des soins lorsqu'elle présente des symptômes, plus ces difficultés tendent à être difficiles à traiter et l'observance au traitement peut s'avérer ardue (Kishi, Meller, Kathol et Swigart, 2004 ; Rickwood, Deane et Wilson, 2007). Ces éléments concordent avec le fait que ce profil indique également une faible capacité à former une alliance thérapeutique, ainsi qu'un faible niveau de satisfaction sexuelle. Selon des études soulignant que les patients présentant des taux élevés de TIE et de difficultés sexuelles entraînent généralement des coûts élevés pour le système de santé (Bonomi et al., 2008 ; Xie et al., 2012), ce profil pourrait également être associé à des coûts importants. Ces données soutiennent que les cliniciens ont intérêt à évaluer la cooccurrence de plusieurs facteurs de risque chez les patients, ainsi que les impacts potentiels sur leur santé physique, mentale et sexuelle. Cette évaluation pourrait assurer que chacune de ces facettes est abordée et que les patients peuvent adhérer pleinement aux traitements proposés. À long terme, une prise en charge holistique pourrait même réduire les coûts de soins de santé (Hibbard et Greene, 2013). Les résultats soulignent aussi la pertinence de prendre en compte pendant combien de temps les patients ont vécu avec leurs difficultés sexuelles avant consulter, ainsi que leurs réflexes de recherche d'aide. Selon nos données, ces éléments pourraient effectivement être des indicateurs permettant d'identifier les représentations d'attachement des patients (ex. : consultations plus fréquentes tendent à être associées à l'anxiété d'abandon, et attente plus longue à évitement de l'intimité).

Ces données soulèvent également la pertinence pour les cliniciens de mettre rapidement en place des stratégies afin de solidifier l'alliance thérapeutique avec leurs patients, afin de favoriser l'adhésion aux suivis. Effet, la modélisation de parcours de soins longs et parsemés d'obstacles révèle que plusieurs individus présentant des difficultés sexuelles n'ont pas eu accès à des prises en charge précoce et efficace, ce qui est pourtant reconnu comme étant la ligne directrice à favoriser (Colson et Roussey, 2013 ; Nelson, Warren, Gleave et Burlingame, 2013).

Les résultats soulignent également un potentiel besoin de formation au sujet de la sexualité chez les professionnels de la santé (ex. : les médecins), afin de leur permettre de dépister précocement les difficultés sexuelles chez leurs patients. En effet, il est documenté que seulement 35 % des patients tendent à spontanément signaler la présence d'une difficulté sexuelle à leur médecin, alors que ce taux s'élève à 69 % lorsque le médecin questionne directement le sujet (Bonierbale et Tignol, 2003). De même, plusieurs professionnels de la santé soulèvent qu'il serait difficile et intimidant pour eux d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients (Quinn, Happell et Brown, 2011). Certains médecins révèlent avoir peur d'ouvrir une « boîte de Pandore » en questionnant la sexualité par crainte de recevoir des informations alors qu'ils n'auraient pas le temps ou les connaissances requises pour bien les traiter.

Alliance thérapeutique. Considérant que l'interaction entre les TIE et le niveau d'évitement de l'intimité du patient semble faire fluctuer l'accord sur les tâches thérapeutiques, les interventions mises en place devraient être particulièrement orientées vers l'amélioration de l'observance et du respect des tâches, tout en tenant compte des représentations d'attachement du patient. En effet, quelques études ont souligné que la conformité aux tâches thérapeutiques peut efficacement prévoir l'issu des traitements psychothérapeutiques (p. ex., Horvath et al., 2011 ; Hoffart et al., 2013 ; Kazantzis et al., 2000). Plus spécifiquement, selon la littérature et nos résultats, une stratégie efficace serait d'adapter les interventions qui soutiennent la création de

l'alliance thérapeutique et l'accord sur les tâches dès les premières phases de la thérapie sexuelle, une alliance créée rapidement étant un facteur prédictif de succès thérapeutique (Horvath, 2001). Pour se faire, il importe de demeurer attentif aux manifestations d'évitement de l'intimité et au besoin d'indépendance présenté par les patients évitants. Certains auteurs recommandent en effet d'accorder une attention particulière aux besoins et aux capacités des patients en termes de tâches lors des premières séances de traitement afin de renforcer l'alliance thérapeutique (Horvath et al., 2011 ; Hoffart et al., 2013). De même, puisque l'alliance thérapeutique est un phénomène en constante évolution, il est également suggéré d'évaluer son état à divers moments de la thérapie et de l'aborder au besoin avec les patients ou les superviseurs (e.g., Safran et Muran, 1996 ; 2000).

Rappelons que l'alliance thérapeutique, formée aux premiers stades du traitement, a été maintes fois documentée comme un élément clé du succès thérapeutique dans divers contextes cliniques (Bennett et al., 2011 ; Ferreira et al., 2013 ; Horvath et al., 2011 ; Sharf et al., 2010), mais son rôle dans l'amélioration de la satisfaction sexuelle par le biais d'une thérapie sexuelle n'avait pas encore été évalué empiriquement. Nos résultats indiquent que les patients les plus aptes à nouer rapidement une alliance thérapeutique avec leur thérapeute étaient également ceux dont l'amélioration de la satisfaction sexuelle était la plus élevée à la fin du traitement. Le score total de mesure d'alliance thérapeutique a été trouvé significatif, ainsi que les sous-échelles d'accord sur les tâches et sur les objectifs. Ces résultats sont cliniquement intéressants, puisqu'ils proposent aux thérapeutes un moyen clair et direct de mesurer l'engagement de leurs patients en traitement (p. ex., les patients s'engagent-ils dans leurs objectifs, leurs tâches et leurs devoirs ?). Ainsi, pour optimiser les bénéfices thérapeutiques, les cliniciens auraient avantage à évaluer au cours des premières semaines de traitement le niveau d'alliance thérapeutique chez les patients. Ainsi, comme le suggèrent les auteurs travaillant sur l'alliance thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2003 ; Bertakis et Azari, 2011), les thérapeutes sont invités à personnaliser leurs interventions pour

améliorer le niveau d'alliance et, potentiellement, le changement en cours de traitement. Par exemple, des auteurs recommandent de s'assurer d'instaurer un cadre empreint de confiance et de respect avec les patients, de viser de développer une relation égalitaire avec ces derniers, et de reconnaitre leurs ressources personnelles (Ackerman et Hilsenroth, 2003 ; Bertakis et Azari, 2011).

5.3 Contribution sexologique et interdisciplinaire

Le modèle théorique présenté par Zilcha-Mano (2017) au sujet des dimensions de l'alliance thérapeutique permet une analyse interdisciplinaire autant des facteurs influençant les suivis en thérapie sexuelle, en faisant le lien entre les caractéristiques propres aux patients, et les caractéristiques propres aux suivis. Rappelons que le sujet de la présente étude n'est pas l'efficacité des approches employées par les thérapeutes, mais plutôt les caractéristiques inhérentes aux patients (i.e., les TIE, les représentations d'attachement et l'état de santé) et les caractéristiques liées directement aux suivis thérapeutiques (i.e., le niveau d'alliance thérapeutique et le parcours de soins).

Pour mieux comprendre ce phénomène, l'interprétation et l'analyse des données devaient nécessairement être biopsychosociales et interdisciplinaires, et intégrer toutes ces variables qui touchent autant les domaines biomédicaux, socioculturels que psychologiques et cliniques. En effet, les résultats ont permis de mettre en lumière l'inter influence entre les trajectoires de soins et de recherche d'aide, l'état de santé, ainsi que la capacité à former une alliance thérapeutique, les représentations d'attachement et les TIE. De même, il a été démontré que chez les patients consultant en thérapie sexuelle, les femmes semblent subir davantage de répercussions traumatiques, et que cela serait associé à un plus grand cumul de trauma, et une plus grande vulnérabilité sociale (p. ex., revenus plus faibles et statut d'emploi plus

précaire). L'importance des facteurs relationnels (ex.: attachement, et alliance avec son thérapeute) sur la sexualité et les répercussions traumatiques a été soulevée dans le troisième volet de la thèse, puisque les patients accusant la plus grande amélioration dans leur niveau de satisfaction sexuelle sont également ceux rapportant l'attachement le plus sécurisant, l'alliance la plus solide, et le plus de cumul de traumas.

Pour ce qui est de l'avancement des connaissances sexologiques, les données issues de cette thèse sont un pas de plus vers une compréhension globale du processus thérapeutique en place dans le traitement des difficultés sexuelles et de l'insatisfaction sexuelle. Entre autres, les trajectoires de soins et l'alliance thérapeutique n'avaient pas encore été étudiées auprès de la clientèle présentant des difficultés sexuelles et consultant en thérapie sexuelle, alors que ce traitement fait partie intégrante de leur parcours de soins. De même, les données empiriques que nous avons obtenues suggèrent que les TIE et l'attachement pourraient tenir une place essentielle dans le développement de l'alliance thérapeutique chez ces patients. De même, ces trois variables affecteraient le niveau d'amélioration de la satisfaction sexuelle en cours de thérapie chez les patients. Ces données permettent d'optimiser la formation des sexologues cliniciens en les sensibilisant à l'importance de la répercussion de ces variables sur la sexualité des patients et sur leurs suivis, de façon à les orienter plus facilement vers la mise en place d'interventions adaptées.

5.4 Limites et avenues de recherche

Malgré son caractère novateur et le fait qu'il s'agisse à notre connaissance de la première étude à explorer l'amélioration de la satisfaction sexuelle dans un contexte de thérapie sexuelle en milieu naturel, l'interrelation de corrélats ciblés (TIE, attachement et alliance thérapeutique), et la trajectoire d'utilisation des services de santé des patients

présentant des difficultés sexuelles, les conclusions tirées devraient être modérées en tenant compte de ses limites.

5.4.1 Limites de la thèse

Les conclusions de cette thèse doivent être tempérées par la prise en compte de ses limites. Premièrement, il est à noter que l'échantillon utilisé n'est pas représentatif de l'ensemble des patients de thérapie sexuelle, puisqu'il s'agit de patients qui utilisent des services à tarifs réduits auprès de stagiaires en sexologie et qui indiquent de faibles revenus. Ces facteurs socioéconomiques peuvent avoir influencé certains résultats, et être en lien avec les hauts niveaux de traumas et d'attachement insécurisant rapportés. Deuxièmement, les outils de mesures employés sont tous des questionnaires auto-rapportées, plusieurs comprenant des questions rétrospectives, et ce type d'outil est sujet à un biais de rappel. Troisièmement, à propos de l'alliance thérapeutique, certaines approches thérapeutiques tendent à mettre la relation thérapeutique, ou encore les tâches et devoirs, au centre des interventions. L'approche utilisée par le thérapeute pourrait donc être à investiguer davantage dans la compréhension de l'alliance thérapeutique et de ses dimensions. Quatrièmement, cette étude n'a examiné que certaines caractéristiques des patients (TIE, attachement et état de santé) en relation avec l'alliance, bien que d'autres attributs propres aux patients (p. ex., satisfaction conjugale, ou présence d'expériences récentes de victimisation) et des thérapeutes (p. ex., l'étendue de l'expérience clinique et de la formation, ou des facteurs de personnalité) pourraient aussi influer sur l'établissement d'une alliance solide. Cinquièmement, au niveau des profils de santé, les groupes étaient divisés selon les habitudes de consultations médicales et de prise de médicaments pour des raisons de santé mentale et de santé physique, sans discrimination. Sixièmement, nous remarquons une diminution de la taille de l'échantillon entre les études transversales

des deux premiers articles, et l'étude prétest et post-test du troisième volet, représentant une attrition de près de 70%. Il est aussi important de noter que cette dernière étude ne reposait pas sur un protocole de traitement standardisé, mais plutôt sur des suivis de thérapie sexuelle effectués par des stagiaires de diverses approches en sexologie clinique. Le seul élément pouvant limiter la durée du suivi était la durée du stage, soit une année universitaire. Ainsi, les patients n'ont pas tous reçu un traitement équivalent en termes de durée. De même, le recrutement étant effectué par les stagiaires, plusieurs sont plus occupés en fin de stage et oublient ainsi la passation du questionnaire du fin de suivi. L'attrition est donc assez aléatoire, et ne signifie pas que les patients ont abandonné les suivis, mais plutôt qu'ils n'ont pas complété les questionnaires. Potentiellement, cela souligne la nécessité de former les stagiaires sur l'importance de l'évaluation en fin de suivi. Septièmement, malgré que le volet prétest et post-test représente la première étude à explorer l'effet de corrélats ciblés (TIE, attachement et alliance thérapeutique) sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle grâce à la thérapie sexuelle, la taille de cet échantillon s'est avérée limitée. Ainsi, nonobstant des tailles d'effet élevées, la puissance statistique insuffisante a donné lieu à des résultats marginalement significatifs. Huitièmement, toujours dans le volet prétest et post-test, rappelons l'une de nos hypothèses s'est avérée non fondée, puisque le cumul de TIE a été associé à une amélioration de la satisfaction sexuelle en cours de thérapie, plutôt qu'à une réduction, comme nous l'avions initialement projeté. En effet, les résultats ont montré que les survivants de trauma cumulatif ont commencé leur traitement avec un niveau de satisfaction sexuelle inférieur à la moyenne, mais l'avaient terminé avec un niveau similaire à la moyenne. Bien que ce résultat soit très encourageant pour les patients ayant subi des TIE et leur thérapeute, il convient de noter que les cliniciens qui ont traité les participants de notre échantillon étaient tous des stagiaires et étudiaient dans un département universitaire très sensibilisé aux traumas et à leurs conséquences à long terme sur la sexualité. Enfin, bien qu'il s'agisse de l'une des premières études cliniques au sujet de la thérapie sexuelle en milieu naturel, cette recherche doit être considérée comme exploratoire et être répliquée dans de plus larges échantillons.

5.4.2 Futures études

Les résultats obtenus et les lacunes à combler ouvrent la porte à de nouvelles recherches. Tout d'abord, puisque certaines approches prescrivent davantage de tâches que d'autres, et que le premier article a révélé que l'accord sur les tâches était la dimension de l'alliance thérapeutique la plus influencée par les TIE et l'attachement, il serait intéressant d'investiguer cet aspect plus en profondeur dans de futures études. Par exemple, les approches directives (p. ex., les thérapies cognitivo-comportementales) pourraient favoriser un accord de tâche plus fort que les approches moins directives (p. ex., les thérapies humanistes), alors que ces approches moins directives pourraient faciliter d'autres dimensions de l'alliance thérapeutique (le lien ou l'accord sur les objectifs). De même, le Questionnaire sur les expériences amoureuses, utilisé dans cette étude, a reçu quelques critiques (Fairchild et Finney, 2006). De futures études explorant le lien entre les TIE et l'attachement dans une clientèle consultant en thérapie sexuelle gagneraient à utiliser des mesures complémentaires telles que le *Adult Attachment Interview* (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya et Lancee, 2010). De futures études sont aussi nécessaires pour évaluer l'effet de caractéristiques propres aux patients (p. ex., détresse et anxiété liées aux difficultés sexuelles, ou niveau d'éducation sexuelle), propres aux cliniciens (p. ex., le point de vue du thérapeute sur l'alliance thérapeutique avec leurs patients) et propres aux suivis (p. ex., le caractère évolutif de l'alliance thérapeutique en cours de traitement). L'association entre les TIE et l'alliance thérapeutique doit également être approfondie dans des échantillons cliniques constitués d'hommes, considérant que nos résultats n'ont pas démontré de lien entre l'attachement évitant et l'accord sur les tâches dans la population masculine. Comme proposé, le niveau de continence émotionnelle pourrait être une autre piste de recherche à explorer.

Au niveau des profils de santé et d'habitudes de consultation, les recherches futures gagneraient à explorer les schémas de comorbidités chez les patients et à différencier les impacts des comorbidités de santé physique et mentale. Il apparaitrait de même intéressant de déterminer si certaines difficultés sexuelles sont associées à certaines situations complexes de santé ou à des délais de consultation plus longs. Pour ce qui est de l'évaluation de l'amélioration entre le début et la fin du traitement, il semble pertinent que les futures études investiguent l'évolution de la fonction sexuelle des patients, en association avec leur niveau de satisfaction sexuelle. Il serait également intéressant d'explorer l'évolution des symptômes documentés par d'autres études comme étant fortement associés à une faible satisfaction sexuelle (p. ex., des symptômes dépressifs, dissociatifs et anxieux) (Bigras, Godbout et al., 2017 ; Bolduc, Bigras, Daspe, Hébert et Godbout, 2018 ; Déziel, Godbout et Hébert, 2018).

5.5 Conclusion générale

En conclusion, rappelons que la présente étude visait à mieux comprendre et décrire un échantillon de patients de thérapie sexuelle, et d'explorer leur alliance thérapeutique, attachement, passé de TIE, état de santé physique, habitudes de consultation et niveau de satisfaction sexuelle, et de tenir compte de ces variables dans leur amélioration à la suite d'un traitement de thérapie sexuelle, et que trois articles et sous-objectifs ont permis d'y répondre. Les résultats de cette thèse a soulevé les très hauts taux de TIE et d'attachement insécurisant présent dans la clientèle consultant en thérapie sexuelle, et qu'il s'agit ainsi d'éléments qui méritent d'être soigneusement évalués et pris en charge par les cliniciens. Ces interventions pourraient permettre à leurs tours d'optimiser les bénéfices du traitement en renforçant l'alliance thérapeutique. Précisément, la dimension d'accord sur les tâches devrait être particulièrement investie. L'état de santé physique et les réflexes de recherche d'aide devraient aussi être au centre de

l'évaluation clinique des professionnels de la santé sexuelle. Cette étude a mis en évidence la présence de différents profils de santé et d'habitudes médicales chez les patients de thérapie sexuelle, et a permis d'explorer les associations entre leurs difficultés sexuelles et leurs problèmes de santé. Ces résultats suggèrent de prendre en compte la durée pendant laquelle les patients ont vécu avec leurs difficultés sexuelles avant de demander de l'aide afin de créer un traitement sur mesure. À long terme, cela pourrait même être un moyen de réduire les coûts de la santé sexuelle. Pour terminer, grâce à un volet prétest et post-test, cette thèse a mis en évidence la présence de différents niveaux de progression de la satisfaction sexuelle chez les patients consultant en thérapie sexuelle. Certains patients ont tendance à grandement progresser tandis que d'autres ont montré une satisfaction sexuelle plus faible à la fin du traitement. Le rôle du CIT cumulatif, de l'attachement chez l'adulte et de l'alliance thérapeutique sur cette progression a été documenté. Ainsi, les patients présentant l'amélioration la plus importante ont également signalé l'attachement le plus sécurisant, l'alliance thérapeutique la plus forte, ce qui ajoute au bassin de documentation scientifique stipulant d'investir la relation thérapeutique afin d'accentuer les effets positifs d'une thérapie. Toutefois, les patients démontrant le plus grand progrès sont également ceux rapportant le taux le plus élevé de TIE. En effet, les niveaux de satisfaction sexuelle au prétest des survivants sont inférieurs à la moyenne, mais se situent dans la moyenne au post-test. Cela soulève le rôle particulièrement bénéfique de la thérapie sexuelle chez les survivantes de TIE. En bref, grâce à une relation thérapeutique forte et à une sécurité d'attachement, l'amélioration de la satisfaction sexuelle et des répercussions traumatiques semblent optimisées, et plusieurs blessures peuvent guérir.

ANNEXE A

REPRÉSENTATION DU MODÈLE DE ZILCHA-MANO (2017)

Caractéristiques inhérentes aux patients (*trait-like component*)	Caractéristiques inhérentes à la thérapie (*state-like component*)
• Capacités générales à former des relations avec les autres • Les traumas interpersonnels • Représentations internes de soi et des autres, et représentations d'attachement • Attentes envers les relations interpersonnelles • État global de santé	• Engagement en thérapie • État de l'alliance thérapeutique • Trajectoire de soins • Passé thérapeutique

Inspiré du modèle de Zilcha-Mano (2017)

ANNEXE B

CERTIFICAT ÉTHIQUE

UQÀM
Université du Québec à Montréal

CIEREH
Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No du certificat : 2016_e_1269

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

Chercheur(e) principal(e) : Natacha Godbout
Unité de rattachement : Département de sexologie
Équipe de recherche :
Co-chercheurs :
Professeurs : Martine Hébert et Michel Goulet (Département de sexologie); **Étudiants de cycles supérieurs :** Roxanne Bolduc, Coordonnatrice (UQAM)
Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses de spécialisation) dans le cadre du présent protocole de recherche : Julie Déziel (maîtrise en sexologie); Caroline Dugal et Noémie Bigras (Doctorat en psychologie); Anne-Julie Lafrenaye-Dugas (Doctorat en sexologie)
Titre du protocole de recherche : *Facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des patients en thérapie sexuelle*
Sources de financement (le cas échéant): FRQS **Durée du projet :** 2016-2021

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité[i]. Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.
Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.
Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au 23 septembre 2017. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat[ii].

23 septembre 2016
Date d'émission initiale du certificat

Éric Dion, Ph.D.
Professeur
Président

[i] http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html

[ii] http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

UQÀM
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Étude des facteurs associés aux difficultés sexuelles chez des individus ou des couples consultants en thérapie sexuelle
Chercheure responsable :	Natacha, Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal
Membres de l'équipe :	Martine Hébert, Ph.D., Université du Québec à Montréal Sophie Boucher, Ph.D., Université du Québec à Montréal Assistantes de recherche de l'Unité de recherche et d'intervention sur le trauma et le couple (TRACE)
Coordonnatrices :	**Roxanne Bolduc**, M.A., bolduc.roxanne.2@courrier.uqam.ca
Organisme de financement :	**FRQS**, Fonds de recherche du Québec - Santé

Préambule

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

Objectifs du projet

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

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

Nature de la participation

Votre participation consiste à répondre, à trois reprises (en début de traitement, à la fin du traitement et six mois après la fin du traitement), à un questionnaire en version papier et qui nécessitera entre 45 et 60 minutes de votre temps, durée qui est similaire à chaque temps de mesure (126 questions à choix multiples). Le questionnaire porte sur le fonctionnement sexuel, les expériences relationnelles passées et actuelles (soutien parental, violence, attachement, etc.) et le fonctionnement psychologique (détresse, présence attentive, etc.). Vous avez deux choix de procédures pour ce qui est de la remise de votre questionnaire : (1) Envoi postal avec l'enveloppe affranchie et adressée à Natacha Godbout ou; (2) Remettre directement le formulaire à votre stagiaire lors de votre prochaine rencontre.

Avantages

Il peut être bénéfique pour vous de réfléchir à ce que vous avez vécu ou vivez actuellement en répondant aux questionnaires. Comme vous êtes dans une démarche de thérapie, vous pourrez également approfondir certaines réflexions ou questions avec votre stagiaire-thérapeute.

De plus, votre participation contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'intervention clinique en sexologie. L'étude nous permettra de recueillir de l'information pertinente qui pourrait permettre l'amélioration des interventions et la possibilité de bonifier la formation des futurs sexologues cliniciens(ennes) en ciblant des facteurs en lien avec certaines problématiques précises.

Risques et inconvénients

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

Compensation

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

Confidentialité

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

Participation volontaire et droit de retrait

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

Suivi et recherches ultérieures

Pour nous assurer de la continuité du projet, nous vous invitons à ajouter vos coordonnées afin que notre équipe puisse vous envoyer le questionnaire pour les deux autres temps de mesure, soit à la fin de la thérapie et 6 mois après la fin de votre thérapie.

Adresse postale : _____

_____

Adresse courriel : _____

_____

Veuillez nous indiquer la méthode par laquelle vous préférez recevoir le questionnaire :

☐ Poste ☐ Internet

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant cinq ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

☐ J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

☐ Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

Acceptez-vous que la responsable du projet ou son/sa délégué(e) vous sollicite ultérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche?

Oui ☐ **Non** ☐

Responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheur(e)s, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

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

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

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

Remerciements :

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

Consentement du/de la participant(e) :

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

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

☐ de remplir les questionnaires et que mes résultats soient transmis à la stagiaire ou au stagiaire que je consulte seul(e) ou avec mon/ma conjoint(e).

☐ de remplir les questionnaires uniquement. En conséquence, mes résultats ne seront pas transmis à la stagiaire ou au stagiaire que je consulte seul(e) ou avec mon/ma conjoint(e).

Signature :_____Date :_____

Nom (lettres moulées) :_____

Déclaration de la chercheure principale (ou de son/sa délégué(e)) :

Je, soussigné(e), déclare avoir expliqué les objectifs, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature :_____Date :_____

Non (lettres moulées) :_____

Un exemplaire de ce document signé doit être remis au participant ou à la participante

ANNEXE D

INSTRUMENTS DE MESURE

SECTION 1. RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

16a. Combien de fois avez-vous consulté un médecin/professionnel de la santé dans la dernière année? _____

16b. Parmi celle(s)-ci combien de fois s'agissait-il d'une consultation à l'urgence? _____

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

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

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

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

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

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

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

21. De façon globale, comment considérez-vous votre santé actuelle?

0	1	2	3	4	5	6
Mauvaise			Correcte			Excellente

22. Motif(s) de consultation
   a. Pour quelle(s) difficulté(s) consultez-vous en thérapie sexuelle?

POUR CONSULTATION SEULEMENT

b. Veuillez préciser la durée depuis laquelle vous éprouvez chaque difficulté identifiée.

	Durée en mois
• Manque ou absence de désir sexuel	_____
• Manque ou absence d'intérêt et d'excitation sexuel	_____
• Difficulté à obtenir ou à maintenir l'érection	_____
• Éjaculation rapide	_____
• Éjaculation retardée	_____
• Absence d'orgasme	_____
• Douleur à la pénétration	_____
• Pénétration vaginale impossible	_____
• Aversion/phobie sexuelle	_____
• Dépendance sexuelle ou à la pornographie	_____
• Difficulté relationnelle	_____
• Détresse psychologique (anxiété, dépression)	_____
• Autre, précisez : _____	_____

c. Avant la présente consultation, combien de professionnels avez-vous consulté pour cette/ces difficulté(s) sexuelle(s)/relationnelle(s)?

_____

d. Combien de rencontres estimez-vous avoir eu dans votre vie pour cette/ces difficulté(s) sexuelle(s)/relationnelle(s)? _____

POUR CONSULTATION SEULEMENT

SECTION 4. LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

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

Fortement en désaccord		**Neutre/Partagé(e)**				**Fortement en accord**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

1.	Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5	6	7
2.	J'ai peur que mes partenaires amoureux(ses) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux/elles.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
6.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
7.	J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).	1	2	3	4	5	6	7
9.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6	7
12.	Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6	7

POUR ÉTUDE SEULEMENT

SECTION 8. MESURE GLOBALE DE SATISFACTION SEXUELLE

Les questions suivantes représentent des continuums caractérisant la sexualité.
Pour chaque continuum, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre sexualité.

Ma sexualité est :

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

POUR CONSULTATION SEULEMENT

SECTION 18. INVENTAIRE DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS

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

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

AVANT L'ÂGE DE 18 ANS

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

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

L'un de mes parents m'a (ou les 2, m'ont)

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

POUR CONSULTATION SEULEMENT

12.	Enfermé(e) seul(e) dans une pièce durant une longue période de temps.	0	1	2	3	4	5	6
13.	A ignoré mes demandes d'attention ou ne m'adressait pas la parole.	0	1	2	3	4	5	6

Mes parents (ou ceux qui prenaient soin de moi) :

1.	Se disaient des bêtises, se criaient par la tête, ou se rabaissaient.	0	1	2	3	4	5	6
2.	Se bousculaient, se frappaient avec les mains, les pieds ou des objets, se battaient ou se lançaient des objets.	0	1	2	3	4	5	6

Un ou plusieurs frère(s) ou sœur(s) :

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

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

Autres expériences au cours de l'enfance

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

Expériences sexuelles précoces

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

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

POUR CONSULTATION SEULEMENT

d. Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
e. Personne(s) connue(s) (ami(e), ami(e) de la famille, voisin(e), etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
f. Personne(s) inconnue(s), étranger(s) ayant au moins 5 ans de plus que vous
g. Personne(s) en position d'autorité (enseignant(e), gardien(ne), entraineur(e), etc.)
h. Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes

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

a. Partenaire(s) amoureux/se(s)
b. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
c. Cousin(e) ou autre(s) membre(s) de la famille élargie
d. Ami(e), voisin(e) ou autre(s) personne(s) connue(s)
e. Personne(s) inconnue(s), étranger(s)
f. Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel **non-désiré** avant l'âge de 18 ans.

POUR CONSULTATION SEULEMENT

SECTION 24. PREMIÈRE IMPRESSION

Dans cette section, vous y trouverez des phrases qui décrivent différentes façons de percevoir votre thérapeute; autant ce que vous pensez, que ce que vous ressentez. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que pourrait penser votre thérapeute, puisqu'il n'aura pas accès à ces réponses. Encerclez le chiffre qui reflète la réalité. S'il vous plaît n'omettez aucun item. Si votre suivi ne fait que commencer, fiez-vous à votre première impression.

Fiez-vous à cette échelle lorsque vous répondez :

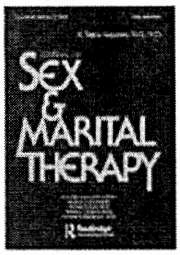
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	**Rarement**	**Parfois**	**Quelques fois**	**Souvent**	**Très Souvent**	**Toujours**

1.	Mon/Ma thérapeute et moi sommes d'accord sur ce que je dois faire lors de ma thérapie afin d'améliorer ma situation.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ce que je fais en thérapie me permet d'avoir une nouvelle perspective sur ce qu'est mon problème.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Je crois que mon/ma thérapeute m'apprécie.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mon/Ma thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie d'accomplir en thérapie	1	2	3	4	5	6	7
5.	Je suis confiant(e) en ce qui concerne la capacité de mon/ma thérapeute à m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Nous travaillons sur les objectifs d'un commun accord.	1	2	3	4	5	6	7
7.	J'apprécie mon/ma thérapeute en tant que personne.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Nous sommes d'accord sur ce qui est important à travailler	1	2	3	4	5	6	7
9.	Nous avons confiance l'un en l'autre.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Nous avons des idées différentes à propos de mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Nous avons établi une bonne entente entre nous sur la nature des changements qui seraient bon pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est adéquate.	1	2	3	4	5	6	7

POUR USAGE SEULEMENT

ANNEXE E

PREUVES D'ACCEPTATION ET DE SOUMISSION DES ARTICLES



Routledge
Taylor & Francis Group

Journal of Sex & Marital Therapy

ISSN: 0092-623X (Print) 1521-0715 (Online) Journal homepage: https://www.tandfonline.com/loi/usmt20

Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderator Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Natacha Godbout & Martine Hébert

To cite this article: Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Natacha Godbout & Martine Hébert (2018) Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderator Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy, Journal of Sex & Marital Therapy, 44:7, 667-678, DOI: 10.1080/0092623X.2018.1447057

To link to this article: https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1447057

Accepted author version posted online: 05 Mar 2018.
Published online: 08 May 2018.

Submit your article to this journal

Article views: 283

View Crossmark data

Alexander McKay <onbehalfof@manuscriptcentral.com>
Dim 2019-12-22 15:00
Lafrenaye-Dugas, Anne-Julie

22-Dec-2019

Dear Anne-Julie Lafrenaye-Dugas,

Your manuscript entitled "Profiles of Medical and Health Services Use in Sex Therapy Clients: Associations to Therapeutic Alliance, Attachment and Trauma" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in The Canadian Journal of Human Sexuality.

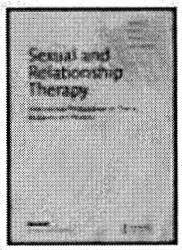
Your Manuscript ID is cjhs-2019-0045.R2.

Please mention the above Manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or email address, please log in to ScholarOne Manuscripts at https://mc04.manuscriptcentral.com/cjhs and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to https://mc04.manuscriptcentral.com/cjhs.

Thank you for submitting your manuscript to The Canadian Journal of Human Sexuality.

Sincerely,
The Canadian Journal of Human Sexuality Editorial Office



Routledge
Taylor & Francis Group

Sexual and Relationship Therapy

ISSN: 1468-1994 (Print) 1468-1749 (Online) Journal homepage: https://www.tandfonline.com/loi/csmt20

Sexual satisfaction improvement in patients seeking sex therapy: evaluative study of the influence of traumas, attachment and therapeutic alliance

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Martine Hébert & Natacha Godbout

To cite this article: Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Martine Hébert & Natacha Godbout (2020): Sexual satisfaction improvement in patients seeking sex therapy: evaluative study of the influence of traumas, attachment and therapeutic alliance, Sexual and Relationship Therapy, DOI: 10.1080/14681994.2020.1726314

To link to this article: https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1726314

Published online: 12 Feb 2020.

Submit your article to this journal

View related articles

View Crossmark data

RÉFÉRENCES

Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, *23*(1), 1-33. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0

Adler, N. E. et Rehkopf, D. H. (2008). U.S. disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health, 29,* 235–252. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090852

Afifi, T. O., MacMillan, H.., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. et Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, *186*(9), 324-332. https://doi.org/10.1503/cmaj.131792

Allen, J. G., Huntoon, J., Fultz, J., Stein, H., Fonagy, P. et Evans, R. B. (2001). A model for brief assessment of attachment and its application to women in inpatient treatment for trauma-related psychiatric disorders. *Journal of Personality Assessment*, *76*(3), 421-447. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7603_05

Almås, C. B., Almås, E., Karlsen, T. I. et Giami, A. (2014). La sexologie en Norvège entre 2001 et 2011: une étude comparative. *Sexologies*, *23*(1), 14-17. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.001

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition, Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Association Mémoire Traumatique et Victimologie. (Mars, 2015). Les victimes et les violences subies : Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte.

Astbury, J. (2001). *Gender Disparities in Mental Health*. Department of mental health and substance dependence. Geneva: World Health Organization, 73-92.

Baillargeon, P., Pinsof, W. M. et Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, *55*(3), 137-143. https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.09.001

Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., Radford, S., Silverton, S., Fennell, M. et Williams, J. M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(6), 1013-1020. http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000027

Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejo, A. L. et Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(1), 374-388. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01621.x

Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M. et Phillips, R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and counseling*, *85*(1), 53-59. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005

Bertakis, K. D. et Azari, R. (2011). Patient-centred care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(3), 229-239. https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170

Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. et Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *40*(5), 434-443. https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772548

Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S. et Boucher, S. (2014). Childhood maltreatment increases the risk of intimate partner violence via PTSD and anger personality traits in individuals consulting for sexual problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *23*(9), 982-998. https://doi.org/10.1080/10926771.2014.960631

Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J. et Sabourin, S. (2017). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(4), 377-396. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1176609

Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M. et Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: what role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(3), 444-454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013

Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, *49*(4), 317-326. https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317

Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, *24*(1), 21-35. doi : 10.1177/0265407507072576

Björkenstam, E., Hjern, A., Mittendorfer-Rutz, E., Vinnerljung, B., Hallqvist, J. et Ljung, R. (2013). Multi-exposure and clustering of adverse childhood experiences, socioeconomic differences and psychotropic medication in young adults. *PloS one*, *8*(1), e53551. doi : 10.1371/journal.pone.0053551

Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M. È., Hébert, M. et Godbout, N. (2018). Childhood cumulative trauma and depressive symptoms in adulthood: The role of mindfulness and dissociation. *Mindfulness*, *9*(5), 1594-1603. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3

Bonierbale, M. et Tignol, J. (2003). The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Current Medical Research and Opinion*, 19(2), 114-124. doi : 10.1185/030079902125001461

Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., Cannon, E. A., Fishman, P. A., Carrell, D. et Thompson, R. S. (2008). Health care utilization and costs associated with childhood abuse. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(3), 294-299. doi : 10.1007/s11606-008-0516-1

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16,* 252–260. http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/10.1037/h0085885

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent– child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.

Brassard, A., Shaver, P. R. et Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, *14*(3), 475-493. doi : 10.1111/j.1475-6811.2007.00166.x

Briere, J. N. (1992). *Interpersonal violence: The practice series, No. 2. Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Briere, J. et Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, *27*(10), 1205-1222. doi : 10.1016/j.chiabu.2003.09.008

Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M. et Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal

behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871-1877. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1871

Butzer, B. et Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, *15*(1), 141-154. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x

Caldwell, J. E., Swan, S. C. et Woodburn, V. D. (2011). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, 2, 42–57. doi: 10.1037/a0026296

Cassidy, J., Shaver, P. R., Mikulincer, M. et Lavy, S. (2009). Experimentally induced security influences responses to psychological pain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(4), 463-478. https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.4.463

Cappelleri, J. C. et Rosen, R. C. (2005). The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): a 5-year review of research and clinical experience. *International Journal of Impotence Research*, *17*(4), 307-319. doi : 10.1038/sj.ijir.3901327

Carroll, R. A. (2011). Psychological aspects of erectile dysfunction. In Kohler, T. S. et McVary, K. T. (eds), *Contemporary Treatment of Erectile Dysfunction* (pp. 23-37). New York, NY: Human Press.

Carter, O., Pannekoek, L., Fursland, A., Allen, K. L., Lampard, A. M. et Byrne, S. M. (2012). Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. Behaviour research and therapy, 50(7-8), 487-492. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.003

Chartier, M. J., Walker, J. R. et Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, *165*(9), 1031-1038. https://doi.org/10.1093/aje/kwk113

Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J. et Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, *64*(4), 660-667. http://dx.doi.org/10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76

Clayton, A. H., Croft, H. A. et Handiwala, L. (2014). Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgraduate Medicine*, 126(2), 91-99. doi : 10.3810/pgm.2014.03.2744

Cloitre, M., Cohen, L. R. et Scarvalone, P. (2002). Understanding revictimization among childhood sexual abuse survivors: An interpersonal schema

approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *16*(1), 91-111. http://dx.doi.org/10.1891/jcop.16.1.91.63698

Cohen, D. L. et Belsky, J. (2008). Avoidant romantic attachment and female orgasm: Testing an emotion-regulation hypothesis. *Attachment & Human Development*, *10*(1), 1-10. https://doi.org/10.1080/14616730701868555

Colson, M. H. et Roussey, G. (2013). Dépistage et prise en charge de la dysfonction érectile des patients diabétiques: une nécessité pour tout praticien. Revue de littérature. Sexologies, 22(1), 3-9. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.02.001

Commissaire à la Santé et au Bien-Être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011*, Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=62.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*(2), 187-200. http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x

Davis, D. A., Luecken, L. J. et Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood?: a meta-analytic review of the literature. *The Clinical Journal of Pain*, *21*(5), 398-405. doi : 10.1097/01.ajp.0000149795.08746.31

Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A. et Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(1), 63-79. doi : 10.1023/A:1007835531614

Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L. et Davis, S. R. (2009). The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(10), 2690-2697. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x

Del Giudice, M. J. et Kutinsky, J. (2007). Applying motivational interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(4), 303-319. https://doi.org/10.1080/10720160701710634

Denton, M., Prus, S. et Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social science & medicine*, *58*(12), 2585-2600. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.008

DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. et Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: science and practice*, *12*(2), 174-183. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi022

Déziel, J., Godbout, N. et Hébert, M. (2018). Anxiety, Dispositional Mindfulness, and Sexual Desire in Men Consulting in Clinical Sexology: A Mediational Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(5), 513-520. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405308

Diener, M. J. et Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, *48*(3), 237-248. http://dx.doi.org/10.1037/a0022425

DiLillo, D., Hayes-Skelton, S. A., Fortier, M. A., Perry, A. R., Evans, S. E., Moore, T. L. M., Walsh, K., Nash, C. et Fauchier, A. (2010). Development and initial psychometric properties of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI): A comprehensive self-report measure of child maltreatment history. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 305-317. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.015

Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior, 41,* 1-19. doi : 10.2307/2676357

Dunn, H., Morrison, A. P. et Bentall, R. P. (2002). Patients' experiences of homework tasks in cognitive behavioural therapy for psychosis: A qualitative analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9,* 361-369. doi : 10.1002/cpp.344

Dupras, A. (2006). La professionnalisation de la sexologie au Québec. *Sexologies*, *15*(1), 58-63. doi : 10.1016/j.sexol.2005.11.006

Encyclopaedia Britannica. (2015). Sexology : Interdisciplinary science. Repéré à https://www.britannica.com/science/sexology

Farley, M., Golding, J. et Minkoff, J. R. (2002). Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening?. *Journal of Family Practice*, *51*(10), 827-830. ISSN: 0094-3509

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J. et Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical Therapy*, *93*(4), 470-478. https://doi.org/10.2522/ptj.20120137

Finkelhor, D., Ormrod, R. K. et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*(1), 7-26. doi : 10.1016/j.chiabu.2006.06.008

Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Barksy Reese, J., Reeve, B. B., Shelby, R. A. et Weinfurt, K. P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.08.011

Franco, C.M. (2012). Client motivation, working alliance and the use of homework in psychotherapy (doctoral dissertation). The Florida States University.

Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T. et Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(6), 915-933. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0

Gallach, E., de Juan, A., García-Blanco, A. M., Izquierdo, R. M., Robledo, R. et Fenollosa, P. (2018). Sex and pain: sexual satisfaction and sexual function in a sample of patients with chronic, non-pelvic pain. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(3), 145-154. doi: 10.20986/resed.2018.3600/2017

Geller, S. M. et Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, *24*(3), 178-192. http://dx.doi.org/10.1037/a0037511

Giami, A. et de Colomby, P. (2006). La profession de sexologue en Europe: diversité et perspectives communes. *Sexologies*, *15*(1), 7-13. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2005.11.010

Giami, A., Chevret-Méasson, M. et Bonierbale, M. (2009). Recent evolution to the profession of sexologist in France. First results of a 2009 survey in France. *Sexologies*, *18*(4), 238-242. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.09.009

Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É. et Hébert, M. (2019). Childhood interpersonal trauma and sexual satisfaction in patients seeing sex therapy: examining mindfulness and psychological distress as mediators. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1), 43-56. https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1626309

Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D. et Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 127-137. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000136

Godbout, N., Lafrenaye-Dugas, A.-J., Hébert, M. et Goulet, M. (Décembre 2015). Capsule de recherche #14 : Portrait descriptif des clients consultant en sexothérapie. Équipe de recherche FRQ-SC – Violence sexuelle et santé (ÉVISSA), UQÀM, Montréal, QC. Lien URL: https://martinehebert.uqam.ca/upload/files/EVISSA/Recherche/14%20-%20Profil%20clientele%20sexotherapie.pdf

Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H. et Briere, J. (2013). Childhood trauma and couple relationships. *Integrating Science & Practice*, 3(2), 14–17.

Griffin, D. W. et Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(3), 430-445. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430

Grix, J. (2002). Introducing students to the generic terminology of social research. *Politics*, *22*(3), 175-186. https://doi.org/10.1111/1467-9256.00173

Godbout, N., Bigras, N. et Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire* (CCTQ). Unpublished document.

Hall, J.A., Horgan, T.G., Stein, T.S. et Roter, D.L. (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, *48*, 69-77. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00071-X

Harkness, K. L., Bagby, R. M. et Kennedy, S. H. (2012). Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 342-353. http://dx.doi.org/10.1037/a0027665

Hazan, C. et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Hietanen, O. M. et Punamäki, R. L. (2006). Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*, 15(4), 423-435. https://doi.org/10.1080/09638230600808053

Hibbard, J. H. et Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health affairs*, *32*(2), 207-214. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061

Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson Sr, J. K. et Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, *101*(9), 1643-1654. doi : 10.2105/AJPH.2011.300154

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 891-898. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001

Hoffart, A., Øktedalen, T., Langkaas, T. F. et Wampold, B. E. (2013). Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(4), 471-482. http://dx.doi.org/10.1037/a0033604

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. et Symonds, D. (Juin 2011). The complex world of alliance assessments: Will the real alliance please stand up? *Symposium présenté au 42e congrès de la Society for Psychotherapy Research*, Berne, Suisse.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9-16. doi : 10.1037/a0022186

Houston, M. S., Bates, L. A., Anderson, L. M. K., Dreiling, J., Shuster, L. et Cha S. (2007). Validation of the new inventory of female sexual function: Detailed Inventory of Sexual Health Experience Survey (DISHES). *International Society for the Study of Women's Sexual Health*, Orlando, Floride, États-Unis.

Ishak, I. H., Low, W. Y. et Othman, S. (2010). Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(9), 3080-3087. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x

Jones, L. M. et McCabe, M. P. (2011). The effectiveness of an internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(10), 2781-2792. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02381.x

Kane, L., Dawson, S. J., Shaughnessy, K., Reissing, E. D., Ouimet, A. J. et Ashbaugh, A. R. (2019). A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(2), 1-24. https://doi.org/10.1177/2043808719847371

Kazantzis, N., Deane, F. P. et Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioural therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 189-202. doi :10.1093/clipsy.7.2.189

Keller, S. M., Zoellner, L. A. et Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, *78*(6), 974-979. http://dx.doi.org/10.1037/a0020758

Kishi, Y., Meller, W. H., Kathol, R. G. et Swigart, S. E. (2004). Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics*, *45*(6), 470-476. https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.6.470

Kupelian, V., Hall, S. A. et McKinlay, J. B. (2013). Common prescription medication use and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *BJU International*, *112*(8), 1178-1187. https://doi.org/10.1111/bju.12231

Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R. et Johnson, S. M. (2016). Selecting the Best Items for a Short-form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *32*(2), 140-154. http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000243

Lawrance, K. A. et Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, *2*(4), 267-285. doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N. et Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 193-203. doi : 10.1002/jcl p.20756

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., Rellini, A. H. et Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4pt2), 1598-1607. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x

Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Personal and Social Relationships, 27,* 262–270. http://dx.doi.org/10.1177/0265407509360905

Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. et Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 307-317. http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.307

Marmarosh, C. L. et Tasca, G. A. (2013). Adult attachment anxiety: Using group therapy to promote change. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(11), 1172-1182. doi : 10.1002/jclp.22044

Martin, C. G., Cromer, L. D., DePrince, A. P. et Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma

symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(2), 110-118. doi: 10.1037 / a0025686

McCabe, M. P. (1997). Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *Journal of Sex et Marital Therapy*, *23*(4), 276-290. https://doi.org/10.1080/00926239708403932

McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex &Marital Therapy*, *27*(3), 259-271. https://doi.org/10.1080/009262301750257119

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(2), 153-167. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015

McDonough, P. et Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, *52*(4), 547-559. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00159-3

Mikulincer, M. et Goodman, G. S. (Eds.). (2006). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. et Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, *81*(6), 606-616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Mossige, S. et Huang, L. (2017). Poly-victimization in a Norwegian adolescent population: Prevalence, social and psychological profile, and detrimental effects. *PloS one*, *12*(12), e0189637. doi: 10.1371/journal.pone.0189637

Nelson, P. L., Warren, J. S., Gleave, R. L. et Burlingame, G. M. (2013). Youth psychotherapy change trajectories and early warning system accuracy in a managed care setting. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 880-895. doi: 10.1002/jclp.21963

Norman, G. R., Sloan, J. A. et Wyrwich, K. W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Medical Care*, 582-592. doi : 10.1097/01.MLR.0000062554.74615.4C

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, *9*(11), e1001349. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349

Olff, M., Langeland, W., Draijer, N. et Gersons, B.P.R. (2007). Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 183–204. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183

Oransky, M. & Marecek, J. (2009). "I'm Not Going to Be a Girl" Masculinity and Emotions in Boys' Friendships and Peer Groups. *Journal of Adolescent Research*, *24*(2), 218-241. https://doi.org/10.1177/0743558408329951

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva : World Health Organization. Repéré à http://www.who.int/topics/sexual_health/fr

Paivio, S. C. et Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, *28*(8), 889-904. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.011

Pearlman, L. A. et Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 449-459. doi : 10.1002 / jts.20052

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. et Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*(4), 328-338. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007

Pistole, M. C., Roberts, A. et Chapman, M. L. (2010). Attachment, relationship maintenance, and stress in long distance and geographically close romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*(4), 535-552. https://doi.org/10.1177/0265407510363427

Pristed, R. et Højgaard, A. (2010). Traitements sexologiques dans un hôpital public au Danemark. *Sexologies*, *19*(4), 254-257. doi : 10.1016/j.sexol.2010.09.010

Québec. Comité d'experts – Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. (Novembre, 2005). Rapport du comité d'experts. [Document PDF]. Déposé en 2005 à la Bibliothèque nationale du Québec. Québec : Gouvernement du Québec.

Quinn, C., Happell, B. et Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. International journal of mental health nursing, 20(1), 21-28. doi : 10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x

Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B. et Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. Journal of psychosomatic research, 69(4), 419-432. doi : 10.1016/j.jpsychores.2009.08.006

Rickwood, D. J., Deane, F. P. et Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical journal of Australia*, *187*(S7), S35-S39. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x

Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(1), 5-51. https://doi.org/10.1080/10926770903475968

Rosen, R. C., Maserejian, N. N., Connor, M. K., Krychman, M. L., Brown, C. S. et Goldstein, I. (2012). Characteristics of premenopausal and postmenopausal women with acquired, generalized hypoactive sexual desire disorder: The Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for women. *Menopause*, *19*(4), 396-405. https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318230e286

Schachner, D. A. et Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, *11*(2), 179-195. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00077.x

Schloredt, K. A. et Heiman, J. R. (2003). Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(3), 275-284. https://doi.org/10.1023/A:1023752225535

Sharf, J., Primavera, L. H. et Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*(4), 637-645. http://dx.doi.org/10.1037/a0021175

Smith, A. E., Msetfi, R. M. et Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(3), 326-337. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007

Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E. H. et Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital

conflicts. *International Journal of Fertility & Sterility*, *9*(3), 393-402. doi : 10.22074/ijfs.2015.4556

Staples, J., Rellini, A. H. et Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: Sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(2), 341-350. doi : 10.1007/s10508-011-9773-x

Statistique Canada. (2013). *Tableaux par sujet : Revenu du ménage, revenu familial et personnel*. Repéré à http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/ind01/l3_3868_2812-fra.htm?hili_famil107

Stefanou, C. et McCabe, M. P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(10), 2499-2507. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02843.x

Stephenson, K. R., Hughan, C. P. et Meston, C. M. (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse & Neglect*, *36*(2), 180-189. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.09.015

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. et van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. Child Abuse Review, 24(1), 37-50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Symonds, D. et Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, *43*(4), 443-455. doi : 10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x

Tabatabaie, A. (2014). "Does sex therapy work? How can we know?" Measuring outcomes in sex therapy. Sexual and Relationship Therapy, 29(3), 269-279. https://doi.org/10.1080/14681994.2014.915705

Tan, H. M., Tong, S. F. et Ho, C. C. (2012). Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link?. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(3), 663-671. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02582.x

Tang, B., Jamieson, E., Boyle, M., Libby, A., Gafni, A. et MacMillan, H. (2006). The influence of child abuse on the pattern of expenditures in women's adult health service utilization in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, *63*(7), 1711-1719. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.015

Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K. et Bissada, H. (2007). The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type

for women with binge-eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *11*(1), 1-14. http://dx.doi.org/10.1037/1089-2699.11.1.1

Tracey, T. J. et Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1,* 207–210. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207

Ullman, S. E. et Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of Community Psychology*, *30*(3), 261-279. https://doi.org/10.1002/jcop.10008

Ullman, S. E. et Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, *29*(7), 767-782. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.005

Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Sabourin, S., Péloquin, K. et Wright, J. (2014). Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles*, (1), 21-41. ISSN : 2295-5518

Van Ijzendoorn, M. H. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status?. *Journal of social and Personal Relationships*, *27*(2), 200-208. https://doi.org/10.1177/0265407509360908

Vasiliadis, H. M., Dezetter, A., Lesage, A. et Drapeau, M. (2015). Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada: réflexions et expériences de pays francophones. *Santé Mentale au Québec*, *40*(4), 15-30. https://doi.org/10.7202/1036090ar

Wampold, B. E. et Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, *40*(4), 601-623. https://doi.org/10.1177/0011000011432709

Wegman, H. L. et Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, *71*(8), 805-812. doi : 10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46

Weinstein, A., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K. et Lejoyeux, M. (2015). Sexual compulsion—Relationship with sex, attachment and sexual orientation. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(1), 22-26. doi : 10.1556/JBA.4.2015.1.6

Worly, B., Gopal, M. et Arya, L. (2010). Sexual dysfunction among women of low-income status in an urban setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *111*(3), 241-244. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.06.019

Xie, Y., Shi, L., Xiong, X., Wu, E., Veasley, C. et Dade, C. (2012). Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States. *Current Medical Research and opinion*, 28(4), 601-608. https://doi.org/10.1185/03007995.2012.666963

Youngstedt, S. D., Kline, C. E., Ginsberg, J. P., Zielinski, M. R. et Hardin, J. W. (2011). Bright light treatment for high-anxious young adults: a randomized controlled pilot study. *Depression and Anxiety*, *28*(4), 324-332. https://doi.org/10.1002/da.20784

Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*, *33*(10), 666-678. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.001

Zilberstein, K. (2008). Au revoir: An attachment and loss perspective on termination. *Clinical Social Work Journal*, *36*(3), 301-311. doi : 10.1007/s10615-008-0159-z

Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*(4), 311-325. http://dx.doi.org/10.1037/a0040435

Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., Barrett, M. S. et Barber, J. P. (2014). Changes in well-being and quality of life in a randomized trial comparing dynamic psychotherapy and pharmacotherapy for major depressive disorder. Journal of Affective Disorders, 152, 538-542. doi : 10.1016/j.jad.2013.10.015