

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE SEXUEL ? : LE CONCEPT DE SOI SEXUEL COMME
COMPOSANTE CLÉ DU FONCTIONNEMENT SEXUEL ET ADAPTATIF D'ADULTES
SURVIVANT.E.S D'AGRESSION SEXUELLE À L'ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN SEXOLOGIE

PAR

ROXANNE GUYON

DÉCEMBRE 2023

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.04-2020). 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

L'aboutissement de cette thèse a été rendu possible grâce au soutien de personnes qui occupent une place spéciale dans mon cœur, et qui m'ont épaulée tout au long de mon parcours académique. Je tiens d'abord à remercier mes directrices de thèse. Mylène, je te remercie pour l'accompagnement inestimable que tu m'as offert. Telle une bergère guidant sa brebis égarée, tu as su me montrer le chemin vers les pâturages inconnus. Les nombreuses opportunités de perfectionnement que tu m'as offertes ont certainement contribué à la chercheuse que je suis aujourd'hui. C'est un réel privilège d'avoir eu accès à tes précieux conseils, à ton expertise mais surtout d'avoir pu partager des discussions enflammées, des moments cocasses et des fous rires avec toi. Natacha, je suis infiniment reconnaissante pour toutes les connaissances et aptitudes en recherche que j'ai acquises grâce à toi, au cours de nos échanges. Tu auras su me transmettre ta rigueur et ta passion, des atouts indispensables à mon développement professionnel. Ta bienveillance et ta confiance à mon égard m'ont profondément touchée et je t'en remercie grandement. Finalement, je tiens aussi à témoigner de ma gratitude envers Martine Hébert qui était ma directrice de mémoire à la maîtrise et qui est devenue ma mentore au fil des années. Je te remercie sincèrement d'avoir cru en moi et d'avoir reconnu mon potentiel. Tu es réellement une source d'inspiration.

Geneviève et Stéphanie, mes *partners* de Bubbly, mes acolytes Zoom, mes complices de rires, mes amies et collègues du doctorat, je vous remercie d'avoir été présentes pour moi durant les hauts et les bas du parcours doctoral. Nos échanges de *memes* et nos séances de placotage/chialage quotidiennes auront certainement contribué à rendre l'insupportable plus supportable, et à rendre les bas moins bas. Au cours de ces années charnières de ma vie, j'ai pu y trouver deux amitiés précieuses. Sachez que vous êtes une source d'inspiration à mes yeux, et j'espère pouvoir grandir à vos côtés encore de nombreuses années.

Alexandre, *my love*, ta présence dans les moments de doute et de découragements a été rassurante. L'écriture de ma thèse n'aurait pas été aussi agréable sans tes bouffonneries, tes encouragements et tes petites attentions au quotidien. Je suis très reconnaissante d'avoir pu compter sur toi, et sur nos bébés poilus *Casper, Shadow et Nala*.

Maman, je ne pourrais oublier de te remercier, surtout considérant tout le soutien que tu m'as apporté au cours de ces années. Tu as été ma *cheerleader* #1, toujours présente dans les gradins de l'académie pour m'encourager. Il n'y a pas de mots qui expriment toute l'admiration que je porte à la femme que tu es, et qui d'ailleurs, a certainement contribué à la femme que je suis aujourd'hui.

Je me dois également de souligner l'appui financier que j'ai reçu du Conseil de Recherche en Sciences Humaines (CRSH) du Canada et des Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC) pour mener mes études doctorales. Un énorme merci aux regroupements de recherche ÉVISSA et CRIPCAS qui ont soutenu le partage de mes découvertes à l'international, en passant par l'Islande jusqu'à Hawaï.

Finalement, je tiens également à remercier toutes les personnes survivantes qui ont généreusement accepté de m'offrir leur histoire, leur vécu, et parfois même leur intimité, sans retenue, dans le cadre de cette recherche. Je vous admire profondément pour votre dévouement et votre résilience.

DÉDICACE

As a result of traumatic events is that you get disconnected from your emotions and you get disconnected from your body. You have difficulty being in the present moment. You develop a negative view of your world and a negative view of yourself, and a defensive view of other people. These perspectives keep showing up in your life in the present. So, the issue is not just to recognize what happened ten, fifteen, thirty, however many years ago, but to actually recognize their manifestations in the present moment and to transcend them.

How do you do that? By reconnecting with yourself. By restoring the connection with your body, primarily and with the emotions that you've lost. Once you do, once you've found these things again, then you have what we call recovery. Because what does it mean to recover something? It means to find it again.

So, what is it that people find when they recover? **They find themselves.**

Because the loss of self is the essence of trauma.

-Dr. Gabor Maté

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT	xiii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1.1 Problématique.....	1
1.2 État des connaissances actuelles	5
1.2.1 L'ASE et le fonctionnement sexuel : hétérogénéité de séquelles sexuelles.....	5
1.2.2 L'ASE et le fonctionnement sexuel : concept de soi sexuel	7
1.2.3 L'ASE et le fonctionnement sexuel : processus adaptatifs	10
1.3 Pertinence et objectifs de la thèse	13
CHAPITRE 2 : ANCRAGES THÉORIQUES, ÉPISTÉMOLOGIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES	16
2.1 Ancrages théoriques et leur interdisciplinarité.....	16
2.1.1 Le modèle des dynamiques traumatogéniques.....	16
2.1.2 Le modèle de constructions du soi	18
2.2 Ancrages épistémologiques et méthodologiques	19
2.2.1 Épistémologie pragmatique, devis mixte et multi-méthodes	19
2.2.2 Échantillonnage et stratégies de recrutement.....	22
2.2.3 Procédures et instruments de mesure	23
2.2.4 Stratégie analytique.....	25
CHAPITRE 3 : ARTICLE #1	28
Abstract	29
3.1 Introduction	30
3.2 Method	32
3.2.1 Participants	32
3.2.2 Measures and variables.....	33
3.2.3 Procedures	35
3.2.4 Statistical Analysis	36

3.3 Results	37
3.3.1 Profile 1: Confident and Non-Preoccupied (48%)	39
3.3.2 Profile 2: Demeaning and Depressive (37%)	39
3.3.3 Profile 3: Hyperconfident and Preoccupied (15%)	39
3.4 Discussion	40
3.4.1 Comparison of Profiles on Sexual Self-Concept and Sexual Functioning	40
3.4.2 Comparison of Profiles on Sexual Self-concept, CSA Characteristics and ASA	41
3.4.3 Comparison of Profiles on Sexual self-concept, Age and Gender	42
3.4.4 Strengths and Limitations	44
3.4.5 Implications for Research and Practice	45
3.5 Conclusion	47
 CHAPITRE 4 : ARTICLE #2	 48
Abstract	49
4.1 Introduction	50
4.1.1 Sexual Self-Concept in CSA Survivors	51
4.1.2 Sexual Coping and Self-Concept in CSA Survivors	51
4.1.3 Study Rationale and Objectives	53
4.2 Method	53
4.2.1 Recruitment and Participants	53
4.2.2 Procedures	55
4.2.3 Analytical Strategy	56
4.3 Results	57
4.3.1 Developing an Unconsolidated and Unfavorable Sexual Self-concept Following CSA ..	59
4.3.2 Avoiding CSA-Related Sexual Impacts and Impaired Sexual Self-Concept	62
4.3.3 Approaching CSA-Related Sexual Impacts with Greater Authenticity	67
4.4 Discussion	72
4.4.1 A Sense of Confusion and Worthlessness Embedded in Sexuality	72
4.4.2 The Use of Coping Strategies that Perpetuate Unfavorable or Promote Authentic Sexual Self-concept	72
4.4.3 Gender Specificities Regarding Sexual Self-Concept and Coping	74
4.4.4 Strengths, Limitations, and Future Research	76
4.4.5 Recommendations for Practice	77
4.5 Conclusion	78
 CHAPITRE 5 : ARTICLE #3	 79
Abstract	80
5.1 Introduction	81
5.2 Method	83
5.2.1 Study Design	83

5.2.2 Procedures and Sample.....	83
5.2.3 Analytical Strategy	86
5.2.4 Research Team	88
5.3 Results	88
5.3.1 The Relational and Sexual Recovery Process of CSA Survivors.....	88
5.4 Discussion	97
5.4.1 Strengths and Limitations.....	99
5.4.2 Implication for Practice	100
5.5 Conclusion.....	101
CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....	102
6.1 Discussion générale.....	102
6.1.1 Défavorable, hyperfavorable ou authentique : des profils de fonctionnement sexuel et adaptatif qui se distinguent au niveau du concept de soi sexuel	104
6.1.2 L'apport du concept de soi sexuel : une composante clé pour caractériser le fonctionnement sexuel et adaptatif puis informer sur la revictimisation et le rétablissement..	117
6.2 Limites, suggestions pour les recherches futures et forces de la thèse	118
6.3 Implications pour la pratique.....	123
CHAPITRE 7 : CONCLUSION	130
ANNEXE A : AFFICHE DE RECRUTEMENT	132
ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	133
ANNEXE C : QUESTIONNAIRE	139
ANNEXE D : CANEVAS D'ENTREVUE	156
ANNEXE E : CERTIFICAT ÉTHIQUE	164
ANNEXE F : GRILLE DE CODAGE.....	165
ANNEXE G : AVIS FINAL DE CONFORMITÉ	171
ANNEXE H : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	172
RÉFÉRENCES.....	173

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Devis mixte et multi-méthodes de la thèse.....	20
4.1 Flowchart Illustrating the Process of Retrieving and Screening Articles.....	84
6.1 Profils de fonctionnement sexuels et adaptatifs chez les survivant.e.s d'ASE basés sur leur concept de soi sexuel.....	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Caractéristiques des mesures utilisées.....	23
Table 3.1 Agglomeration Coefficient Analysis.....	37
Table 3.2 Comparison Between Profiles.....	38
Table 4.1 Sociodemographic and CSA Characteristics	54
Table 4.2 Categories, Subcategories and Gender Specificities	57
Table 5.1 Studies Included in Metasynthesis	85
Table 5.2 Categories, Sub-Categories and Studies Associated with Each Sub-Category.....	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ANOVA : Analysis of Variance

ASE : Agression Sexuelle à l'Enfance

CIEREH : Comité Institutionnel d'Éthique de la Recherche avec des être Humains

CSA : Childhood Sexual Abuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

Les écrits scientifiques montrent que les agressions sexuelles subies à l'enfance (ASE) tendent à engendrer des impacts délétères sur le fonctionnement sexuel et particulièrement le concept de soi sexuel (c.-à-d., perceptions de soi en tant qu'être sexuel) des adultes survivant.e.s. Afin de s'adapter à ces impacts, ils ou elles peuvent mobiliser différentes stratégies susceptibles de moduler leur processus de rétablissement. Pourtant, les impacts sur le concept de soi sexuel et le fonctionnement sexuel, tout comme les stratégies adaptatives spécifiquement déployées dans la sphère sexuelle, demeurent peu investigués auprès de cette population. Or, il s'agit de composantes clé du rétablissement à la suite d'un vécu d'ASE. Bien qu'une grande hétérogénéité soit observée quant au fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE, les spécificités du vécu sexuel des hommes et des femmes sont peu documentées. Elles sont néanmoins essentielles à la mise en place d'interventions efficaces. Ainsi, la présente thèse a pour objectif général de documenter l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE et d'en dégager les spécificités de genre. Deux objectifs spécifiques sont visés : (1) documenter les manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE et (2) décrire les processus adaptatifs mobilisés pour composer avec les séquelles sexuelles de l'ASE et leurs interrelations avec le concept de soi sexuel.

Un devis mixte a été privilégié pour documenter les manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE (objectif spécifique 1). Un total de 175 participant.e.s (105 femmes et 70 hommes) ont rempli un questionnaire en ligne. Des profils de survivant.e.s d'ASE ont été dégagés à partir d'une analyse classification hiérarchique sur la base du concept de soi sexuel (c.-à-d., estime sexuelle, préoccupations sexuelles, dépression sexuelle), puis comparés sur des variables sociodémographiques et relatives au fonctionnement sexuel. Les résultats quantitatifs révèlent trois profils. Le profil *Confiant et non préoccupé*, regroupant davantage de femmes, est caractérisé une estime sexuelle modérée et des niveaux faibles de préoccupation, de dépression et de compulsion sexuelles. Le profil *Dévalorisant et dépressif*, regroupant plus d'hommes, présente de faibles niveaux d'estime sexuelle et de satisfaction sexuelle, ainsi que davantage de dépression sexuelle et de difficultés sexuelles. Le profil *Hyperconfiant et préoccupé*, qui se compose majoritairement d'hommes, affiche d'une part, des niveaux les plus élevés d'estime, de préoccupations et de compulsions sexuelles et d'autre part, des niveaux les plus faibles de satisfaction et de difficultés sexuelles. Parmi les survivant.e.s ayant complété le questionnaire, 51 (25 femmes et 26 hommes) ont également participé à une entrevue individuelle semi-dirigée. L'analyse de contenu révèle des manifestations distinctes révélant un soi sexuel altéré chez les survivant.e.s d'ASE : le soi sexuel flou, brisé, dégoûtant, objet, indigne d'amour et inférieur. Les femmes expriment se percevoir comme des êtres sexuelles brisées, destinées à satisfaire autrui, tandis que les hommes rapportent se sentir inférieurs et peu masculins comparativement aux autres hommes.

Afin de décrire les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s pour composer avec les séquelles sexuelles de l'ASE et leurs interrelations avec le concept de soi sexuel (objectif spécifique 2), un devis qualitatif multi-méthodes a été mobilisé. Une analyse de contenu a été réalisée à partir des données qualitatives colligées auprès des 51 participant.e.s. Les résultats montrent que les survivant.e.s rapportent une progression allant des stratégies d'évitement (c.-à-d., restriction, déconnexion, acquiescement, surinvestissement et domination sexuels) vers davantage de

stratégies d'approche (p. ex., redéfinition, acceptation, réappropriation, assertivité et soutien sexuels), encouragées par un soi sexuel plus authentique. Les femmes et les hommes ont recours à l'acquiescement sexuel comme stratégie pour se sentir aimé.e.s, mais seules les femmes évoquent le faire par sens du devoir. Les femmes se focalisent sur l'intimité sexuelle et la recherche d'aide formelle, alors que seuls les hommes expriment se tourner vers l'intimité non-sexuelle, puis avoir recours à la domination et la médication pour surmonter les séquelles sexuelles. Finalement, une métasynthèse a été conduite pour recenser les stratégies adaptatives d'approche et leur implication potentielle pour le rétablissement sur la base des études disponibles. Un total de 8 articles a été analysé. Une analyse de contenu dirigée à partir du cadre conceptuel *The drive to move forward* a permis de dégager un processus de rétablissement sexo-relationnel suite au vécu d'ASE, qui met en lumière l'importance de se définir autrement qu'à travers les ASE et de mobiliser des stratégies d'approche sur le plan sexuel, mais aussi des facteurs sociaux entravant ce processus. Pour les femmes, le rétablissement sexo-relationnel se caractérise par une reprise de pouvoir sur leur sexualité, et notamment la légitimation de leurs propres besoins sexuels, alors que celui des hommes focalise sur l'expression des limites sexuelles puis le détachement par rapport aux normes de masculinité.

À la lumière de ces constats, cette thèse offre des assises empiriques et théoriques pertinentes sur lesquelles les milieux de pratique peuvent s'appuyer pour accompagner les survivant.e.s d'ASE dans leur processus de rétablissement sexo-relationnel.

Mots-clés : Agression sexuelle à l'enfance; concept de soi sexuel; sexualité; adaptation; rétablissement

ABSTRACT

The scientific literature shows that childhood sexual abuse (CSA) can have deleterious impacts on the sexual functioning, and particularly the sexual self-concept (i.e., perceptions of oneself as a sexual being) of adult survivors. To adapt to these impacts, survivors may mobilize different strategies, which are likely to modulate their recovery process. However, the impacts on sexual self-concept and sexual functioning, as well as the coping strategies specifically deployed in the sexual sphere, remain understudied in this population. Yet, both are key components of CSA survivors' recovery. Although there is considerable heterogeneity in the sexual and adaptive functioning of CSA survivors, the specificities of men's and women's sexual experiences are sparsely documented. Nonetheless, they are essential to the development of effective interventions. The overall aim of this thesis was to document the contribution of the sexual self-concept to the sexual and adaptive functioning of CSA survivors, and to identify its gender specificities. Two specific objectives were pursued: (1) to document the manifestations of sexual self-concept in survivors of CSA and (2) to describe the adaptive processes mobilized to cope with the sexual sequelae of CSA and their interrelationship with sexual self-concept.

A mixed methods design was employed to document the manifestations of sexual self-concept in CSA survivors (specific objective 1). A total of 175 participants (105 women and 70 men) completed online questionnaires. Profiles of survivors were derived from a hierarchical cluster analysis based on their sexual self-concept (i.e., sexual esteem, concerns, depression), then compared on sociodemographic and sexual functioning variables. The quantitative results revealed three profiles. The *Confident and non-preoccupied* profile, comprising more women, is characterized by moderate sexual esteem and low levels of sexual preoccupation, depression and compulsion. The *Demeaning and depressive* profile, which includes more men, presents low levels of sexual esteem and sexual satisfaction, as well as more sexual depression and sexual difficulties. The *Hyperconfident and preoccupied* profile, composed mostly of men, shows the highest levels of sexual esteem, preoccupation and compulsion, and the lowest levels of sexual satisfaction and difficulties. Of the survivors who completed the questionnaire, 51 (25 women and 26 men) also took part in a semi-structured individual interview. Content analysis revealed distinct manifestations of an altered sexual self in CSA survivors: the blurred, broken, filthy, object, unlovable and inferior sexual self. Women express a sense of themselves as broken sexual beings, destined to satisfy others, while men report feeling inferior and unmasculine compared to other men.

A multi-method qualitative approach was used to describe the adaptive processes mobilized to cope with the sexual sequelae of CSA and their interrelationship with sexual self-concept (specific objective 2). A content analysis was carried out on the qualitative data collected from the sample of 51 participants. Results showed that survivors report a progression from the use of avoidance strategies (i.e., sexual restriction, disconnection, acquiescence, overinvestment and domination) to more approach strategies (e.g., redefinition, acceptance, reappropriation, sexual assertiveness and support), encouraged by a more authentic sexual self. Both women and men expressed using sexual compliance as a strategy to feel loved, but only women mention doing so out of a sense of duty. Women focused on sexual intimacy and formal help-seeking, while only men reported turning to non-sexual activities to foster intimacy, then resorting to domination and medication to overcome

their sexual sequelae. Finally, a metasynthesis was conducted to identify adaptive approach strategies and their potential implication for recovery using available studies. A total of 8 articles were analyzed. A content analysis based on the *The drive to move forward* conceptual framework identified a process of sexo-relational recovery from CSA, highlighting the importance of defining oneself over and above CSA, and of mobilizing sexual approach strategies, as well as the social factors hindering this process. For women, their recovery was characterized by taking back power over their sexuality, and the legitimization of their own sexual needs, while for men, it focused on the expression of sexual limits and detachment from norms of masculinity.

Considering these findings, this thesis provides relevant empirical and theoretical foundations on which practice settings can build to support CSA survivors in their sexo-relational recovery process.

Keywords: Child sexual abuse; sexual self-concept; sexuality; coping; recover

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Problématique

Lors de sa 50^e assemblée en 1996, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proclame que les violences interpersonnelles constituent l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. En tant que forme de violences interpersonnelles, l'OMS reconnaît que l'agression sexuelle à l'enfance (ASE) constitue un phénomène particulièrement préoccupant parce qu'elle entraîne des conséquences graves et des coûts sociaux élevés en matière de soins et de services (Letourneau *et al.*, 2018), mais surtout parce qu'elle contrevient aux droits fondamentaux des personnes qui en sont victimes.

Parallèlement, l'ASE est reconnue comme un enjeu social important au Québec. Des mesures législatives (p. ex., Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels, y compris les agressions sexuelles) et plusieurs services d'aide sont mis sur pied pour soutenir les survivant.e.s, et plusieurs campagnes de prévention sont déployées. De plus, une série d'orientations en matière d'agressions sexuelles sont émises par le gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2001) afin d'offrir une compréhension commune de ce qu'est l'agression sexuelle et notamment auprès des enfants. La définition suivante est proposée :

« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne » (Gouvernement du Québec, 2001, p.22)

Or, bien que plusieurs efforts aient été déployés dans les dernières années pour lutter contre les ASE, des données indiquent que le phénomène est encore répandu. Une méta-analyse effectuée à l'échelle mondiale indique qu'une fille sur cinq (20%) et un garçon sur dix (10%) ont été victimes d'agression sexuelle à l'enfance (ASE), soit avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh *et al.*, 2011). Plus précisément au Québec, l'étude de Tourigny et ses collègues (2008), qui a documenté la prévalence des ASE auprès d'un échantillon représentatif de 1 002 adultes, rapporte des taux similaires aux

données mondiales pour les garçons (10%) et pour les filles (22%) (Tourigny *et al.*, 2008). Une étude plus récente ayant documenté la prévalence des ASE auprès d'un échantillon représentatif de 8 194 adolescent.e.s provenant de 34 écoles secondaires à travers le Québec révèle que 14,9% des filles et 3,9% des garçons rapportent une ASE (Hébert *et al.*, 2019). Ces chiffres alarmants soulignent la nécessité de parfaire les connaissances à propos des ASE, mais aussi de mieux comprendre le vécu des survivant.e.s afin d'améliorer les pratiques d'intervention, tel que souligné dans les plus récentes stratégies gouvernementales visant à prévenir et à contrer les violences sexuelles (2016-2021) et la violence conjugale et rebâtir la confiance (2022-2027).

Au cours des dernières années, cette quête de compréhension a donné lieu à un corpus abondant d'études qui se sont attardées à documenter les impacts de l'ASE sur la santé psychologique et physique des survivant.e.s. Toutefois, les impacts sur la vie intime et sexuelle ont été beaucoup moins investigués bien que certaines données soulignent des séquelles à long terme au niveau du fonctionnement sexuel (Loeb *et al.*, 2002; Fergusson *et al.*, 2013; Trickett *et al.*, 2011). Le fonctionnement sexuel, qui ne se limite pas à l'absence des dysfonctions sexuelles, est multidimensionnel et relève notamment des aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la sexualité humaine (DeLamater et Karraker, 2009). Il comprend la fonction sexuelle (p. ex., capacités de désir, d'excitation et d'orgasme), ainsi que les comportements, les cognitions et les affects en lien avec la sexualité. Or, une grande variabilité et une hétérogénéité de séquelles sexuelles est observée dans le cadre de ces études. Cette hétérogénéité peut, entre autres, s'expliquer par une plus grande propension des études antérieures à mobiliser des approches méthodologiques centrées sur les variables (c.-à-d., qui visent à comprendre les relations entre les variables au sein d'un même groupe de personnes) (Howard et Hoffman, 2018) pour étudier le fonctionnement sexuel des survivant.e.s. Bien que ces approches soient utiles et pertinentes pour comprendre les relations entre les différentes composantes du fonctionnement sexuel chez l'ensemble des survivant.e.s d'ASE, elle permet difficilement de mettre en évidence les spécificités de certains sous-groupes de survivant.e.s. Or, l'identification de ces spécificités est nécessaire pour adapter les interventions aux différentes réalités et aux besoins des survivant.e.s.

Par ailleurs, peu d'études ont considéré simultanément différentes composantes de la sexualité des survivant.e.s (c.-à-d., les affects, les comportements, les attitudes, les représentations de soi) dans leurs analyses, se limitant généralement aux dysfonctions et aux comportements sexuels à risque.

Il n'en demeure pas moins que les composantes cognitives et identitaires constituent des composantes importantes du fonctionnement sexuel des survivant.e.s d'ASE (Bigras *et al.*, 2021) et peuvent être liées à la satisfaction sexuelle (Guyon *et al.*, 2023). À ce propos, le concept de soi sexuel, qui réfère aux perceptions et représentations de soi en tant qu'être sexuel (Snell, 1998), constitue un important prédicteur des comportements sexuels et des difficultés sexuelles (p. ex., anorgasmie, dyspareunie) chez les survivant.e.s d'ASE (Lemieux et Byers, 2008; Niehaus *et al.*, 2010; Kilimnik *et al.*, 2018). Bien que le concept de soi sexuel ait été investigué auprès d'échantillons issus de la population générale, les connaissances sont limitées quant à ses manifestations chez les survivant.e.s d'ASE et ses interrelations avec d'autres composantes du fonctionnement sexuel. Pourtant, l'étude du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE est nécessaire puisqu'il est reconnu que les traumatismes interpersonnels tendent à altérer le concept de soi des individus (Kouvelis et Kangas, 2021). D'ailleurs, ces impacts sont particulièrement susceptibles de s'exprimer dans la sexualité des survivant.e.s à l'âge adulte (Bigras *et al.*, 2021; Finkelhor et Browne, 1985; Gewirtz-Meydan et Ofir-Lavee, 2020; Maltz, 2012).

Afin de composer avec les diverses séquelles sexuelles que peuvent occasionner les ASE, incluant les altérations au niveau du concept de soi sexuel, les survivant.e.s peuvent mobiliser différentes stratégies adaptatives (c.-à-d., efforts cognitifs, affectifs et comportementaux visant à gérer une situation stressante ou traumatique; Lazarus et Folkman, 1984). Des études mettent d'ailleurs en évidence des stratégies d'évitement et d'approche, qui consistent à confronter la situation traumatique et ses répercussions ou alors, à les éviter (Roth et Cohen, 1986). Le recours aux stratégies d'évitement sur le plan sexuel serait lié à une plus faible estime sexuelle (Kuzma et Black, 2008; Lemieux et Byers, 2008), ainsi qu'à un risque accru de revictimisation (Fortier *et al.*, 2009; Livingston *et al.*, 2007). Quant aux stratégies d'approche, elles seraient plus susceptibles de favoriser le rétablissement (Roller *et al.*, 2009). Ces constats soulignent donc la pertinence de mieux comprendre l'ensemble des stratégies adaptatives mobilisées par les survivant.e.s pour composer avec les séquelles de l'ASE au plan sexuel. Toutefois, bien que les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s d'ASE à la suite d'un vécu traumatique soient relativement bien documentés, les processus qui s'opèrent spécifiquement sur le plan sexuel (c.-à-d., la façon dont ils ou elles composent avec les séquelles sexuelles de l'ASE) le sont beaucoup moins. En effet, les stratégies adaptatives et le processus de rétablissement des survivant.e.s d'ASE sont presque

exclusivement appréhendés dans une perspective globale qui ne sont pas en mesure de rendre compte des composantes sexo-relationnelles impliquées de ces processus (c.-à-d., ne sont pas spécifiques au contexte de la sexualité). Pourtant, rappelons que l'ASE est un traumatisme de nature interpersonnelle et sexuelle qui implique des gestes sexuels non désirés commis, le plus souvent, par un.e proche ou une personne de confiance (Wager, 2013). De surcroît, bien que certains liens entre le concept de soi sexuel et les processus adaptatifs aient été mis en évidence dans les études antérieures, il demeure difficile d'en comprendre concrètement les interrelations entre ces composantes centrales du fonctionnement sexuel chez les survivant.e.s d'ASE.

Puisque les attitudes et les comportements des hommes et des femmes sont guidés et régis par des normes sexuelles différentes (Wiederman, 2005), les survivant.e.s d'ASE sont susceptibles de vivre des séquelles sexuelles et mobiliser des stratégies adaptatives sexo-spécifiques. Par exemple, le fait de vivre des difficultés sexuelles peut déroger des normes traditionnelles de masculinité, qui soutiennent que les hommes doivent être performants et entreprenants sur le plan sexuel, ce qui pourrait inciter certains hommes à nier ces difficultés (Hall, 2008), à éviter les relations intimes (O'Leary *et al.*, 2017) ou encore à adopter des comportements d'hypermasculinité pour compenser (Denov, 2004). Quant aux normes de féminité traditionnelles, celles-ci peuvent inciter les femmes à se montrer passives et réservées sur le plan sexuel pour ne pas déplaire à leurs partenaires (Wiederman, 2005), ce qui est susceptible d'entraver l'affirmation de leurs besoins et de leurs limites sur le plan sexuel (Sigurdardottir et Halldorsdottir, 2018). Dès lors, une forte adhésion aux rôles sexuels en cohérence avec son genre pourrait jouer un rôle important dans l'apparition et/ou le maintien des séquelles sexuelles chez les survivant.e.s d'ASE (Hall, 2008). Une majorité d'études abordant le fonctionnement sexuel chez les survivant.e.s a été effectuée auprès des femmes, occultant le vécu sexuel des hommes (O'Leary *et al.*, 2017). D'ailleurs, Bigras et ses collègues (2021) soulèvent un biais important dans les études effectuées auprès des femmes survivantes d'ASE ; ces dernières semblent être orientées et focalisées majoritairement sur une seule des trajectoires sexuelles pouvant être vécue à la suite de l'ASE, soit l'évitement de la sexualité. Or, mettre en lumière le vécu sexuel spécifique des hommes et des femmes survivant.e.s apparaît essentiel à l'identification de cibles d'intervention pertinentes et efficaces pour améliorer leur fonctionnement sexuel (Aaron, 2012).

1.2 État des connaissances actuelles

Afin de pouvoir mieux cerner les connaissances actuelles relatives au fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE, ainsi que l'apport du concept de soi sexuel dans ce dernier, la présente section s'attardera à exposer les résultats des études empiriques antérieures. Les séquelles sexuelles de l'ASE, notamment sur le concept de soi sexuel et les processus adaptatifs, en plus des spécificités liées au genre concernant le fonctionnement sexuel des survivant.e.s seront décrites dans les sections suivantes.

1.2.1 L'ASE et le fonctionnement sexuel : hétérogénéité de séquelles sexuelles

Le caractère intrusif et la stimulation sexuelle précoce qu'occasionne une ASE contribuent à perturber la séquence normale du développement sexuel (Trickett et Putnam, 1993). Ces expériences traumatiques outrepassent les capacités des enfants qui n'ont pas les outils nécessaires pour comprendre et gérer ce qui leur arrive. Ainsi, l'ASE est particulièrement susceptible de créer une confusion quant aux rôles et normes sexuelles appropriés chez l'enfant ou l'adolescent.e, ce qui affectera la façon dont ils ou elles percevront leur corps et leur sexualité et par le fait même, aura un impact sur le rapport qu'ils ou elles entretiendront avec la sexualité à l'âge adulte (Finkelhor et Browne, 1985).

À ce propos, un large registre d'impacts sur le plan de la sexualité a été mis en lumière dans des études réalisées auprès d'adultes survivant.e.s d'ASE. Notamment, ils ou elles tendent à initier plus tôt leurs premières activités sexuelles et à adopter des comportements sexuels à risque (Fergusson *et al.*, 2013; Trickett *et al.*, 2011). À ce propos, les études révèlent une utilisation inconsistante ou l'absence de protection durant les activités sexuelles (Homma *et al.*, 2012; Lacelle *et al.*, 2012), une plus grande consommation d'alcool ou de drogues en contexte sexuel (Hitter *et al.*, 2017; Schraufnagel *et al.*, 2010) et un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie (Conley et Garza, 2011; Fergusson *et al.*, 2013). Les études font toutefois état de résultats contradictoires quant aux comportements sexuels à risque chez les hommes et les femmes. Par exemple, les résultats de l'étude de Najman *et al.*, (2005) indiquent que le nombre total de partenaires sexuels est significativement et positivement associé au vécu d'ASE pour les femmes, mais ne le serait pas pour les hommes. L'étude de Negriff *et al.*, (2015), quant à elle, rapporte que les hommes ayant vécu des mauvais traitements à l'enfance, incluant des expériences d'ASE,

auraient tendance à avoir plus de partenaires sexuels au cours de leur vie que les femmes victimes de maltraitance.

À cet effet, deux grands pôles sont documentés dans le corpus scientifique concernant l'intimité et à la sexualité des survivant.e.s d'ASE : des attitudes et des comportements marqués par l'évitement des relations intimes et sexuelles ou à l'inverse, caractérisés par la compulsion et la dépendance sexuelles (Guyon *et al.*, 2021; Labadie *et al.*, 2018; Lemieux et Byers, 2008; O'Leary *et al.*, 2017; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015). Une revue de la documentation scientifique effectuée par Aaron (2012) montre d'ailleurs que la trajectoire d'hypersexualité et de compulsion serait davantage empruntée par les hommes survivants, alors que celle d'hyposexualité et d'évitement le serait davantage par les femmes. Néanmoins, certaines incohérences sont constatées au sein du corpus scientifique. En effet, des études rapportent que les hommes font davantage preuve de compulsivité sexuelle que les femmes (Skegg *et al.*, 2010; Meyer *et al.*, 2017; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015), tandis qu'une autre étude observe un lien significatif entre l'ASE et les comportements sexuels addictifs à la fois chez les hommes et chez les femmes survivant.e.s (Plant *et al.*, 2005). Une étude qualitative à quant à elle, relevé des comportements d'évitement de l'intimité et de la sexualité dans le discours des hommes survivants (Kia-Keating *et al.*, 2010), alors que l'évitement de la sexualité a été rapporté comme étant un patron plus typiquement féminin, notamment en raison de la crainte que les femmes sexuellement victimisées puissent développer à l'égard des hommes (Roller *et al.*, 2009).

Les survivant.e.s d'ASE sont par ailleurs davantage susceptibles de rapporter des difficultés sexuelles, telles que des difficultés au plan de la réponse sexuelle (p. ex., désir, excitation, orgasme), une moindre satisfaction sexuelle, ainsi que des douleurs lors des activités sexuelles (Gewirtz-Meydan et Opuda, 2022; Staples *et al.*, 2012; Pulverman *et al.*, 2018). Des sentiments de honte et de culpabilité en lien avec la sexualité sont également relatés par plusieurs études et semblent étroitement liés au vécu de dysfonctions sexuelles des survivant.e.s d'ASE (Easton *et al.*, 2011; Pulverman et Meston, 2020; Kilimnik et Meston, 2021). Les survivant.e.s auraient aussi une moins bonne capacité à exprimer leurs besoins et leurs limites sur le plan sexuel (Watson *et al.*, 2013), notamment parce qu'ils ou elles auraient été socialisé.e.s dans un rôle de victime qui renvoie à la passivité et à l'impuissance (Livingston *et al.*, 2007). D'ailleurs, les survivant.e.s d'ASE sont particulièrement à risque de subir de nouvelles expériences de victimisation sexuelle au cours de

leur vie (Walker *et al.*, 2019), en raison des répercussions vécues sur le plan sexuel qui peuvent, en retour, contribuer à une plus grande vulnérabilité à la revictimisation (Castro *et al.*, 2019). Ainsi, les résultats des études convergent à l'effet que l'ASE pose un risque accru pour les femmes survivantes de vivre des dysfonctions sexuelles, mais le portrait n'est pas si clairement défini pour les hommes. En effet, certaines études n'ont pas relevé de lien entre l'ASE et les dysfonctions sexuelles chez les hommes survivants (Gewirtz-Meydan et Opuda, 2022; Najman *et al.*, 2005), alors que la méta-analyse de Wang *et al.*, (2022) conclut que l'ASE pose un risque accru pour les hommes de vivre des dysfonctions sexuelles.

En somme, le portrait des impacts de l'ASE sur la sexualité des survivant.e.s est complexe, hétérogène et il demeure difficile de cerner concrètement le vécu spécifique des hommes et des femmes en raison des disparités retrouvées au sein du corpus scientifique. Par ailleurs, l'ASE a principalement été étudiée sous l'angle des comportements (p. ex., pratiques à risque, évitement, compulsion). Les aspects cognitifs et identitaires du fonctionnement sexuel des survivant.e.s d'ASE, plus particulièrement le concept de soi sexuel, ont été moins documentées comparativement aux aspects comportementaux ou physiologiques (Bigras *et al.*, 2021). Pourtant, le concept de soi sexuel constitue un important prédicteur des comportements sexuels (Hensel *et al.*, 2011) et de la fonction sexuelle (Lacelle *et al.*, 2012; Rellini *et al.*, 2011). D'ailleurs, des impacts profonds sur l'estime, la perception de soi et l'identité à titre d'être sexuel sont observés non seulement sur le plan empirique mais dans la pratique clinique auprès des survivant.e.s d'ASE (Maltz, 2012). Ces constats mettent en lumière l'importance de considérer le concept de soi sexuel comme composante clé du fonctionnement sexuel et de documenter ses manifestations.

1.2.2 L'ASE et le fonctionnement sexuel : concept de soi sexuel

Le concept de soi sexuel réfère aux idées, aux pensées et aux sentiments qu'une personne peut entretenir à propos de sa sexualité ou d'elle-même en tant qu'être sexuel (Snell, 1998). Plus spécifiquement, le concept de soi sexuel est une partie intégrante du concept de soi général qui se développe durant l'enfance et l'adolescence et est reconnue comme une composante clé de la santé sexuelle (Rostosky *et al.*, 2008). Il englobe les perceptions de soi, l'identité et l'estime qui se développent dans la sphère sexuelle (Vickberg et Deaux, 2005). Snell et Papini (1989) ont été parmi les premiers auteurs à conceptualiser et à opérationnaliser le concept de soi sexuel en développant

une mesure qui est devenue un point de référence dans les écrits scientifiques. Selon cette conceptualisation, le concept de soi sexuel comprend l'estime sexuelle (c.-à-d., une vision positive et une confiance en sa capacité à vivre la sexualité de manière satisfaisante et agréable), la dépression sexuelle (c.-à-d., des idées dépressives à propos de sa vie sexuelle) et les préoccupations sexuelles (c.-à-d., la tendance à penser à la sexualité de manière excessive).

Les survivant.e.s d'ASE peuvent entretenir des perceptions de soi négatives qui seront susceptibles de se consolider à l'âge adulte (Kouvelis et Kangas, 2021). D'ailleurs, des observations cliniques suggèrent que les survivant.e.s sont plus susceptibles de se percevoir comme étant des personnes mauvaises, inférieures et brisées; des perceptions négatives à propos de soi qui résonnent et se manifestent particulièrement dans leur vie intime et sexuelle (Maltz, 2012). Les résultats d'études empiriques soutiennent ces observations cliniques et montrent que les traumatismes interpersonnels peuvent être associés à des altérations au niveau du concept de soi sexuel à l'âge adulte qui peuvent, en retour, affecter le fonctionnement sexuel (Bigras *et al.*, 2020). Les études conduites auprès de survivant.e.s d'ASE indiquent d'ailleurs de faibles niveaux d'estime sexuelle (Crete et Singh, 2015; Turner *et al.*, 2010; Van Bruggen *et al.*, 2006), davantage de distorsions cognitives à l'égard de la sexualité (Trickett *et al.*, 2011) et une perception de soi comme objet sexuel (Hitter *et al.*, 2017; O'Leary *et al.*, 2017).

Or, bien qu'un nombre restreint d'études se soient attardées spécifiquement au concept de soi sexuel des survivant.e.s d'ASE, celles disponibles laissent entrevoir qu'il pourrait jouer un rôle clé pour mieux caractériser le fonctionnement sexuel et réduire l'hétérogénéité observée. À cet effet, l'étude de Lacelle *et al.*, (2012), effectuée auprès de femmes survivant.e.s de trauma à l'enfance, révèle que l'ASE peut avoir un impact négatif sur le concept de soi sexuel qui, en retour, serait lié à une plus grande propension à rencontrer des problèmes d'ordre sexuel. L'étude de Lemieux et Byers (2008) conduite auprès de femmes survivant.e.s, montre que l'estime sexuelle, une composante spécifique du concept de soi sexuel, est négativement associée à des dysfonctions sexuelles et positivement associée à l'évitement de la sexualité. D'autres résultats révèlent également qu'une faible estime sexuelle et des préoccupations sexuelles permettent d'expliquer la revictimisation sexuelle chez les survivantes d'ASE (Van Bruggen *et al.*, 2006). Finalement, l'étude de Guyon *et al.*, (2022) montre que l'estime sexuelle est positivement associée à la

satisfaction sexuelle, alors que la dépression sexuelle est négativement associée avec celle-ci chez les adultes survivant.e.s d'ASE.

Les spécificités de genre relatives au concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE ont été investiguées mais de façon limitée. Quelques études ont néanmoins permis de mettre en évidence certaines différences entre les hommes et les femmes survivant.e.s. Par exemple, l'étude qualitative de Denov (2004), conduite auprès d'hommes et de femmes adultes ayant vécu une ASE commise par une femme, rapporte que les femmes survivantes expriment des réticences à afficher une expression de genre plus féminine et tendent à se vêtir de manière plus neutre ou masculine pour se sentir plus en sécurité car elles percevaient les femmes comme dangereuses en raison des expériences de victimisation vécues. Pour les hommes, le fait d'avoir été abusé par une femme, perçue comme « plus faible », porterait atteinte à leur masculinité et induirait des comportements d'hypermasculinité pour compenser (p. ex., adopter une attitude de dur-à-cuire, avoir des relations sexuelles avec des femmes peu expérimentées) (Denov, 2004). En somme, ces résultats suggèrent que les hommes survivants auraient davantage tendance à pallier leur concept de soi sexuel altéré en réaffirmant leur masculinité à travers des comportements conformes à leur genre, alors que les femmes auraient tendance à atténuer leur féminité, en adoptant elles aussi certains comportements conformes au genre masculin. Des constats semblables sont également recensés dans d'autres études conduites auprès d'hommes ayant été abusés par un homme. Par exemple, l'étude qualitative de O'Leary *et al.*, (2017) met en lumière les sentiments de confusion par rapport à l'identité que peuvent ressentir particulièrement les hommes survivants. Ces perturbations s'expliquent notamment par le fait que l'ASE, surtout lorsque commise par un homme sur un garçon, entre en contradiction avec les normes de genre masculines traditionnelles (p. ex., domination, virilité) et celles d'hétéronormativité, ce qui pourrait susciter une confusion chez les hommes survivants au niveau de leur identité sexuelle (O'Leary *et al.*, 2017).

Dès lors, il est possible que les hommes et les femmes survivant.e.s d'ASE ne se perçoivent pas tout à fait de la même façon sur le plan sexuel et peuvent vivre leur sexualité différemment parce qu'ils ou elles ne sont pas régulé.e.s par les mêmes normes de genre en matière de sexualité. Les normes occidentales de masculinité encourageraient les hommes à être dominants, toujours disponibles et désireux d'avoir des activités sexuelles, alors que les normes de féminité traditionnelles inciteraient les femmes à être plus passives et réservées sur le plan sexuel, surtout

pour ne pas déplaire aux hommes (Wiederman, 2005). Toutefois, les études réalisées auprès des survivant.e.s d'ASE qui s'attardent à leur fonctionnement sexuel sont rares et typiquement réalisées auprès d'un échantillon qui comprend exclusivement des femmes ou des hommes, limitant ainsi les comparaisons rigoureuses.

Ainsi, les séquelles sexuelles rapportées par les survivant.e.s semblent étroitement liées et sont fréquemment expliquées par la façon dont les survivant.e.s perçoivent leur sexualité et se perçoivent en tant qu'être sexuel (c.-à-d., leur concept de soi sexuel). Bien que les données empiriques et cliniques attestent de l'importance de mieux comprendre les impacts de l'ASE sur le concept de soi sexuel et plus généralement sur le fonctionnement sexuel, les données concernant les différentes façons dont il se déploie chez les survivant.e.s d'ASE demeurent limitées. D'ailleurs, les manifestations différenciées du concept de soi sexuel chez les hommes et les femmes sont particulièrement lacunaires, ce qui soulève la pertinence de les mettre en évidence dans cette thèse.

1.2.3 L'ASE et le fonctionnement sexuel : processus adaptatifs

En réponse aux ASE vécues, à ses impacts sur leur vie intime et sexuelle et notamment sur leur concept de soi sexuel, les survivant.e.s d'ASE peuvent mobiliser différentes cognitions, attitudes ou comportements au sein de leur sexualité qui ont une visée adaptative. L'adaptation fait référence à l'utilisation de diverses cognitions et comportements pour gérer une situation stressante ou perçue comme menaçante (Lazarus et Folkman, 1984), telle que l'ASE. Bien que les processus adaptatifs soient complexes, les études sur l'adaptation mettent en évidence deux grands types de réactions que les individus peuvent avoir face à une situation traumatique : l'évitement et l'approche. Cette façon dichotomique de classer les stratégies adaptatives a été mobilisée par bon nombre d'auteur.e.s dans les écrits scientifiques sur le trauma (voir la méta-analyse de Littleton *et al.*, 2007). L'approche fait référence aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux orientés vers la situation traumatique, alors que l'évitement consiste à contourner et à nier la situation traumatique (Roth et Cohen, 1986). Les stratégies d'évitement et d'approche peuvent être focalisées vers le problème (p. ex., la situation traumatique) ou les émotions engendrées par ce dernier (Lazarus et Folkman, 1984). En somme, les stratégies d'évitement consistent à contourner la situation traumatique afin d'empêcher les émotions douloureuses de devenir envahissantes, en permettant de prendre de la distance et d'ainsi réduire le stress. Les stratégies d'approche visent à gérer et à

confronter directement la situation traumatique ou les émotions qui y sont liées, ce qui est susceptible de permettre l'intégration des expériences douloureuses (Roth et Cohen, 1986).

L'adaptation face aux événements d'ASE a d'ailleurs été documentée par plusieurs études antérieures (Spaccarelli, 1994; Walsh *et al.*, 2010). La revue des écrits de Walsh *et al.*, (2010) met en lumière différentes stratégies mobilisées par les survivant.e.s pour s'adapter aux ASE à court et à plus long terme. Les stratégies d'évitement rapportées dans les études recensées par Walsh et ses collègues (2010) sont la répression de la mémoire (p. ex., éviter de penser aux événements ou oublier complètement ceux-ci), la minimisation des événements ou de leurs répercussions, la distraction (p. ex., se changer les idées), la dissociation, l'usage de substances comme l'alcool ou les drogues, les comportements visant à réduire de tension (p. ex., mutilations) et bien d'autres. Les stratégies d'approche identifiées, quant à elles, réfèrent principalement au dévoilement de l'ASE, au recadrage cognitif ou à la réévaluation positive des événements, au refus de ne s'attarder qu'au passé, à la recherche de soutien et plus encore (Walsh *et al.*, 2010). Plusieurs études convergent d'ailleurs vers un constat important à l'effet que les stratégies d'évitement, bien qu'elles puissent procurer un apaisement à court terme, sont susceptibles de créer davantage de détresse ou d'exacerber les symptômes des survivant.e.s sur le long terme (Littleton *et al.*, 2007; Roth et Cohen, 1986). À ce propos, les stratégies d'évitement seraient significativement associées aux symptômes de stress post-traumatique, ainsi qu'à la revictimisation sexuelle (Batchelder *et al.*, 2021; Fortier *et al.*, 2009). À l'inverse, des stratégies d'approche orientées vers la reconnaissance du trauma et de ses impacts favoriseraient une meilleure adaptation psychologique et feraient partie intégrante du processus de rétablissement (Phanichrat et Townshend, 2010; Walsh *et al.*, 2010).

Les processus d'adaptation et de rétablissement mis de l'avant dans plusieurs études conduites auprès des survivant.e.s d'ASE identifient d'ailleurs le concept de soi positif comme une composante clé de ces processus. Par exemple, l'étude qualitative de Phanichrat et Townshend (2010) décrit plusieurs stratégies adaptatives qui contribuent au processus de rétablissement des survivant.e.s d'ASE et qui sont étroitement liées au concept de soi positif, dont la pensée optimiste, la recherche de sens et de soutien, ainsi que l'acceptation de soi. Les travaux de Chouliara *et al.*, (2014) proposent un modèle conceptuel de rétablissement à la suite d'un vécu d'ASE, incluant des facteurs facilitants et obstacles au rétablissement, selon lequel les survivant.e.s évoluent d'un « soi affecté » vers un « soi en voie de rétablissement ». Le « soi affecté » est caractérisé par le manque

de conscience de ses limites, la culpabilité, la honte, l'excès d'indépendance, l'excès de vigilance, la solitude et la stigmatisation sociale. Le « soi en voie de rétablissement » se caractérise par une plus grande confiance en soi, la capacité à prendre soin de soi, l'affirmation de soi et l'acceptation de sa vulnérabilité (Chouliara *et al.*, 2014). Ainsi, le processus de rétablissement qui s'opèrent suivant les événements d'ASE requiert l'utilisation de stratégies adaptatives d'approche dans lesquelles le développement d'un concept de soi positif semble déterminant.

Bien que les processus d'adaptation et de rétablissement généraux mobilisés par les survivant.e.s d'ASE soient relativement bien connus, très peu de données sont disponibles concernant la façon dont ils ou elles s'adaptent spécifiquement aux séquelles sexuelles laissées par l'ASE. Certains travaux font état, par exemple, de comportements d'évitement telles que le fait de ne pas s'engager dans des relations intimes et sexuelles par crainte de souffrir de nouveau ou d'éviter de penser aux aspects problématiques de sa sexualité (Guyon *et al.*, 2019; Lemieux et Byers, 2008; Staples *et al.*, 2012) ou alors de comportements de compulsion sexuelle visant à soulager temporairement les émotions induites par les ASE telles que la culpabilité, la honte, la solitude et la détresse, ainsi qu'une mauvaise image et estime de soi (Kuzma et Black, 2008; Perera *et al.*, 2009). La consommation de substances et la dissociation durant les activités sexuelles sont également rapportées comme des stratégies permettant d'engourdir les émotions désagréables qui peuvent être associées à la sexualité (Bird *et al.*, 2014; Schraufnagel *et al.*, 2010).

Les données disponibles sur les stratégies adaptatives mobilisées sur le plan sexuel montrent d'une part, que les hommes et les femmes sont susceptibles de composer différemment avec les ASE et leurs séquelles et d'autre part, que les stratégies qu'ils ou elles utilisent n'auraient pas la même fonction. Les femmes survivantes d'ASE ont tendance à intérioriser leur douleur émotionnelle, tandis que les hommes tendent plutôt à l'extérioriser (Sigurdardottir *et al.*, 2014). De surcroît, l'étude de Meston *et al.*, (1999) stipulent que chez les survivant.e.s d'ASE, les femmes sont davantage susceptibles de se culpabiliser face à leurs comportements sexuels, tandis que les hommes vont percevoir ces derniers comme une tentative de réaffirmer leur masculinité. D'ailleurs, certaines normes de masculinité dans la société occidentale (p. ex., un homme devrait toujours désirer une activité sexuelle) permettent difficilement de s'identifier comme « victime » d'ASE et peuvent expliquer pourquoi plusieurs hommes éviteront d'identifier leurs expériences comme abusives ou nieront avoir des séquelles liées aux ASE (Stanley *et al.*, 2004). De même, le fait de

vivre des répercussions sur le plan sexuel pourrait être interprété comme allant à l'encontre des normes traditionnelles de masculinité (Kia-Keating *et al.*, 2005), pouvant conduire les hommes survivants d'ASE à adopter des stratégies d'évitement (p. ex., éviter l'intimité sexuelle) afin de préserver une image positive d'eux-mêmes. Dès lors, une forte adhésion aux rôles sexuels en cohérence avec les normes socialement valorisées pourrait jouer un rôle important dans l'apparition et le maintien des séquelles sexuelles chez les survivant.e.s d'ASE (Hall, 2008), en plus d'avoir une incidence sur les stratégies adaptatives mobilisées pour y faire face.

Finalement, les stratégies d'évitement déployées dans la sphère sexuelle peuvent témoigner d'un moins bon fonctionnement sexuel en plus de favoriser la revictimisation (Livingston *et al.*, 2007; Orcutt *et al.*, 2005; Schraufnagel *et al.*, 2010). À l'inverse, certaines stratégies d'approche sur le plan sexuel sont également rapportées, comme le fait d'accepter les difficultés sexuelles vécues, de redéfinir ses conceptions d'une intimité et d'une sexualité satisfaisante, ainsi que d'affirmer et de faire respecter ses besoins et ses désirs auprès d'un.e partenaire intime (Hitter *et al.*, 2017; Kia-Keating *et al.*, 2010; Newsom et Myers-Bowman, 2017; Roller *et al.*, 2009). Or, des stratégies d'approche misant sur une plus grande flexibilité sur le plan sexuel semblent promouvoir un concept de soi sexuel plus favorable et un meilleur fonctionnement sexuel (Reese *et al.*, 2010). Ainsi, les deux patrons de comportements précédemment identifiés tels que celui marqué par l'aversion et l'évitement ou à l'inverse, celui marqué par la compulsion sexuelle, pourraient en fait avoir une visée adaptative. Ces patrons dichotomiques, ainsi que d'autres stratégies adaptatives mobilisées par les survivant.e.s mériteraient d'être examinées de façon approfondie pour en comprendre les fonctions et les interrelations avec le concept de soi sexuel puisqu'elles sont susceptibles de contribuer à la revictimisation ou au rétablissement des survivant.e.s. Par ailleurs, l'identification des stratégies mobilisées spécifiquement par les hommes et les femmes sur le plan sexuel serait susceptible d'offrir des pistes d'intervention adaptées pour promouvoir leur rétablissement.

1.3 Pertinence et objectifs de la thèse

En somme, en raison des multiples séquelles sexuelles liées au vécu d'ASE mises en évidence dans le corpus scientifique, il importe de réduire cette hétérogénéité afin d'orienter avec plus de précisions les interventions pour améliorer le fonctionnement sexuel des survivant.e.s. Plus

spécifiquement, l'ASE peut engendrer des impacts délétères sur l'identité et la perception que les survivant.e.s ont à l'égard d'eux ou elles-mêmes en tant qu'être sexuel (c.-à-d., le concept de soi sexuel). Par contre, les données sont lacunaires pour comprendre comment ces impacts se manifestent et comment les survivant.e.s s'adaptent à ceux-ci. Le concept de soi sexuel pourrait s'avérer une composante-clé pour caractériser l'hétérogénéité de séquelles sexuelles observées parmi les survivant.e.s, mais cette avenue doit être explorée. De surcroît, étant donné que l'adoption de stratégies d'évitement vis-à-vis les séquelles sexuelles est susceptible de se répercuter négativement sur le concept de soi sexuel, d'accroître le risque de revictimisation et de nuire au rétablissement sexo-relationnel, il importe de les documenter mais aussi d'identifier des stratégies susceptibles de favoriser le rétablissement et mieux-être sexuel des survivant.e.s d'ASE. Toutefois, les stratégies adaptatives mobilisées spécifiquement dans la sphère sexuelle sont très peu documentées malgré le rôle important qu'elles peuvent jouer dans le fonctionnement sexuel des survivant.e.s. Finalement, la majorité des études portant sur la vie intime et sexuelle des survivant.e.s ont été effectuées auprès des femmes survivantes. Ces disparités au sein du corpus scientifique limitent considérablement notre compréhension du fonctionnement sexuel des hommes, ainsi que l'identification de spécificités de genre pouvant être utiles pour adapter les interventions. Or, l'intériorisation des rôles de genre traditionnels peut avoir un impact sur la façon dont les survivant.e.s vivent et se représentent la sexualité, et notamment sur leurs perceptions comme être sexuel.le (Deutsch *et al.*, 2014). En somme, ces lacunes entravent l'identification de cibles d'intervention concrètes qui sont pourtant essentielles à la bonification des pratiques d'intervention sexologiques déployées auprès des survivant.e.s en vue d'améliorer leur vie intime et sexuelle, et plus globalement, de favoriser leur rétablissement.

À la lumière des lacunes identifiées dans le corpus scientifique et dans une optique de bonifier les pratiques d'intervention destinées aux survivant.e.s d'ASE, cette thèse a pour objectif général de : documenter l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE et dégager les spécificités de genre. Cet objectif se décline en deux objectifs spécifiques : (1) documenter les manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE et (2) décrire les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s pour composer avec les séquelles sexuelles de l'ASE et leur interrelation avec le concept de soi sexuel.

Cette thèse permettra de produire des informations riches sur le plan empirique et théorique, mais aussi sur le plan clinique puisque des pistes d'intervention pertinentes pour la pratique sexologique seront proposées à la lumière des résultats. Le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE sera documenté de manière holistique, en mettant en lumière plusieurs de ces composantes : les attitudes et les comportements sexuels, les représentations de soi sur le plan sexuel, ainsi que les perceptions et les significations qui sont accordées à la sexualité. Le caractère novateur de la thèse se situe dans la compréhension du concept de soi sexuel et de ses interrelations avec d'autres composantes importantes du fonctionnement sexuel, telles que les processus adaptatifs, tant chez les femmes que les hommes. De plus, les séquelles sexuelles et les stratégies mobilisées par les survivant.e.s pour s'y adapter seront dégagées et des cibles d'intervention seront identifiées afin de réduire les risques potentiels de revictimisation et favoriser le rétablissement sexo-relationnel. Dès lors, les résultats de cette thèse contribueront à offrir des modèles conceptuels qui tiennent compte des différentes manifestations du concept de soi sexuel et de ses interrelations avec les processus adaptatifs mobilisés spécifiquement sur le plan sexuel par les survivant.e.s afin de guider les interventions éducatives, préventives et thérapeutiques. Par ailleurs, le recours à un échantillon composé d'hommes et de femmes permettra de procéder à des comparaisons plus rigoureuses que lorsque ces comparaisons sont effectuées sur la base d'échantillons différents. L'identification de spécificités de genre quant au fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s permettra de dégager des cibles d'intervention sexo-spécifiques et ainsi adapter les pratiques d'intervention aux réalités des survivant.e.s. Ultimement, le déploiement de pratiques d'intervention mieux adaptées auront des retombées positives sur le mieux-être sexuel et le rétablissement des survivant.e.s, en plus de favoriser la reprise de pouvoir sur leur vie intime et sexuelle.

CHAPITRE 2 : ANCRAGES THÉORIQUES, ÉPISTÉMOLOGIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

2.1 Ancrages théoriques et leur interdisciplinarité

Le fonctionnement sexuel et adaptatif des hommes et des femmes survivant.e.s d'ASE est un phénomène complexe et multidimensionnel qui gagne à être étudié et approfondi de manière interdisciplinaire. Le fonctionnement sexuel comprend plusieurs composantes de la sexualité, dont la réponse sexuelle, les comportements, les attitudes, les émotions, les cognitions et l'identité (DeLamater et Karraker, 2009). Ces composantes, qui sont davantage d'ordre individuel, peuvent s'influencer mutuellement et peuvent également être influencées par d'autres facteurs d'ordre social ou culturel, telles que les stéréotypes, les normes et les systèmes d'oppression. La discipline de la psychologie permet de mieux saisir comment les cognitions, les représentations et les émotions à propos de soi en tant qu'être sexuel (c.-à-d., concept de soi sexuel) se développent à la suite d'une expérience traumatique telle que l'ASE et comment ces dernières peuvent marquer leur fonctionnement sexuel et adaptatif. La sociologie et les études sur le genre peuvent, quant à elles, aider à mieux comprendre les distinctions entre les hommes et les femmes concernant leur fonctionnement sexuel, entre autres, à la lumière des stéréotypes, des normes et des attentes sociales. Ainsi, en intégrant les perspectives de différents champs d'études et disciplinaires, il est possible d'appréhender le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s dans sa globalité et de mieux comprendre l'apport du concept de soi sexuel dans ce dernier. Pour ce faire, deux modèles théoriques issus de différentes disciplines, sont mobilisés dans cette thèse afin de répondre aux objectifs de recherche.

2.1.1 Le modèle des dynamiques traumagéniques

Le modèle théorique des dynamiques traumagéniques (*Traumagenic dynamics model* ; Finkelhor et Browne, 1985) est l'un des seuls modèles qui permet de comprendre comment et pourquoi les ASE sont susceptibles de perturber le fonctionnement sexuel des survivant.e.s à plus long terme. Puisqu'il considère à la fois les facteurs individuels, relationnels et sociaux qui peuvent expliquer ces perturbations sur le fonctionnement sexuel (p. ex., émotions, réactions de l'entourage, normes sociales), il offre un éclairage porteur pour affiner la compréhension du fonctionnement sexuel des survivant.e.s d'ASE et orienter les interventions visant à améliorer leur vie intime et sexuelle. Il

aborde le développement de la sexualité à plus long terme, ce qui est pertinent pour cette thèse qui s'intéresse au fonctionnement sexuel des survivant.e.s d'ASE à l'âge adulte.

Élaboré à partir d'une recension d'études empiriques et d'observations cliniques, ce modèle postule que l'ASE est susceptible d'altérer la perception qu'une personne se fait à propos de soi et du monde qui l'entoure et, principalement, dans la sphère sexuelle. Les différents impacts des ASE sur la sexualité des survivant.e.s sont catégorisés selon quatre dynamiques traumagéniques : 1) la sexualisation traumatique, 2) la trahison, 3) l'impuissance et 4) la stigmatisation. La *sexualisation traumatique* réfère au processus selon lequel la sexualité des victimes d'ASE, en plus des attitudes et des émotions qui y sont associées, est façonnée de manière inadéquate dans un contexte traumatique et en décalage avec le stade développemental de l'enfant. Les survivant.e.s, une fois adultes, peuvent rapporter des difficultés sur le plan sexuel, l'utilisation de la sexualité pour répondre à d'autres besoins (p. ex., monétaires, affectifs), de l'aversion, de la compulsion sexuelle, des dysfonctions sexuelles ou de la revictimisation sexuelle. La *trahison* postule qu'une ASE commise par un proche ou une personne significative pour le ou la survivant.e engendre une trahison en raison du constat qu'une personne de confiance ou en situation d'autorité l'a manipulé, a menti, a profité de l'enfant ou l'a contraint à avoir des activités sexuelles. Dès lors, à l'âge adulte, les survivant.e.s peuvent devenir plus méfiant.e.s et avoir des difficultés à établir des relations intimes ou, à l'opposé, faire preuve de dépendance affective dans un espoir de regagner la confiance perdue après les événements d'ASE, et ainsi devenir plus à risque d'être revictimisé.e.s sexuellement. L'*impuissance* réfère au fait que l'espace et le corps de l'enfant ont été transgressés. Les manifestations de l'impuissance, notamment à l'âge adulte, concernent les difficultés à adopter des stratégies d'auto-protection efficaces et à s'affirmer sur le plan relationnel et sexuel, ce qui peut également conduire à de la revictimisation sexuelle. Finalement, la *stigmatisation* relève des sentiments de honte et de culpabilité en lien avec l'ASE, qui affectent la façon dont les survivant.e.s se perçoivent et leur estime personnelle par la suite. Les survivant.e.s d'âge adulte peuvent entretenir une perception plus négative d'elles ou eux-mêmes sur le plan de la sexualité et possiblement s'objectiver, c'est-à-dire à croire qu'ils servent uniquement à combler les besoins sexuels d'un autre individu. Or, comme ce modèle informe peu sur la façon dont se développe le concept de soi sexuel et ses distinctions auprès des hommes et des femmes, il devient nécessaire

de mobiliser un modèle complémentaire à celui-ci pour comprendre les manifestations du concept de soi sexuel, ainsi que les spécificités de genre à ce propos.

2.1.2 Le modèle de constructions du soi

Le modèle de constructions du soi (*Self-construals model*) développé par Cross et Madson (1997) est utile afin de mieux comprendre comment le concept de soi sexuel des hommes et des femmes survivant.e.s d'ASE se caractérise et se distingue au sein de la société occidentale. Ce dernier met l'emphase sur les processus individuels (p. ex., expériences, traits de personnalité) et sociaux (p. ex., normes de genre) qui peuvent caractériser l'identité puis explique comment et pourquoi l'identité se développe d'une certaine façon. Comme il s'agit d'un des rares modèles permettant de contraster le concept de soi en fonction du genre, il s'avère particulièrement utile pour documenter les spécificités de genre chez les survivant.e.s d'ASE dans le cadre de cette thèse.

À partir d'une revue des écrits, Cross et Madson (1997) ont élaboré un modèle qui met en évidence deux types de constructions du soi : le soi indépendant et inter-dépendant. Le « soi indépendant » se caractérise par une forte valorisation de l'indépendance, de l'autonomie et de l'individualisme. Par conséquent, les personnes qui manifestent davantage un soi indépendant seraient plus enclines à définir leur estime de soi sur leurs réussites personnelles, leurs compétences et leurs capacités à surpasser ou à se différencier des autres. À l'inverse, le « soi inter-dépendant » mise sur les relations avec les autres et l'harmonie au sein de ces relations. Les personnes qui ont davantage une conception de « soi interdépendant » accordent une importance à la collectivité, la solidarité et la coopération et vont surtout développer leur estime en fonction de leur capacité à créer des liens et à entretenir des relations avec les autres. Les auteurs stipulent que les hommes auraient plus tendance à manifester un « soi indépendant », alors que les femmes seraient plus enclines à manifester un « soi inter-dépendant ». Ces constats sont cohérents avec les normes de genre traditionnelles selon lesquelles les femmes sont reconnues pour leurs compétences sociales, leur amabilité et leur dévotion, alors que les hommes sont plutôt valorisés pour leur indépendance, leur compétitivité et leur débrouillardise (Abele et Wojciszke, 2014). Cross et Madson notent que ces différents types de construction du soi ne sont pas mutuellement exclusifs et qu'il est possible de posséder des caractéristiques issues des deux types, mais que les individus manifestent généralement plus de traits appartenant à l'un des deux types.

Comme plusieurs impacts identitaires et relationnels sont observés chez les survivant.e.s d'ASE, il est possible de croire que l'ASE pourrait affecter le processus de construction du soi, mais aussi plus globalement leur fonctionnement sexuel. Par exemple, un homme survivant qui a ressenti un profond sentiment d'infériorité ou d'impuissance à la suite des événements d'ASE pourrait davantage valoriser l'autonomisation et l'indépendance dans sa vie sexuelle afin de ne pas revivre des sentiments désagréables et préserver une image de soi positive. Il serait donc possiblement plus enclin à développer un soi sexuel de nature indépendante car ce dernier est plus cohérent avec les normes de masculinité traditionnelles. Ainsi, bien que ce modèle cible le concept de soi plus général et pas spécifiquement sexuel, il est pertinent pour comprendre comment les survivant.e.s d'ASE développent leur concept de soi sexuel en considérant l'impact potentiel de ces événements traumatiques et des normes de genre sur celui-ci. Outre ces modèles théoriques, certaines approches épistémologiques et méthodologiques ont été mobilisées afin de répondre adéquatement aux objectifs de recherche.

2.2 Ancrages épistémologiques et méthodologiques

Les ancrages épistémologiques et méthodologiques privilégiés sont décrits dans la section suivante. Le devis mixte et multi-méthodes, les stratégies de recrutement et d'échantillonnage diversifiées, les instruments de mesure validés, ainsi que les stratégies analytiques complémentaires utiles pour documenter l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE, y sont présentés.

2.2.1 Épistémologie pragmatique, devis mixte et multi-méthodes

La présente thèse s'appuie sur une épistémologie pragmatique qui soutient que les connaissances scientifiques sont construites à travers une interaction continue entre les théories, les données et les méthodes. Dans cette logique, les résultats des études devraient être évalués en fonction de leur pertinence pratique et leur utilité à résoudre des problèmes concrets (Morgan, 2007). Le pragmatisme incite à se questionner sur les actions (c.-à-d., les méthodes) les plus adéquates à poser afin de répondre adéquatement aux objectifs de recherche (Pole, 2007). Cette épistémologie cadre avec la présente thèse puisqu'elle mobilise des méthodes complémentaires afin d'étudier le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE dans toute sa complexité et ses nuances.

Pour ce faire, un devis mixte a été mobilisé, où des méthodes complémentaires (c.-à-d., qualitatives et quantitatives) ont été employées pour répondre aux objectifs (voir figure 2.1).

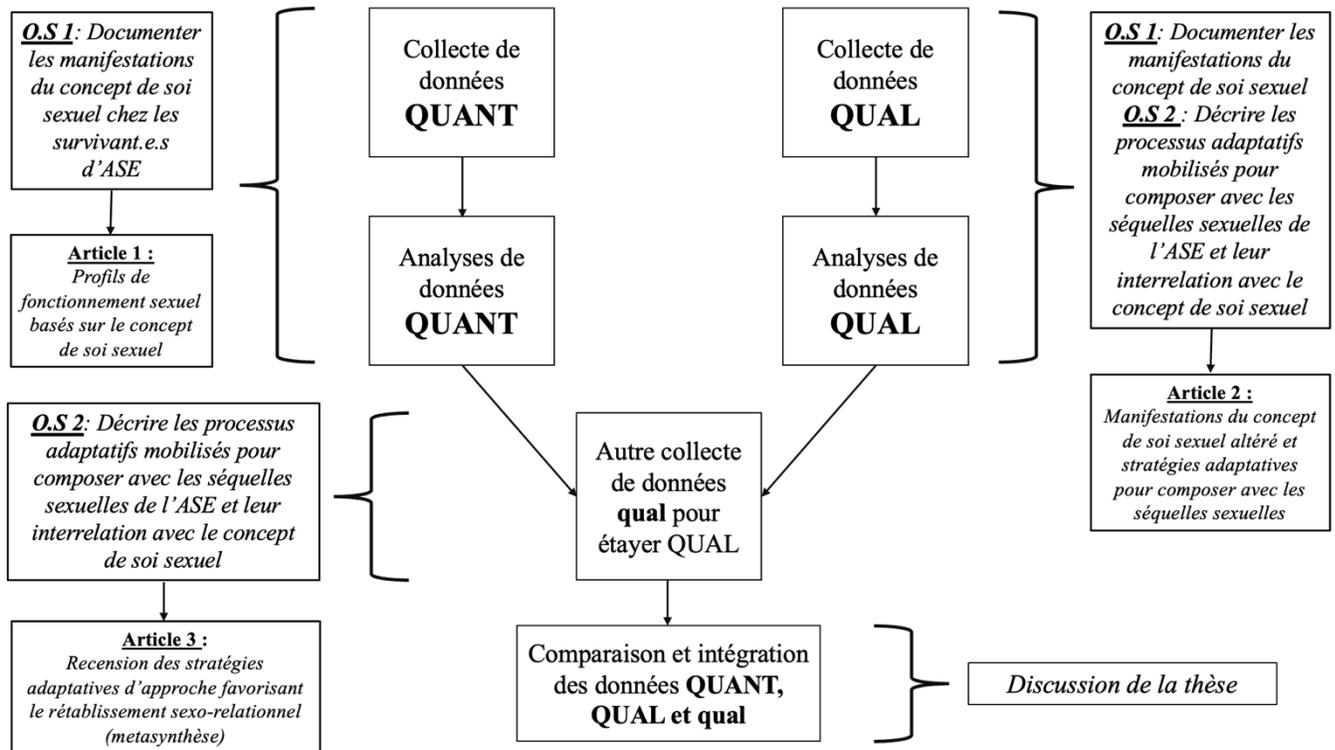


Figure 2.1. Devis mixte et multi-méthodes de la thèse

La méthodologie quantitative s'est avérée utile pour caractériser l'hétérogénéité du fonctionnement sexuel des survivant.e.s en identifiant des profils distincts de concept de soi sexuel, alors que la méthode qualitative était appropriée pour qualifier le concept de soi sexuel des survivant.e.s selon leur propre perspective, les stratégies adaptatives qu'ils ou elles mobilisent dans leur sexualité et les significations qu'ils ou elles attribuent à ces stratégies, tout en identifiant les nuances dans leur vécu. Puisqu'il s'agissait d'un objectif transversal à la thèse des méthodes qualitative et quantitative ont été privilégiées pour soutenir l'identification de spécificités de genre.

Afin de répondre à l'objectif général de cette thèse, des données ont été recueillies entre 2016 et 2017 dans le cadre d'un vaste projet intitulé « Parcours psycho-sexuels d'adultes ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance », financé par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines de Canada (chercheure principale : Mylène Fernet). Ce projet visait à documenter les situations d'ASE,

les stratégies adaptatives, les trajectoires relationnelles et sexuelles, ainsi que les recours aux services auprès d'adultes survivant.e.s. Il s'appuie sur un devis mixte de type concomitant triangulé, où les collectes des données quantitatives et qualitatives sont effectuées de façon simultanée, et où les données sont ensuite analysées de manière indépendante (Creswell et Zhang, 2009). Les manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE (objectif spécifique 1) ont été documentées à la fois via les données quantitatives que celles qualitatives issues de ce projet. À partir des données colligées à l'aide d'un questionnaire, des profils de concept de soi sexuel ont été identifiés. Les manifestations d'un concept de soi sexuel altéré ont été mises en évidence à l'aide des données qualitatives issues d'entrevues effectuées auprès des participant.e.s. Ainsi, les données qualitatives contribuent à nuancer et à expliquer les profils formés à l'aide des données quantitatives. La complémentarité de ces deux méthodes permet notamment de recueillir des données plus riches afin de mieux cerner les différentes manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE.

Pour décrire les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s pour composer avec les séquelles sexuelles de l'ASE et leurs interrelations avec le concept de soi sexuel (objectif spécifique 2), un devis multi-méthodes (Anguera *et al.*, 2018) a été mobilisé, où une méthode qualitative employant deux sources de données différentes fût privilégiée. Plus précisément, en plus de s'être appuyée sur les données qualitatives colligées dans le cadre du projet plus vaste, les stratégies adaptatives d'approche sur le plan sexuel qui ont été mises en lumière par d'autres études qualitatives ont également été documentées via une recension d'articles qualitatifs récents sur le sujet (i.e., métasynthèse). À l'aide de cette stratégie d'analyse, les résultats de l'ensemble des études qualitatives recensées pouvaient être synthétisés et réinterprétés pour en dégager un processus de rétablissement. La métasynthèse permet ainsi d'étayer et de développer une perspective plus complète des stratégies d'approche mobilisées sur le plan sexuel évoquées par les survivant.e.s ayant participé au volet qualitatif du projet de recherche initial. L'utilisation conjointe d'un devis mixte et multi-méthodes permet, entre autres, d'accroître la rigueur des résultats en raison de la triangulation qui peut être effectuée (Noble et Smith, 2015).

Ces deux types de devis sont utiles pour répondre aux objectifs de cette thèse, car la combinaison de méthodes ou de sources de données différentes permettent d'explorer la sexualité des survivant.e.s d'ASE sous divers angles, ce qui permet de broser un portrait détaillé, holistique et

rigoureux du fonctionnement sexuel des survivant.e.s d'ASE. Les données issues des diverses méthodes ont d'ailleurs été contrastées (i.e., relever les convergences et divergences) puis intégrées dans la discussion de la thèse afin de mettre en lumière les nuances dans le vécu sexuel des survivant.e.s d'ASE. Cette procédure de triangulation des données permet d'accroître la validité et la crédibilité des résultats de la thèse en raison de la diversité des connaissances produites en ce qui a trait au fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s.

2.2.2 Échantillonnage et stratégies de recrutement

Afin de favoriser une plus grande hétérogénéité au sein de l'échantillon et ainsi solliciter la participation de survivant.e.s pouvant témoigner d'une diversité d'expériences d'ASE, plusieurs stratégies d'échantillonnage et milieux de recrutement ont été mobilisés pour colliger les données de l'article 1 et 2. Tout d'abord, une méthode d'échantillonnage intentionnel, respectant les critères d'inclusion, a été privilégiée. Ce type d'échantillonnage repose sur le principe que pour recruter un échantillon riche en informations et approfondir un phénomène, celui-ci doit être sélectionné en établissant des critères pertinents à l'étude (Shaheen et Pradhan, 2019). Pour prendre part à la première et deuxième étude, les participant.e.s devaient répondre à deux critères : 1) avoir plus de 18 ans et 2) avoir subi une ASE. Le deuxième critère était établi sur la base de l'absence de consentement à une activité sexuelle selon le criminel du Canada (1985) et incluait à la fois les ASE avec contacts (p. ex., attouchements, pénétration orale, vaginale ou anale) et sans contacts (p. ex., voyeurisme, exhibitionnisme, inciter à la masturbation). Ainsi, les participant.e.s devaient avoir répondu « oui » à au moins une des deux affirmations suivantes : 1) Avant l'âge de 18 ans, j'ai eu un comportement à caractère sexuel avec un adulte ou un enfant alors que je ne le voulais pas et/ou 2) Avant l'âge de 16 ans, j'ai eu un comportement à caractère sexuel avec un.e partenaire ayant une différence d'âge de cinq ans ou plus, ou qui était en position d'autorité. Des affiches de recrutement (voir l'annexe A) ont été diffusées au sein d'organismes tels que la clinique de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, des centres d'aide et de services destinés aux survivant.e.s d'ASE, d'autres organismes communautaires (p.ex., centres des femmes) et via les réseaux sociaux via sur la page Facebook du Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité afin de recruter des individus ayant vécu une ASE, au sein de la communauté et dans des populations qui consultent un organisme d'aide. Puis, la méthode d'échantillonnage intentionnel de type boule de neige (Naderifar *et al.*, 2017) a également été employée. Les participant.e.s étaient

également invit.e.s à partager les affiches de recrutement au sein de leurs réseaux de contacts ou à effectuer du bouche-à-oreille auprès de leur entourage. Finalement, l'échantillonnage de la troisième étude (métasynthèse) a été réalisé en effectuant une revue des études qualitatives évaluées par des pairs et publiées en anglais entre 2004 et mai 2019 en examinant quatre bases de données susceptibles de répertorier des articles sur l'ASE et le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s adultes (PsycINFO, SAGE Journals, Pubmed et Gender Studies Database).

Pour la première étude (quantitative), un échantillon de 175 participant.es, à savoir 105 femmes et 70 hommes survivant.e.s d'ASE, a été constitué. Pour la deuxième étude (qualitative), un total de 51 participant.e.s, dont 26 hommes et 25 femmes, a été recruté. Il avait été prévu lors de la planification des stratégies d'échantillonnage, de recruter un nombre comparable d'hommes et de femmes, jusqu'à l'obtention de la saturation empirique (c.-à-d., principe selon lequel le nombre d'entrevues ou d'observations recueillies n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique; Pires, 1997). Pour la troisième étude (métasynthèse), un corpus de huit articles respectant l'ensemble des critères d'inclusion a été identifié et analysé.

2.2.3 Procédures et instruments de mesure

La collecte des données quantitatives mobilisées dans l'article 1 a été effectuée en ligne sur le serveur sécurisé *LimeSurvey*. Les participant.e.s devaient d'abord lire et signer un formulaire d'information et de consentement de manière électronique (voir l'annexe B). Ensuite, ils ou elles étaient invité.e.s à remplir un questionnaire (voir l'annexe C), d'une durée approximative de 45 minutes. Ce questionnaire incluait des mesures se rapportant au fonctionnement sexuel des survivant.e.s présentés dans le tableau 2.1 ci-dessous.

Tableau 2.1 Caractéristiques des mesures utilisées

Variable	Nom de la mesure	Dimensions et nombre d'items	Type d'échelle
Concept de soi sexuel	<i>Sexuality Scale</i> (Snell et Papini, 1989) – échelle abrégée et validée	1) Estime sexuelle (5 items) 2) Préoccupation sexuelle (5 items) 3) Dépression sexuelle (5 items)	Likert en 5 points allant de 1 = <i>Pas d'accord</i> à 5 = <i>D'accord</i>

Satisfaction sexuelle	<i>Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction</i> (Lawrance et Byers, 1995) – échelle validée	5 items	Likert en 7 points bipolaires : <i>bon-mauvais, agréable-désagréable, positif-négatif, satisfaisant-insatisfaisant, utile-inexistant</i>
Difficultés sexuelles	<i>Arizona Sexual Experience Scale</i> (McGahuey <i>et al.</i> , 2000) - échelle validée	7 items	Likert en 6 points allant de 1 = <i>Extrêmement</i> à 6 = <i>Absence ou Jamais</i> .
Compulsion sexuelle	<i>Sexual Compulsivity Scale</i> (Kalichman <i>et al.</i> , 1994) – échelle validée	10 items	Likert en 4 points allant de 1 = <i>Pas du tout comme moi</i> à 4 = <i>Totalement comme moi</i>

La collecte des données qualitatives (article 2) a été effectuée dans les locaux du Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité situé à l'UQAM. Les entrevues ont été réalisées par l'équipe de recherche, incluant l'instigatrice de la présente thèse. Les procédures de confidentialité, les implications de leur participation à l'étude, ainsi que les risques potentiellement encourus étaient présentés dans le formulaire d'information et de consentement. Par la suite, une entrevue individuelle semi-dirigée, d'une durée moyenne de 90 minutes, a été réalisée. Pour ce faire, un canevas d'entrevue (voir l'annexe D) abordant les situations d'ASE vécues, les expériences relationnelles, intimes et sexuelles, de même que leurs trajectoires d'adaptation et recours aux services a été développé. Pour inciter les participant.e.s à discuter de leur concept de soi sexuel, des questions à propos de leurs perceptions et représentations de la sexualité, ainsi que leurs séquelles de l'ASE ont été posées, telles que « Pouvez-vous me dire ce que représente la sexualité pour vous ? » et « Selon vous, quelles sont les répercussions de l'ASE dans votre vie d'adulte, notamment sur votre sexualité ? ». Des questions telles que « Vous, personnellement, comment avez-vous réagi aux répercussions de l'ASE dans votre vie sexuelle ? » ont quant à elles permis de documenter les stratégies adaptatives mobilisées. Finalement, un bref *debriefing* était effectué après l'entrevue, puis une liste de ressources d'aide était remise. Les participant.e.s étaient ensuite recontacté.e.s la semaine suivante afin d'évaluer leur état psychologique depuis l'entrevue et des démarches d'aide pouvaient être effectuées avec ceux et celles qui en ressentaient le besoin. Le

projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) de l'Université du Québec à Montréal (voir l'annexe E).

2.2.4 Stratégie analytique

Dans le cadre du premier article, des profils de survivant.e.s d'ASE ont été dégagés à partir d'une analyse de classification hiérarchique sur la base de leur réponse aux trois dimensions du questionnaire du concept de soi sexuel (variable interne). Les différences entre les scores moyens des trois dimensions du concept de soi sexuel ont été examinées à partir du test de la plus petite différence significative (*least significant differences* en anglais). Puis, les profils ont été comparés sur les variables sociodémographiques (p. ex., caractéristiques des ASE vécues, genre, âge) et de fonctionnement sexuel (p. ex., satisfaction, compulsion, dysfonctions sexuelles) des participants, à partir d'analyses de la variance (*ANOVA*) et de tests du Chi carré. Ces analyses ont permis de caractériser et distinguer chaque profil.

Afin de mieux nuancer les différents profils dégagés et examiner comment les ASE peuvent affecter le fonctionnement sexuel à partir du point de vue des survivant.e.s (c.-à-d., diversité de manifestations d'un concept de soi sexuel altéré et stratégies adaptatives mobilisées face aux difficultés sexuelles), une analyse qualitative de contenu conventionnelle (Hsieh et Shannon, 2005) a ensuite été réalisée dans l'article 2. Ce type d'analyse permet de fournir une description du phénomène selon la perspective unique des participant.e.s et ancrée dans leur réalité (Hsieh et Shannon, 2005). D'abord, avec l'accord des participant.e.s, les entrevues individuelles ont été retranscrites intégralement sous forme verbatim pour en permettre l'analyse. Puis, une procédure de codage, qui vise à découper l'ensemble du verbatim en noyaux de sens (c.-à-d., ensemble de phrases liées à un même concept), a été effectuée à partir d'une grille de codage mixte (voir l'annexe F). Celle-ci était basée sur des données empiriques mais pouvait être affinée en fonction des discours des participant.e.s. Des catégories conceptuelles mutuellement exclusives ont ensuite été créées en regroupant des codes traitant du même grand concept, ce qui consiste en l'étape de la catégorisation. Puis, le fil conducteur qui relie les catégories entre elles a été dégagé en vue de développer une histoire cohérente et qui reflète bien les propos des participant.e.s. Les spécificités de genre ont par la suite été investiguées au sein des catégories conceptuelles (c.-à-d., les nuances entre les propos rapportés par les hommes et les femmes), mais également entre les catégories

conceptuelles (c.-à-d., les catégories qui sont rapportées majoritairement ou exclusivement par les participant.e.s du même genre), afin de capter les subtilités et nuances de leurs manifestations. Cette stratégie a permis de mieux cerner le vécu spécifique des hommes et des femmes ayant été interrogé.e.s pour l'article 2 concernant leur concept de soi sexuel et leurs stratégies adaptatives mobilisées sur le plan sexuel. Les catégories conceptuelles identifiées dans cet article ont d'ailleurs permis de dégager une diversité de stratégies adaptatives qui peuvent être mobilisées sur le plan sexuel, dont des stratégies d'approche.

Puisque les stratégies d'approche semblaient particulièrement saillantes pour promouvoir un meilleur fonctionnement sexuel chez les survivant.e.s, et notamment leur rétablissement, il convenait d'étayer ces stratégies et d'investiguer si d'autres stratégies non recensées par les participant.e.s de cet échantillon étaient rapportées dans le corpus scientifique à l'aide d'une recension des études qualitatives (c.-à-d., métasynthèse). La métasynthèse qualitative est un moyen de rassembler les résultats qualitatifs d'études différentes afin qu'ils puissent davantage être utilisés dans la pratique clinique et l'élaboration de politiques (Finfgeld-Connett, 2009), ce qui justifie également la pertinence de cette méthode en complémentarité avec la conduite d'études empiriques. Ainsi, une approche de synthèse par cadre conceptuel (*framework synthesis approach*; Dixon-Woods, 2011), qui mobilise à priori un cadre conceptuel pour synthétiser des résultats qualitatifs, a été utilisée. Cette méthode permet de guider l'analyse rigoureuse d'une grande quantité de données en structurant les résultats (Dixon-Woods, 2011) et de soutenir ou d'enrichir les données empiriques ou théoriques existantes (Elo et Kyngäs, 2008). Dans le cas présent, il semblait pertinent d'examiner comment un cadre conceptuel existant sur le rétablissement pouvait être appliqué dans le contexte de l'ASE en tenant compte des stratégies adaptatives mobilisées par les survivant.e.s sur le plan sexuel et de leur concept de soi sexuel. Dès lors, l'analyse des données recensées dans la métasynthèse a été réalisée à partir d'un cadre conceptuel sur le rétablissement (*The drive to move forward*; Ochocka et al., 2005). Ce cadre a été développé auprès d'individus ayant des troubles de santé mentale sévères et/ou ayant vécu des expériences d'adversité, puis décrit le processus de rétablissement qui peut s'opérer à la suite de ces expériences. Ce dernier postule que des composantes de nature différente peuvent favoriser ou entraver le processus de rétablissement (p. ex., composantes personnelles et environnementales) et que ce processus peut comprendre des allers-retours. D'ailleurs, une parmi celles-ci mise de l'avant est les stratégies

adaptatives d'approche, ce qui faisait écho avec celles observées dans l'article 2. Ainsi, le modèle a été mis à contribution pour analyser l'ensemble des stratégies adaptatives d'approches mobilisées sur le plan sexuel et les intégrer dans un processus de rétablissement sexo-relationnel. Les stratégies identifiées dans l'article 2 et celles recensées dans l'article 3 ont par ailleurs ont été intégrées dans la discussion.

CHAPITRE 3 : ARTICLE #1

Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: emergence of
differentiated profiles

Roxanne Guyon, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

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

Monique Tardif, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Marie-Marthe Cousineau, School of Criminology, Université de Montréal

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

Corresponding author : Mylène Fernet

This research was supported by a grant from the Social Sciences and Humanities Research Council (#430-2016-00951) awarded to Mylène Fernet and by a scholarship from the Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (#2022-B2Z-297045) and the Social Science and Humanities Research Council of Canada (#752-2021-2334) awarded to Roxanne Guyon.

Submitted to: Child Abuse & Neglect

State: Published

Abstract

Background: Child sexual abuse (CSA) can impact survivor's sexuality, notably regarding sexual self-concept, a key component of sexual well-being. Yet, sexual self-concept has been understudied among CSA survivors and gender differences have been sparsely investigated. **Objective:** The current study aimed to identify CSA survivors' distinct profiles according to their sexual self-concept, and compare these profiles based on factors such as CSA characteristics, gender, current age, sexual functioning and adult sexual assault (ASA). **Participants and Setting:** A total of 176 CSA survivors (60% women, 40% men), recruited through community organizations for CSA victims and social media publications, completed an online survey. **Methods:** Hierarchical cluster analysis was performed using the Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989). Chi-square and ANOVA tests were used to compare the groups on external variables. **Results:** Cluster analysis revealed the best overall fit for a three-group model. The Confident and non-preoccupied profile (48%) is characterized by a moderate score on sexual esteem and the lowest scores of sexual preoccupation and depression. The Demeaning and depressive (37%) profile is characterized by the lowest scores on sexual esteem and the highest scores on sexual depression. The Hyperconfident and preoccupied profile (15%) shows the highest scores on sexual esteem and sexual preoccupation. **Conclusion:** Sexual self-concept is an important component of sexuality that needs to be addressed by practitioners working with CSA survivors. Given heterogeneity and gender differences among survivors, identification of profiles is relevant for adapting interventions and clinical care.

Keywords: Self-concept, sexuality, child sexual abuse, profiles, gender, victimization

3.1 Introduction

Worldwide, about one in five women and one in ten men have reported experiencing child sexual abuse (CSA; Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Child sexual abuse refers to being compelled or obliged to participate in unwanted sexual touching or unwanted sexual intercourse before the age of majority (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). CSA can affect multiple domains of a survivor's life, notably sexuality in adulthood (Bigras, Godbout, Hébert, & Sabourin, 2017). For example, studies have indicated that CSA survivors are more prone to engage in risky sexual behaviors (Fernet, Hébert, Gascon, & Lacelle, 2012; Homma, Wang, Saewyc, & Kishor, 2012), to experience flashbacks during sexual activities (Carreiro, Micelli, Sousa, Bahamondes, & Fernandes, 2016), sexual dissatisfaction (Lopez et al., 2017; Rellini & Meston, 2011), sexual aversion or compulsivity (Aaron, 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2015), and sexual dysfunctions (Lopez et al., 2017). In addition, survivors may use sexuality as a strategy to cope with negative feelings (Lemieux & Byers, 2008). Past studies have also showed that CSA characteristics (e.g. offender's identity, sexual acts committed, frequency, duration of the abuse) must be taken into account as they may relate to different sexual outcomes in adulthood (Loeb, Gaines, Wyatt, Zhang, & Liu, 2011; Vaillancourt-Morel et al., 2016). However, inconsistent results were found regarding gender differences in sexual outcome among CSA survivors. For instance, past studies sampling both male and female CSA survivors have found that men show more sexual compulsivity than women (Skegg, Nada-Raja, Dickson, & Paul, 2010; Vaillancourt-Morel et al., 2015), while another study found a link between CSA and addictive sexual activities in both male and female survivors (Plant, Plant, & Miller, 2005). In the same way, sexual avoidance is also the subject of inconsistent results regarding gender differences in CSA survivors (Lemieux & Byers, 2008; McCallum, Peterson, & Mueller, 2012). Moreover, while previous studies have highlighted a link between CSA and adult sexuality, this association is frequently investigated in terms of behaviors rather than attitudes and self-concept. Yet, sexual self-concept constitutes an important predictor of sexual behaviour (Hensel, Fortenberry, O'Sullivan, & Orr, 2011) as well as an important component of sexual health (Deutsch, Hoffman, & Wilcox, 2014; Rostosky, Dekhtyar, Cupp, & Anderman, 2008), which highlights its importance when examining sexuality in CSA survivors.

Self-theorists describe self-concept as the thoughts and feelings one has in reference to oneself (Rosenberg, 1979). More specifically, sexual self-concept derives from the general self-concept that is formed during childhood and adolescence from the emotional bonds shared with parents and peers (Arnett, 2000); it plays a key role in understanding and representing oneself as a sexual being. It encompasses many self-related concepts such as identity, self-view, self-schema and self-esteem (Vickberg & Deaux, 2005). Although sexual self-concept has been widely studied among the general population, especially among women (Andersen & Cyranowski, 1994; Vickberg & Deaux, 2005) and adolescent girls (Buzwell & Rosenthal, 1996; Hensel et al., 2011; Rostosky et al., 2008), it remains understudied among CSA survivors. The few studies that have examined the way in which survivors view themselves as sexual beings have focused more so on sexual esteem (i.e. individual self-evaluation of worth as a sexual being; Buzwell & Rosenthal, 1996) and sexual self-schemas (i.e. cognitive attributions and evaluations of the sexual self; Andersen, Cyranowski, & Espindle, 1999), which are more specific components of broader sexual self-concept. Notably, CSA survivors report moral-type sexual self-esteem (Kelley & Gidycz, 2015) and tend to have poorer global sexual self-esteem (Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010; Van Bruggen, Runtz, & Kadlec, 2006). In addition, another study found that CSA survivors whose abuse involved penetration reported mixed sexual appraisals of themselves (i.e., lower sexual self-esteem combined with positive sexual self-schemas), and a greater propensity to engage in risky sexual behaviors (Lemieux & Byers, 2008). As for the study of Niehaus, Jackson, and Davies (2010), it shows that female survivors of CSA are experiencing more detrimental sexual self-views, such as being immoral or irresponsible with their sexuality. Their results also indicate that detrimental sexual self-views moderate the relationship between CSA and sexual revictimization in adolescence (Niehaus et al., 2010). The study of Van Bruggen et al., (2006) on undergraduate women found that sexual self-esteem and sexual concerns mediate the relationship between CSA and sexual revictimization after age fourteen. Moreover, negative sexual self-schemas were also associated with lower sexual satisfaction in women survivors (Rellini & Meston, 2011).

Yet, the few studies documenting the correlates of CSA have focused on female survivors of CSA, which disregards male survivor experiences and limits overall gender comparison. On a methodological note, the repercussions of CSA on sexuality, and especially sexual self-concept, have mainly been studied using variable-centered approaches. However, the diversity of

experiences regarding CSA and sexual outcomes that are reported by survivors attest to the relevance of identifying distinct profiles among this heterogeneous population (Yancey, Hansen, & Naufel, 2011). This lead us from considering objective components of the participant's experiences regarding sexual self-concept by using person-centered approach in data analysis, which identifies groups of individuals who share similar characteristics, but who are different from other groups (Lubke & Muthén, 2005). The current study pursued two objectives. The first objective was to identify distinct profiles of CSA survivors relative to their sexual self-concept using hierarchical cluster analysis. The second objective was to compare these profiles on the characteristics of the abuse, gender, current age and sexual functioning (i.e., sexual disorders, sexual compulsivity, sexual satisfaction, number of sexual partners and adult sexual assault [ASA]) with chi-square tests and general linear models (ANOVAs).

3.2 Method

3.2.1 Participants

A sample of 175 participants (60 % female) who reported one or more experiences of CSA was recruited. CSA was assessed based on the definition of the Criminal Code of Canada (1985), which refers to any sexual act between a child under 16 years old and a person older by five or more years old, or in a position of authority, which implies or not the presence of physical force or the consent of the child. Participants were aged between 18 and 70 years old ($M = 41.17$). Participants identified themselves mainly as Canadian (74 %) and heterosexual (73 %). Most respondents had completed a bachelor's degree (35 %), while fewer had completed a graduate degree (23 %), post-secondary degree (17 %), or a high school degree or less (20 %). The majority of respondents (55 %) had a part- or full-time job at the time of the study; while others were students (17 %) or neither (28 %). Almost half of the sample (45 %) reported being single, while others were in cohabitation (27 %), married (14 %), in a relationship with a regular partner (12 %) or other (2%). The majority of participants reported that their offender was a family member, representing 58 % of the cases, while it was an acquaintance in 43 %, a stranger in 24 %, and a romantic partner (i.e. for participants who were abused in adolescence) in 17 % of the cases. The total is above 100 % because survivors were able to report more than one offender. Sexual abuse experiences involved attempted or completed oral, vaginal or anal penetration (71 %), sexual touching (27 %) and sexual acts without physical contact (e.g., exhibitionism, voyeurism, exposure to child pornography; 2%). The

frequency of the sexual acts sustained by the survivors are as follows: a single event (15 %), 2–5 times (20 %), 6–20 times (27 %), and more than 20 times (38 %). Survivors reported that the CSA lasted 10 years or more (20 %), between 2–10 years (56 %), approximately 1 year (10 %), or less than 1 year (14 %).

3.2.2 Measures and variables

3.2.2.1 Sociodemographics

Participants responded to sociodemographic questions documenting their age, gender, ethnicity, occupation, education, relational status, and number of romantic and sexual relationships.

3.2.2.2 CSA and Characteristics

A 12-item self-reported questionnaire assessed the presence of CSA victimization based on the definition of sexual consent in the Criminal Code of Canada (Vaillancourt-Morel et al., 2015). The questionnaire asked participants if they endured: 1) unwanted sexual behaviors prior to 18 years old (“Before the age of 18 years old, I had sexual behavior with an adult or a child when I did not want it”) or 2) any sexual contact prior to 16 years old with someone 5 years older or in a position of authority (“Before the age of 16 years old, I had sexual behavior with an individual with 5 years age difference or more or who was in position of authority”). CSA was computed into a dichotomous variable and was scored as absent (0) or present (1) if participants answered “yes” to any of the options above. Because CSA survivors, especially male survivors, are sometimes reluctant to admit being victimized or may not label their sexual experience as CSA, by interpreting this experience as consensual or a sexual initiation (Weiss, 2010), we selected a measure using neutral terms, such as asking participants about these sexual experiences instead of asking them if they perceived being a “victim of sexual abuse.” Previous studies found that the reliability estimates were satisfactory using the items measuring the characteristics of CSA with a total CSA severity scale alpha coefficient of .86 (Vaillancourt-Morel et al., 2016). This questionnaire then assessed CSA characteristics that were used for the external validation of profiles, including: offender’s identity (i.e. family member, extended family member, acquaintance, stranger, person in authority, romantic partner), sexual acts committed (i.e. attempted or completed oral, vaginal or anal penetration, sexual touching and sexual acts without physical contact), duration (ranging from

0-1 month to 5 years or more) and frequency (i.e. ranging from 1 time to so many times I can't count) of CSA experiences).

3.2.2.3 Adult Sexual Assault

Occurrence of ASA was assessed with a 3-item self-reported questionnaire, also using neutral terms, whereas participants were asked if they endured ASA with the following question: "Have you ever experienced unwanted sexual behaviors above 18 years old?" This questionnaire also assessed the types of sexual acts committed, offender's identity and strategies used by the offender to compel (e.g. threatening, using alcohol or drugs).

3.2.2.4 Sexual Self-Concept

The 15-item French and short version of the Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989; Wiederman and Allgeier, 1993) was used to measure sexual self-concept. The questionnaire is composed of three 5-items sub-scales: (a) Sexual esteem (e.g., I have confidence in myself as a sexual partner); (b) Sexual preoccupation (e.g., I think about sexuality more than anything else) and (c) Sexual depression (e.g., The sexual aspects of my life depress me). This questionnaire is rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 = Disagree to 5 = Agree. This scale has excellent psychometric qualities for its original version (alpha ranged from .90 to .93; Snell, Fisher, & Schuh, 1992). In this sample, the Cronbach's alpha for this measure was .74.

3.2.2.5 Sexual Satisfaction

Sexual satisfaction was measured using the 5-item French version of the Global Measure of Sexual Satisfaction, one of the scales of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (Lawrance & Byers, 1995), which measures the quality, pleasure, valence, connotation, satisfaction and importance that participants attribute to their sexual life. Items are answered on a 7-point Likert scale and added to compute a total score ranging from 5 to 35, where a higher score represents a greater sexual satisfaction. The original version of this scale has excellent psychometric qualities (alpha ranged from .95 to .96; Byers & Macneil, 2006). In the present study, the Cronbach's alpha for this measure is .92.

3.2.2.6 Sexual Disorders

The 7-item French version of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX; McGahuey et al., 2000) was used. The questionnaire assesses sexual functioning with various items (e.g. level of sexual desire, ability to reach orgasms) and allows the identification of sexual disorders. Items are answered on a 6-point Likert scale ranging from 1 = Extremely to 6 = Absence of or Never. Items are then added to obtain a total score ranging from 7 to 42, where high scores indicate higher levels of sexual disorders. This scale showed excellent psychometric qualities in past studies (alpha ranged from .71 to .91; McGahuey et al., 2000; Vaillancourt-Morel et al., 2017). Cronbach's alpha was .82 in the present study.

3.2.2.7 Sexual Compulsion

The 10-item French version of the Sexual Compulsivity Scale (Kalichman et al., 1994; Vaillancourt-Morel et al., 2015) was used to measure sexual compulsion, which refers to difficulties in managing sexual thoughts and behaviors as well as sexual addiction. Participants rated their agreement to each item on a 4-point scale ranging from 1 = Not like me at all to 4 = Totally like my (e.g., I sometimes fail to meet my commitments and responsibilities because of my sexual behaviors). The items are added to yield a total score ranging from 10 to 40, where a higher score represents a higher level of sexual compulsivity. This scale has excellent psychometric qualities for its original (alpha ranged from .87 to .92; Kalichman & Rompa, 1995, 2001) and French (alpha ranged from .87 to .92; Vaillancourt-Morel et al., 2015) versions. In the current study, the Cronbach's alpha was .91.

3.2.4 Procedures

Participants were recruited through social media publications, posters in community organizations for CSA victims, and through word of mouth. Participants had to complete an online survey on a secure website (i.e. Lime Survey) and signed a consent form electronically. The study protocol was detailed to ensure adequate comprehension of the study goals, procedure, risks and benefits, confidentiality, and voluntary-based participation. This study received approval from the institutional research ethics board.

3.2.4 Statistical Analysis

First, descriptive analyses were performed in order to document sociodemographic characteristics of the sample and to examine variables distributions. Due to an asymmetric distribution of the number of sexual partners, a winsorization procedure was performed. This method allows to impose a limit on the number of standard deviations for isolated outlying values (Wilcox, 2005). A maximum of 3 standard deviations was imposed for the number of sexual partners before performing the hierarchical classification analysis.

3.2.4.1 Hierarchical cluster analysis

In order to identify distinct and homogeneous profiles among CSA survivors, a hierarchical cluster analysis was performed with SPSS 25 using the total continuous score on each individual subscale (i.e. sexual esteem, preoccupation and depression) of the Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989).

The square Euclidian distance was used as the measure of similarity, combined with the Ward's hierarchical cluster as the clustering algorithm. The Euclidian distance measure was privileged because of its ability to minimize the variance between groups and because this measure generally performs well when used with the Ward's hierarchical method (Murtagh & Legendre, 2014). Furthermore, the Ward's method is generally considered the best among hierarchical cluster methods, as the algorithm produces a dendrogram that groups together all participants into a single entity (Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006). Then as the clusters are condensed, Ward's method accounts for loss of information as the sum of squared deviations of every point from the mean of the cluster to which it belongs (Hébert et al., 2006). Since the scores were consistent and continuous, and these variables were all extracted from the same scale, data standardization was not necessary. Hierarchical cluster analysis was performed, wherein the percentage of change observed in agglomeration coefficients for the groups was analyzed. The data revealed a small percentage of change in coefficients from the fourth cluster solution (Table 1), which indicated that clusters being combined are considered too different to form a homogeneous group (Yim & Ramdeen, 2015). Considering the interpretability of factors and their theoretical relevance, as suggested by Hair, Anderson, Tatham, and Black (1998), the three-cluster solution provided the most meaningful description of CSA survivors' sexual self-concept. Then, the Least Significant Difference (LSD) post-hoc test (Williams & Abdi, 2010) was also performed to examine the

differences between the mean scores on each of the three subscales (i.e. sexual esteem, depression and preoccupation) for the three groups.

Table 3.1 Agglomeration Coefficient Analysis

Stages	Cluster combined		Coefficients	Stage cluster first appears		Next stage
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	166	251	.000	0	0	75
2	147	210	.000	0	0	36
3	16	203	.000	0	0	64
4	25	75	.000	0	0	147
5	181	295	.020	0	0	66
6	276	286	.040	0	0	44

3.2.4.2 External validity analysis

After forming groups varying on their level of sexual self-concept, chi-square and general linear models (ANOVAs) were performed on external variables (i.e. current age, gender, CSA characteristics, sexual function and ASA) that were previously identified as relevant correlates by existing literature on CSA, using LSD post-hoc test. These analyses were performed in order to further understand the profiles and to examine specific group differences on the selected variables. The resulting profiles were compared according to internal and external variables only for results that were statistically significant ($p < 0.05$).

3.3 Results

The three extracted profiles are presented in Table 2, in which the means, standard deviations and post-hoc indicators for the sexual self-concept and other continuous external variables are displayed. Proportions (%) are also provided according to each profile for dichotomous external variables, namely for the offender's identity (e.g. family member, acquaintance, romantic partner), gender and sexual function variables. Given the non-significant results regarding the comparison of profiles by current age of participants and the occurrence of ASA (revictimization), these data were excluded from the results. Description of the profiles is based on results that are statistically significant ($p < 0.05$).

Table 3.2 Comparison Between Profiles

	Profile 1 <i>Confident and Non-Preoccupied</i> (n = 84)	Profile 2 <i>Demeaning and Depressive</i> (n = 64)	Profile 3 <i>Hyperconfident and Preoccupied</i> (n = 27)		
Internal variable				F	Statistically significant differences between profiles (LSD)
Sexual self-concept (3 dimensions)		<i>M (SD) or %</i>			
<i>Sexual esteem (1-5)</i>	3.35 (0.92)	2.17 (0.91)	4.00 (0.87)	47.89***	3 > 1 > 2
<i>Sexual preoccupation (1-5)</i>	1.73 (0.66)	2.66 (1.17)	4.00 (0.61)	70.11***	3 > 2 > 1
<i>Sexual depression (1-5)</i>	1.89 (0.87)	4.1 (0.66)	2.09 (0.73)	158.48***	2 > (3 & 1)
External variables					
Sexual compulsion (1-4)	1.38 (0.47)	1.88 (0.83)	2.33 (0.77)	23.47***	3 > 2 > 1
Sexual disorders (1-6)	2.95 (0.73)	3.53 (0.95)	2.24 (0.52)	26.50***	2 > 1 > 3
Sexual satisfaction (0-7)	4.86 (1.30)	2.94 (1.20)	5.16 (1.30)	50.18***	(3 & 1) > 2
Number of sexual partners	33.89 (50.53)	48.87 (95.51)	91.22(126.86)	4.17**	3 > (2 & 1)
Age at 1st consensual sexual intercourse	16.70 (3.18)	18.78 (4.68)	15.22 (3.46)	8.94***	2 > (1 & 3)
Offender's identity					
<i>Family member</i>	20% ^{ab}	32% ^b	12% ^a	4.08*	
<i>Acquaintance</i>	36% ^a	50% ^{ab}	60% ^b	3.97*	
<i>Romantic partner</i>	17% ^{ab}	7% ^b	24% ^a	3.87*	
Gender					
<i>Female</i>	60% ^a	29% ^b	11% ^b	14.66***	
<i>Male</i>	30% ^a	48% ^b	22% ^b		

Note. Means in the same row with different superscript letters differ significantly ($p < 0.05$) from one another other. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

3.3.1 Profile 1: Confident and Non-Preoccupied (48%)

Although this profile does not show the highest average score of sexual esteem, survivors in this profile reported a relatively high average score of sexual esteem in comparison to average scores found in previous studies on undergraduate students (i.e. $M = 1.04$ for men and $M = .67$ for women; Wiederman & Allgeier, 1993), which indicates that individuals in this profile are relatively confident as sexual partners. This profile also displayed the lowest average score on the sexual preoccupation and sexual depression variables, in comparison to the other two profiles. In terms of external characteristics, survivors from this profile reported the lowest average score of sexual compulsion, as well as the fewest sexual partners in their lifetime, compared to survivors in the other profiles. This profile presented a significantly higher proportion of female survivors than the other two profiles.

3.3.2 Profile 2: Demeaning and Depressive (37%)

Survivors in this profile reported the lowest average score of sexual esteem, and the highest score of sexual depression compared to the other two profiles. Survivors in this profile reported much higher average scores in comparison to average scores of sexual depression found in previous studies on undergraduate students (i.e. $M = -1.03$ for men and $M = -0.88$ for women; Wiederman & Allgeier, 1993), which indicates that survivors in this profile are much more depressed over their sexuality. This profile also displayed an average score of sexual preoccupation that was higher than survivors in the Confident and non-reoccupied profile, but lower than survivors in the Hyperconfident and preoccupied profile. Regarding external variables, survivors in this profile had their first consensual sexual intercourse at a later age than survivors in the other profiles. They also distinguished themselves by the highest rate of sexual disorders and the lowest score of sexual satisfaction, compared to other profiles. In addition, survivors in this profile were more likely to have been victimized by a family member, than survivors belonging in the Hyperconfident and preoccupied profile. This profile presents the largest proportion of male survivors, which differs significantly from the Confident and non-preoccupied profile only.

3.3.3 Profile 3: Hyperconfident and Preoccupied (15%)

Survivors in this profile showed the highest average score of sexual esteem and sexual preoccupation, compared to those in the other two profiles. Compared to average scores found in

a sample of undergraduate students, survivors in this profile reported much higher average scores on sexual esteem (i.e. $M = 1.04$ for men and $M = .67$ for women; Wiederman & Allgeier, 1993) as well as much higher average scores on sexual preoccupation (i.e. $M = -0.49$ for men and $M = -1.2$ for women; Wiederman & Allgeier, 1993). This comparison between average scores indicates that survivors in this profile are very confident as sexual partners but are also especially preoccupied with sexuality. They also reported a lower average score of sexual depression when compared to survivors in the Demeaning and depressive profile but not when compared to the Confident and non-preoccupied profile. In regard to external characteristics, this profile had the highest average scores of sexual compulsion and sexual satisfaction. They also had more sexual partners in their lifetime and the lowest average score of sexual disorders, when compared to survivors in other profiles. Survivors in this profile were more likely to report having been victimized by an acquaintance when compared to survivors in the Confident and non-preoccupied profile, and by a romantic partner when compared to survivors in the Demeaning and depressive profile. This profile was the least prevalent among both male and female survivors, which differs significantly from the Confident and non-preoccupied profile only.

3.4 Discussion

Consistent with previous findings, the results of the current study suggest that CSA survivors do not form a homogenous group (Bennett, Hughes, & Luke, 2000; Yancey et al., 2011). According to the profiles that have emerged, sexuality and sexual self-concept appear to unfold differently in survivors and tend to be different for men and women.

3.4.1 Comparison of Profiles on Sexual Self-Concept and Sexual Functioning

Although the scientific corpus has shown that CSA survivors can experience a wide range of sexual difficulties, some studies show that a significant proportion of victims (20%–40%) report no symptoms in adulthood (Finkelhor et al., 1990). This could be reflected in the Confident and non-preoccupied profile, in which individuals seem to have a more normative sexual self-concept and fewer negative sexual outcomes (i.e. lower average scores on sexual disorders and compulsion in addition to higher average scores on sexual satisfaction). This profile also includes the largest number of participants, which is consistent with previous studies showing that resilience is the most common response to trauma exposure in adulthood (Bonanno, 2005). Thus, it is plausible that

CSA survivors in this profile demonstrate more positive adaptation and resilience than others at the time of the study. The Demeaning and depressive profile, and the Hyperconfident and preoccupied profile seem more characterized by divergent, perhaps even opposite, sexual self-concept and sexual functioning outcomes. These findings echo the review conducted by Aaron (2012), in which the author states that the sexuality of CSA survivors can range between two opposite ends of a continuum: withdrawal and compulsion. Withdrawal is marked by sexual aversion, flashbacks and dissociation during sexual intercourse, negative feelings regarding sexuality or intimacy, and more sexual dysfunctions. The withdrawal trajectory shares mutual components with the Demeaning and depressive profile, which is characterized by low sexual confidence, more sexual disorders, and little to no preoccupation with sexuality. Compulsion however is characterized by hypersexuality and sexual acting out, which can lead to risky sexual behaviors (Aaron, 2012). This sexual trajectory is similar to the Hyperconfident and preoccupied profile which is characterized by high sexual esteem and preoccupation as well as greater sexual functioning. Interestingly, results revealed that participants from the Demeaning and depressive profile are not the ones that have the least average score of sexual preoccupation, even if they seem to have a more negative relationship with sexuality. Snell and Papini (1989) explained that individuals who are more depressed over their sexuality may think about it more often, but through the maintenance of negative thoughts. These negative thoughts may in turn result in disturbed negative feelings and difficulties related to sexual functioning (Bigras, Godbout, & Briere, 2015).

3.4.2 Comparison of Profiles on Sexual Self-concept, CSA Characteristics and ASA

Findings of the participant distribution across profiles according to CSA characteristics showed that the Demeaning and depressive profile comprised of a greater number of participants who were sexually abused by a family member, whereas the Hyperconfident and preoccupied profile comprised of a greater number of participants who were sexually abused by an acquaintance or a romantic partner. These findings may be partially explained by the fact that CSA survivors who had been abused by an individual with whom they had a significant and lasting bond, like a family member, would be more likely to experience sexual distress, poorer sexual functioning and sexual esteem (Finkelhor & Browne, 1985; Ketrting & Feinauer, 1999; Stephenson, Hughan, & Meston, 2012). Nevertheless, offenders' identity was the only variable in CSA characteristics that was statistically significant ($p < 0.05$) and only for three types (i.e. family member, acquaintance,

romantic partner). It is difficult to interpret or compare these results with previous studies among CSA survivors since most of them have merged frequency, duration, sexual acts committed and offender's identity into a single variable (i.e. CSA severity). In addition, findings linking CSA severity and symptomatology in CSA survivors vary significantly from study to study and are inconsistent (Ullman & Filipas, 2005; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001) and even absent regarding effects on sexual self-concept in adulthood. ASA (i.e. revictimization) was not a significant factor between sexual selfconcept profiles. Possible explanation could be that sexual self-concept is linked to revictimization, but indirectly. For instance, maladaptive coping strategies (e.g. alcohol or drug consumption), self-blame and PTSD symptoms are reported as strong predictors of revictimization in CSA survivors (Filipas & Ullman, 2006; Fortier et al., 2009), but they were not investigated in this study. Furthermore, the non-significant results regarding CSA characteristics and ASA can be attributed to the lack of statistical power. Thus, it is possible that the effect would be found in a larger sample.

3.4.3 Comparison of Profiles on Sexual self-concept, Age and Gender

The distribution of men and women between the different profiles in this study indicates that male and female survivors differ in regard to their sexual self-concepts and sexual functioning. Men are more likely to find themselves in the sexually Demeaning and depressive as well as the Hyperconfident and preoccupied profiles, which appear to be opposite sexual trajectories. These results suggest that a significant number of male CSA survivors may have polarized and troublesome sexual self-concept and sexual functioning, while female survivors seem to display more "normative" sexual self-concept and sexual functioning. Furthermore, the finding that a higher proportion of men can be found in the sexually Hyperconfident and preoccupied profile is consistent with previous studies on CSA indicating that men are more likely to follow a hypersexual and compulsive trajectory than women (Labadie, Godbout, Vaillancourt-Morel, & Sabourin, 2018; Perera, Reece, Monahan, Billingham, & Finn, 2009; Vaillancourt-Morel et al., 2015); and to report ongoing preoccupations about sexuality (Aaron, 2012; Wiederman & Allgeier, 1993). Hence, men may be more likely to cope with experience of CSA by acting out sexually and externalizing their distress (Meyer, Cohn, Robinson, Muse, & Hughes, 2017). Conversely, past studies suggest that female survivors may be more likely to follow the opposite trajectory, characterized by hyposexuality, avoidance and sexual disorders (Easton, Coohy, O'leary, Zhang,

& Hua, 2011), as well as sexual dissatisfaction (Lopez et al., 2017). However, results from this study differ from previous ones as men tend to be represented in a greater proportion in the Demeaning and depressive profile, characterized by higher sexual depression, higher sexual disorders and lower sexual satisfaction scores, while women were found in a higher proportion in the profile characterized by less sexual difficulties. Possible explanations of these findings may be that responses to CSA are likely to be influenced by the different gender social norms that can lead men and women to externalize the long-term effects of this trauma differently. Notably, American norms of masculinity can lead men to validate their masculinity through sexuality, in which they are expected to be dominant, initiator and always available and willing to engage in sexual activities (Wiederman, 2005). Nevertheless, an experience in which a boy was compelled to have sexual activities and felt powerless weakens these masculine conceptions and can cause psychological distress and induce shame in the survivor's sense of self (Alaggia & Millington, 2008; Easton, 2014). Thereby, sexual functioning as well as sexual esteem in male survivors who strongly adhere to these norms can be impacted in a negative way (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Kia-Keating, Grossman, Sorsoli, & Epstein, 2005). Conversely, male survivors can display exaggerated masculine attitudes and norms regarding sexuality involving compulsivity and multiple partners in order to assert their masculinity, which has been undermined (Kia-Keating et al., 2005). This is reflected by a higher proportion of men in the Hyperconfident and preoccupied profile. In contrast with past studies, which have indicated that female survivors report several sexual difficulties and dissatisfaction as well as a negative sexual self-concept (Rellini & Meston, 2011), the highest proportion of women in the present study was found in the Confident and nonpreoccupied profile, characterized by less sexual outcomes and a more normative sexuality. This could potentially indicate that women may have more positive strategies or resources (e.g. social support) that allow them to buffer the lingering effects of CSA than men (McDonald & Tijerino, 2013). In addition, the mean age of participants was relatively high (41.17 years old) in the current sample, and particularly among men. Yet, age and gender appear to be significant variables when studying the effects of CSA. Notably, negative impacts appear to lessen with age for women, whereas men's impacts are more likely to increase and intensify over time (Van Roode, Dickson, Herbison, & Paul, 2009). As such, this may explain, in part, why men tend to report more difficulties related to sexual self-concept and sexual outcomes than women.

3.4.4 Strengths and Limitations

The interpretation of our results is limited in several ways. Firstly, this cross-sectional study captures participants' experiences at a specific point of time, which does not take into account possible progression in participants' sexual self-concept and outcomes. Secondly, the sample size in this study was relatively small, which limits the generalization of the results to other populations. Probably related to insufficient statistical power, some analyses did not show conclusive results, such as current age, occurrence of ASA and a majority of the CSA characteristics, even if several previous studies have found a link between these variables and sexual outcomes in survivors (Finkelhor et al., 1990; Loeb et al., 2011; Van Bruggen et al., 2006). Thirdly, the sample in the current study is mainly composed of Caucasian, middle class individuals who are educated, which does not represent the Canadian population in which we find greater ethnic and socioeconomic diversity. Women were also overrepresented in the sample, which may have affected the distribution of the clusters and limited gender comparison. Furthermore, most participants were recruited through community organizations for CSA victims, which limits generalization of the results to the wider population of CSA survivors, notably among those who do not seek help from services. Fourthly, while some studies on sexual victimization have found a limited social desirability effect (Anderson, Cahill, & Delahanty, 2018), there are some studies that reported that social desirability can potentially induce bias in self-report research (Van de Mortel, 2008) and influence responses to questions about sexuality. Participants who are questioned about their sexual life may be embarrassed and fear reprisals, which may affect their answers (Catania, Gibson, Chitwood, & Coates, 1990). As such, it is still important to consider this effect on the current study since it includes variables that touch upon sexuality. Social desirability may be more present among men who strongly adhere to traditional masculine norms (King, Duncan, Clinkenbeard, Rutland, & Ryan, 2019), such as the enhancement of sexual performances as well as a larger number of sexual partners. However, participants completed the questionnaire on a computer as opposed to face-to-face, which may have possibly produced a sense of disinhibition and led to answers that are closer to the realities of the participants (Booth-Kewley, Larson, & Miyoshi, 2007). Despite these limitations, the present findings offer some important contributions. This study's results highlighting the different trajectories of sexual self-concept and sexual functioning in CSA survivors are innovative since past studies focused almost exclusively on describing a single trajectory (e.g. hyposexual or hypersexual), rather than on comparing multiple ones. Moreover,

samples in these past studies were composed solely of men or women (Jacob & Veach, 2005; Lemieux & Byers, 2008; Parsons, Rendina, Moody, Ventuneac, & Grov, 2015). Given this, gender comparison in this study is more accurate since men and women were compared on the same variables (i.e. using the same questionnaire) at the same point in time. Furthermore, sexual self-concept is an understudied issue in CSA survivors, particularly among men. In that respect, this study allows an overdue reflection on the sexuality of male CSA survivors in the same way as female survivors, which has been kept in the dark from several men for too long, due notably to their specific barriers to disclosure (e.g. issues related to masculinity; Easton et al., 2014).

3.4.5 Implications for Research and Practice

Several suggestions for future research can be addressed. Notably, as the size of the sample was relatively small, the study should be replicated on a larger scale. Conducting longitudinal studies would also be relevant in order to see if participants would change from one profile to another over time, given that age, personal reflection and processing of the abuse (Feiring, Taska, & Lewis, 1996), as well as sexual experiences (Garcia, 1999), may evolve and modulate sexual self-concept in CSA survivors. Cross-validation findings with other samples would also be relevant in order to determine whether these findings represent a stable phenomenon and whether they can be replicated. Furthermore, considering that sexual self-perceptions and sexual behaviors appear to be inter-related (Garcia, 1999; Rellini & Meston, 2011), further analyses should be conducted to establish the nature of these links. Notably, confirmatory analyses such as factor analysis, mediation or moderation models should be performed. Gender comparison should also be carried out in order to offer a more comprehensive view regarding the interaction between sexual self-concept and sexual outcomes in CSA survivors. Moreover, further studies should be conducted to investigate the link between CSA characteristics and sexual self-concept in survivors. Consequently, this would allow us to see if certain characteristics, such as offender's identity, are strong predictors of sexual outcomes in male and female survivors. Qualitative studies should also be conducted to better understand the meaning that participants accord to their CSA experiences, and their impact on their sexual self-perception. This point is particularly important for clinicians and stakeholders working with CSA survivors who will not only have to understand the objective reality of CSA situations and its characteristics (e.g. offender's identity), but also the perceived experiences of survivors (e.g. their qualification of the bond with their offender; Tardif, Fernet,

Proulx-Boucher, & Parent, 2005). Further studies investigating revictimization pathways and its predictors in CSA survivors are needed as well, as revictimization may exacerbate the effects of previous CSA experiences (Fortier et al., 2009). More studies should attempt to better understand the link between sexual self-concept and sexual revictimization in adulthood, especially variables that may moderate or mediate this relationship. In addition, qualitative studies should be conducted among CSA survivors to gain insight on sexual assault experiences in adulthood and the context in which they can occur. Considering the higher proportion of women found in the Confident and non-preoccupied profile, further research should also attempt to understand why female survivors seem to do better than male survivors of CSA regarding their sexual self-concepts. Potential buffering factors, such as social support, use and access to services and positive coping strategies, especially regarding sexual difficulties, should be examined. Propositions for practice with survivors may also be formulated. In particular, interventions and clinical care should be adapted according to each profile that emerges from analyses and the specific issues that can be encountered by male and female survivors regarding their sexual self-concept. Intervention targets for the Demeaning and depressive profile should focus on improving sexual esteem, which could likely have an effect on other sexual components in their lives such as sexual disorders and satisfaction. In the Hyperconfident and preoccupied profiles, interventions target should address primarily their sexual preoccupations and how invasive they can be. The possible link between sexual self-perceptions and the risky sexual behaviour survivors adopt (i.e. large number of sexual partners combined with sexual compulsivity) could also be considered and discussed. Clinicians and other professionals working with CSA survivors, especially with male ones, should also take into consideration the strong negative feelings survivors may feel in connection to the abuse. Notably, because male survivors may experience a deep sense of shame that can last long after the abuse (Alaggia & Millington, 2008) and may hold deeply stereotypical conception of masculinity (Easton, 2014), therapy should address and attempt to deconstruct these potentially toxic beliefs. Discussing incongruence between themselves and other men regarding masculinity could be valuable in order to promote authenticity in their sexuality (Turmel & Liles, 2015). Finally, many studies pointed out that lower sexual esteem and poorer sexual functioning are considered as important factors that can lead to sexual revictimization in CSA survivors (Lemieux & Byers, 2008; Van Bruggen et al., 2006). Interventions and clinical care should further explore sexual esteem among survivors and consider its influence on their sexual behaviors. Thus, in order to lessen risk of revictimization,

practitioners should provide information on the possible effects of CSA (e.g. feelings of guilt and self-blame) in survivors and how they may influence their sexual self-concept. In addition, risky sexual behaviors and compulsion should also constitute privileged intervention targets to prevent further victimization. Afterwards, professionals should take into consideration the gender of survivors they work with, as their sexual self-concept may be influenced by sexual norms and socio-cultural context in which they live.

3.5 Conclusion

The current study yields that CSA survivors constitute a heterogeneous population and have differentiated sexual self-concepts. Results revealed three profiles among survivors according to their sexual self-concept. The Confident and non-preoccupied profile seem to demonstrate a more normative sexual self-concept, whereas the Demeaning and depressive as well as the Hyperconfident and preoccupied profiles displayed seemingly opposite sexual self-concepts. Notably, survivors from the Demeaning and depressive profile show a higher level of sexual depression while survivors from the Hyperconfident and preoccupied profile stand out by the highest level of sexual esteem and preoccupation. Moreover, gender comparisons between profiles revealed that women are found in greater number within the Confident and non-preoccupied profile while men are found in greater number in the Demeaning and depressive profile, which highlights that men tend to have a more detrimental sexual self-concept than women. Thus, the diversity of sexual concepts found in this study as well as gender differences raise the need to provide tailored interventions and clinical care among CSA survivors.

CHAPITRE 4 : ARTICLE #2

“Finding My Worth as a Sexual Being”: A Qualitative Gender Analysis of Sexual Self-concept and Coping in Survivors of Childhood Sexual Abuse

Roxanne Guyon, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

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

Stéphanie Couture, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Monique Tardif, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Marie-Marthe Cousineau, School of Criminology, Université de Montréal

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

Corresponding author : Roxanne Guyon

This research was supported by a grant from the Social Sciences and Humanities Research Council (#430-2016-00951) awarded to Mylène Fernet and by a scholarship from the Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (#2022-B2Z-297045) and the Social Science and Humanities Research Council of Canada (#752-2021-2334) awarded to Roxanne Guyon.

Submitted to: Archives of Sexual Behaviors

State: Published

Abstract

Childhood sexual abuse (CSA) is likely to have impacts on adult survivors' sexuality, particularly on their sexual self-concept. However, little is known about how survivors cope with CSA-related sexual impacts, including sexual self-concept impairments. Thus, this study aimed to examine the interplay between sexual self-concept and coping strategies in CSA survivors by 1) documenting the manifestations of their impaired sexual self-concepts; 2) identifying their strategies to cope with the sexual impacts of CSA; and 3) examining gender differences on sexual self-concept impairments and coping strategies. Content analysis was conducted on semi-structured interviews with 25 women and 26 men adult survivors of CSA recruited via social networks and victim support organizations. Analyses yielded three conceptual categories: 1) Developing an unconsolidated and unfavorable sexual self-concept following CSA; 2) Avoiding CSA-related sexual impacts and impaired sexual self-concept; 3) Approaching CSA-related sexual impacts with more authenticity. Men often manage their suffering and compensate for their impaired sexual self-concept by engaging in sexual dominance and over-investment, by accepting their sexual difficulties and relying on medication to overcome them. Women tend to restrict themselves and disconnect sexually to avoid suffering, comply with their partners' sexual demands out of a sense of duty, prioritize sexual intimacy over orgasm and seek professional help. Interventions with survivors should promote the development of approach strategies to cope with sexual difficulties, including self-concept impairments, and foster sexual authenticity.

Keywords: Childhood sexual abuse, coping, gender, sexual self-concept, qualitative

4.1 Introduction

The experience of childhood sexual abuse (CSA), which refers to being compelled or forced to participate in unwanted sexual touching or sexual intercourse before the age of majority (Finkelhor et al., 1990), can lead to multiple long-term impacts due to the overwhelming, coercive, and invasive nature of this trauma. While these impacts may be present in all areas of a survivor's life (e.g., mental and physical health, social life, etc; Hailes et al., 2019), they are particularly likely to affect their relationships and sexuality of survivors given that CSA most commonly involves sexual acts committed by a close person (Freyd, 1996). These impacts may include posttraumatic intrusive memories, especially during or after sexual activities (Carreiro et al., 2016), in addition to sexual dysfunction such as anorgasmia, dyspareunia, lack of desire and pleasure associated with sexual activities and poor sexual satisfaction (Bigras et al., 2015; Pulverman et al., 2018). Also reported impacts include sexual compulsivity and/or avoidance (Vaillancourt-Morel et al., 2015). Furthermore, negative feelings toward sexuality, such as experiencing shame and guilt during or after sexual activities, are also reported by survivors (Hitter et al., 2017; O'Leary et al., 2017), and may be closely linked to their sexual difficulties (Pulverman et al., 2018). These impacts may also be exacerbated or reactivated in the context of romantic relationships (DiLillo et al., 2007), where intimacy and sexuality are likely to occur or where the traumatic events experienced can be recalled.

A recent comprehensive review (Bigras et al., 2021), which documented associations between CSA and several indicators of sexual well-being in adult survivors, highlighted the impacts in five sexual domains: sexual function, sexual satisfaction, sex-related cognitions, sexual behaviors, and affective components of sexuality (e.g., shame). Although Bigras et al., (2021) noted disparities between the reviewed studies, their results show that CSA may impact sexuality on multiple levels. However, recent studies have largely focused on understanding the physiological and behavioral aspects of survivors' sexuality (e.g., sexual dysfunction, risky behaviors) and less on the cognitive aspects (Bigras et al., 2021). For instance, sexual self-concept (i.e., ideas, thoughts, and feelings that individuals have about themselves as sexual persons; Snell, 1998), an integral component of sexual health (Rostosky et al., 2008), has been understudied among CSA survivors. Yet, profound impacts on survivors' sexual esteem, self-view, and identity, which are part of the sexual self-concept, are indeed observed in clinical practice (Maltz, 2012).

4.1.1 Sexual Self-Concept in CSA Survivors

The few studies that examine sexual self-concept in CSA survivors have shown that survivors may have low sexual esteem and negative perceptions of sexuality or of themselves as sexual beings (Guyon et al., 2020a). For example, survivors may perceive themselves as bad sexual partners or as sexual objects at the disposal of others (Hitter et al., 2017) or perceive their sexuality as depressive (Guyon et al., 2020a). Clinical observations also show that CSA survivors are more likely to report a perception of themselves as bad, evil and forever broken; self-perceptions that particularly resonate and manifest in their intimate and sexual lives (Maltz, 2012). Yet, negative representations of the self can alter survivors' capacity to form positive intimate connections, which may lead to a wide range of sexual difficulties (Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2020; Maltz, 2012). Although the empirical and clinical evidence attests to the importance of understanding the impacts of CSA on survivors' sexual self-concept, little is known about the extent of this type of impact and how men and women survivors cope with it.

4.1.2 Sexual Coping and Self-Concept in CSA Survivors

To adapt to the traumatic events experienced and its legacy, CSA survivors can mobilize different coping strategies (Walsh et al., 2010). Coping refers to the use of diverse cognitions and behaviors to manage a stressful or threatening situation (Lazarus & Folkman, 1984), such as a trauma. Although coping processes are far more complex, the study of stress and coping points to two concepts central to an understanding of the response to trauma: avoidance and approach. Basically, approach and avoidance refer to the cognitive, emotional, and behavioral efforts oriented toward (approach) or away (avoidance) from the threat (Roth & Cohen, 1986). The use of avoidance strategies may be beneficial in small doses because they temporarily soothe intense emotions but are of little help in long-term recovery. On the other hand, approach strategies can contribute positively to the resolution of trauma and its impacts, if the coping strategies used do not lead to prolonged and intense exposure to the trauma, which could lead to further distress and be counterproductive (Roth & Cohen, 1986).

Considering the nature of sexual traumas and their impacts on sexuality, avoidance strategies could be mobilized to cope with the sexual impacts left by CSA, such as a negative sexual self-concept. Indeed, some empirical data may support this postulate. A literature review conducted by Spacarelli

(1994) underlined that coping strategies characterized by avoidance (e.g., minimizing, denying, dissociating) may negatively influence CSA survivors' self-views as well as their reactions toward sexuality. Similarly, findings by Saha and colleagues (2011) showed that a "traumatized self" characterized by feelings of shame and guilt and the use of avoidance strategies, can lead to perceptions of self as unimportant and undeserving that leave no mental space to reflect on oneself. In parallel, studies have suggested that some sexual impacts reported by survivors, that would not be considered at first glance as obvious manifestations of avoidance, may have the adaptive purpose of alleviating the suffering caused by the CSA events. For example, sexual compulsivity (i.e., excessive sexual cognitions and/or behaviors) has been identified as a strategy to temporarily relieve inner tensions and emotions such as guilt, shame, loneliness, and distress, as well as poor self-image and self-esteem (Kuzma & Black, 2008; Perera et al., 2009).

On the other hand, the use of approach strategies to cope with sexual impacts could support a more positive sexual self-concept in CSA survivors, but studies on this topic are limited. Among the few studies that have jointly documented survivors' sexual adjustment and self-concept, the qualitative study of Hitter and colleagues (2017) found that those who embrace their sexual self as a whole show greater acceptance of their sexual preferences, boundaries, and bodies, in addition to a general shift in perspective about themselves as sexual beings (e.g., ceasing to perceive themselves as broken). Similarly, Newsom & Myers-Bowman's (2017) qualitative results highlighted that positive sexual coping reported by women CSA survivors consist primarily of a shift in perspective about sexuality and oneself as a sexual being (e.g., seeing sexuality as desirable and oneself as worthy of it). Thus, it seems plausible that coping strategies mobilized specifically in sexual contexts are closely interwoven with the sexual self-concept of CSA survivors. However, the interplay between sexual coping and sexual self-concept have been under investigated in past studies conducted among CSA survivors.

Most CSA studies have been conducted with samples of women, and more rarely, with mixed samples, hindering the evaluation of gender differences and similarities in sexual self-concept and coping strategies. Yet, the internalization of normative gender roles can influence men's and women's sexuality differently (Deutsch et al., 2014). In addition, although some similarities can be observed, the way in which men and women deal with stress may somewhat differ. For instance, some studies have found that women survivors are more likely to use emotion-focused coping

strategies, and men survivors, problem-focused strategies (Schoenmakers et al., 2015; Meléndez et al., 2012). Similarly, another study has shown that, while women survivors have a greater propensity to internalize their emotional suffering, they are also more likely to seek emotional support (Sigurdardottir et al., 2014). On the other hand, men survivors are more prone to externalize their suffering with anger and anti-social and aggressive behaviors, and to not seek help (Sigurdardottir et al., 2014). Likewise, men CSA survivors who have sex with men have been found to cope through social isolation and acting-out behaviors, which can in turn have repercussions on their sexual and intimate relationships (Field et al., 2008). Although the identification of gender specificities regarding sexual self-concept and coping is essential to better guide the care and interventions offered to CSA survivors (Sigurdardottir et al., 2014), they have been little investigated using mixed samples of CSA survivors.

4.1.3 Study Rationale and Objectives

Studies investigating the interplay between sexual self-concept and sexual coping strategies by both men and women CSA survivors are lacking. Documenting these strategies, as well as different manifestations of sexual self-concept, may offer meaningful or helpful therapeutic avenues to promote survivors' sexual well-being and recovery (Maltz, 2012). It is therefore important to also identify survivors' motivations for engaging in specific coping strategies to better guide interventions. Similarly, it is essential to consider gender specificities relative to sexual self-concept and coping in order to better tailor interventions to men and women CSA survivors' respective needs and realities (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2020). Thus, this study aimed to examine the interplay between sexual self-concept and coping in CSA survivors by 1) documenting the manifestations of an impaired sexual self-concept; 2) identifying the strategies mobilized by survivors to cope with the sexual impacts of CSA and their functions; and 3) examining men and women CSA survivors' sexual self-concept impairments and coping strategies (i.e., gender specificities).

4.2 Method

4.2.1 Recruitment and Participants

The qualitative data of this retrospective study are drawn from a larger mixed-methods study based on a concurrent triangulation design (Creswell & Zhang, 2009), which focuses on intimate and

sexual trajectories of adults' survivors of CSA. For the qualitative phase, 51 adults (25 women and 26 men) were recruited through word of mouth, social networks and community organizations for CSA survivors. A recruitment poster detailing the study was developed to recruit volunteers. Eligible participants had to be 18 years of age or older (i.e., age of majority in Québec) and report experiences CSA. Criteria of CSA inclusion were based on the Criminal Code of Canada's (1985) definition: 1) unwanted sexual behaviors before the age of 18 or 2) any sexual contact prior to 16 years old with someone 5 years older or in a position of authority. Participants' age ranged from 24 to 66 years ($M = 44.65$, $SD = 12.63$). They were mainly born in Canada (88.2%), primarily reported that they were workers (54.9%), had a university degree (41.2%), were single (50.1%) and self-identified as cisgender and heterosexual (70.6%). The majority of the sample reported that their CSA experience involved penetration (69%), was committed by an immediate family member (63%) and lasted from 1 to 5 years (39%). Characteristics of the experiences of male and female CSA survivors are presented in Table 4.1.

Table 4.1 Sociodemographic and CSA Characteristics

	<i>Men (n = 26) n (%)</i>	<i>Women (n = 25) n (%)</i>	<i>Total (N = 51) n (%)</i>
Sociodemographic characteristics			
<i>M</i> Age	51.23	37.80	44.65
Birthplace			
Canada	23 (88.5)	22 (88.0)	45 (88.2)
Europe (France, Sweden)	2 (7.7)	2 (8.0)	4 (7.8)
United States	1 (4.0)	0 (0.0)	1 (2.0)
Haiti	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (2.0)
Occupation			
Student	2 (7.7)	6 (24.0)	8 (15.7)
Employed	14 (53.8)	14 (56.0)	28 (54.9)
Unemployed	3 (11.5)	1 (4.0)	4 (7.8)
Other (e.g., maternity, sick leave, etc.)	7 (26.9)	4 (16.0)	11 (21.6)
Educational attainment			
Primary school/high school diploma	8 (30.8)	5 (20.0)	13 (25.5)
College/Professional degree	7 (26.9)	10 (40.0)	17 (33.3)
Bachelor's degree	7 (26.9)	6 (24.0)	13 (25.5)
Master's or PhD degree	4 (15.4)	4 (16.0)	8 (15.7)
Relationship status			
Single	14 (53.8)	12 (48.0)	26 (50.1)
In a relationship	1 (4.0)	5 (20.0)	6 (11.8)
	5 (19.2)	7 (28.0)	12 (23.5)

Common-law partnership	4 (15.4)	1 (4.0)	5 (9.8)
Married	2 (7.7)	0 (0.0)	2 (3.9)
Other (e.g., polyamorous)			
Sexual orientation			
Heterosexual	15 (57.7)	21 (84.0)	36 (70.6)
Gai/Lesbian	4 (15.4)	1 (4.0)	5 (9.8)
Bisexual	1 (3.8)	2 (8.0)	3 (5.9)
Other (e.g., queer, heteroflexible, asexual)	6 (23.1)	1 (4.0)	7 (13.7)
CSA characteristics			
Sexual acts ^a			
Without contact (e.g., exhibitionism, voyeurism)	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (2.0)
Fondling	11 (42.3)	4 (16.0)	15 (29.4)
Penetration (i.e., oral, vaginal, anal)	22 (84.6)	24 (96.0)	35 (68.6)
Perpetrator's identity ^b			
Romantic partner ^c	1 (3.8)	2 (8.0)	3 (5.9)
Extended family member (e.g., grandparent, uncle)	5 (19.2)	4 (16.0)	9 (17.7)
Stranger	6 (23.1)	6 (24.0)	12 (23.5)
Acquaintance	14 (53.8)	12 (48.0)	26 (51.0)
Immediate family member (e.g., parent, sibling)	15 (57.7)	17 (68.0)	32 (62.7)
Frequency of CSA			
2 to 10 times	8 (30.7)	9 (36.0)	17 (33.3)
10 to 20 times	3 (11.5)	5 (20.0)	8 (15.7)
20 to 50 times	3 (11.5)	4 (16.0)	7 (13.7)
Too many times to count	12 (46.2)	7 (28.0)	19 (37.3)
Duration of CSA			
Less than 3 months	2 (7.7)	2 (8.0)	4 (7.8)
3 months to 1 year	6 (23)	4 (16.0)	10 (19.6)
1 to 5 years	10 (38.4)	10 (40.0)	20 (39.2)
Over 5 years	8 (30.8)	9 (36.0)	17 (33.3)

^a Participants who reported more than one type of sexual act are classified in the most "severe" category.

^b Cumulative percentage exceeds 100%, as participants could report more than one perpetrator.

^c For survivors victimized at the age of being in a romantic relationship.

4.2.2 Procedures

Eligible participants were contacted to take part in a semi-structured interview. The interviews took place at the principal investigator's research facilities, which include rooms used exclusively for conducting research interviews. First, participants were presented with a consent form detailing the study protocol to ensure adequate comprehension of the study's goals, procedure, risks and benefits, confidentiality, and voluntary-based participation. Consenting participants were then asked to complete a sociodemographic questionnaire, followed by an interview lasting approximately 90 minutes. The interview consisted of open-ended questions about CSA and its

perceived impact on intimate relationships, sexuality, and coping strategies. For example, questions such as “*How important is sexuality in your life?*” and “*What impact do you think CSA has had on your sex life, and more specifically, on your self-perception as a sexual being?*” prompted participants to discuss their sexual self-concept. The interviews were conducted by graduate sexology students trained to intervene in crisis situations. A debriefing and a list of psychosocial resources was provided to participants at the end of the interview. The week following the interview, participants were re-contacted to assess their psychological state and support was offered if needed. Participants were each compensated \$30.00 CAD. This study was approved by the University of Quebec at Montreal’s institutional research ethics board.

4.2.3 Analytical Strategy

A conventional content analysis (Hiesh & Shannon, 2005) was performed on the qualitative data using a hybrid approach to data analysis (see Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Xu & Zammit, 2020). The first step of content analysis is coding, which involves breaking down the transcriptions into meaning units (i.e., interview extracts related to the same concept; Hiesh & Shannon, 2005). A mixed coding grid was first developed based on empirical data addressing sexual self-concept and sexual coping strategies, which reflects a deductive analytical approach. The grid was then refined based on the present interview data, reflecting an inductive approach. Codes were then added, modified, or deleted throughout the coding process. Subsequently, a codebook including the developed codes with accompanying excerpts was generated to facilitate categorization (i.e., forming mutually exclusive conceptual categories using groupings of codes that refer to the same concept). Conceptual categories were created in light of survivors’ sexual self-concept impairment and coping strategies. Then, the common thread linking the categories together was identified to develop a coherent storyline that reflected participants’ discourses. For instance, the order of the conceptual categories was determined based on the way participants told their stories. Notably, most spoke of avoidance strategies in the past tense, and approach strategies, as an integral part of their current experiences. Therefore, the analysis reflects a process that would likely echo the development of short- and long-term sexuality after CSA (i.e., the development of an unfavorable sexual self-concept and the use of short-term avoidance strategies, which gradually gives more room for approach strategies that favor authenticity). Finally, differences in men’s and women’s experiences were documented within categories (i.e., nuances between men’s and women’s reports

within the same category), and between categories (i.e., categories that were reported by only one gender). Analyses were revised independently by three researchers, and disparities were discussed jointly until a common agreement was reached. This procedure ensured a common understanding of the data and increased the results' validity (Noble & Smith, 2015). Interview excerpts were further translated from French to English.

4.3 Results

The participants' narratives led to the identification of three main conceptual categories: 1) Developing an unconsolidated and unfavorable sexual self-concept following CSA; 2) Avoiding CSA-related sexual impacts and impaired sexual self-concept; 3) Approaching CSA-related sexual impacts with more authenticity. All categories, subcategories, and gender specificities are reported in Table 4.2.

Table 4.2 Categories, Subcategories and Gender Specificities

Categories	Subcategories	Gender Specificities	
		Women	Men
Developing an unconsolidated and unfavorable sexual self-concept following CSA	The blurred self: I don't know who I am		
	The broken self: I am rotten from the inside, damaged, and different	Most perceived themselves as damaged compared to who they were before CSA	Most perceived themselves as different from those who have not experienced CSA
	The filthy self: I am dirty, horrible, gross and ashamed		
	The objectified self: I am a people pleaser and a sex object	Only women perceived themselves as sex objects and people pleasers in general	
	The unlovable self: I am unworthy of love, affection and intimacy		

	The inferior self: I am beneath others and not man enough		Only men perceived themselves as inferior, especially compared to other men
Avoiding CSA-related sexual impacts and impaired sexual self-concept	Sexual self-restriction: Avoiding sexual activity and pleasure to maintain control over one's body and emotions	Only women avoided select sexual practices to avoid feeling vulnerable	Only men temporarily avoided sex to preserve self-image
	Sexual Disconnection: Dissociating and numbing during sex to cut oneself from one's internal states		Only men used drugs or alcohol during sex to compensate for a negative sexual self-concept
	Sexual Compliance: Meeting the sexual needs of others to avoid rejection and fulfill one's duty	Only women avoided expressing their sexual boundaries to fulfill a duty	Only men accepted being used by their sexual partners to feel loved
	Sexual Over-Investment: Adopting hypersexual behaviors to feel loved, soothed, to take back control and assert masculinity		Only men overinvested sexuality by exchanging sexual services for love and masturbating compulsively to self-soothe or seek intense sensations
	Sexual domination: Conquering, subjecting and harming a partner to take back control and assert masculinity		Only men engaged in sexual dominance to reassert their superiority and masculinity
Approaching CSA-related sexual impacts with greater authenticity	Sexual reframing: Adjusting one's perspective and goals regarding sexuality	Most women focused on intimacy during sexual activity	Most men focused on intimacy during non-sexual activities
	Sexual acceptance: Legitimizing and normalizing one's boundaries, needs, desires and difficulties	Only women indicated feeling that they no longer needed please sexual partners	Only men dedramatized their sexual difficulties

<p>Sexual reappropriation: Reclaiming possession of one's body, senses and sexuality</p>	<p>Only women reported reappropriating their bodies through non-sexual activities (e.g., dance)</p>	
<p>Sexual assertiveness: Expressing sexual boundaries, needs and desires within a relational context</p>		
<p>Sexual support: Seeking a partner's help, therapeutic assistance or medication to overcome sexual difficulties</p>	<p>Most women sought inward-oriented support (therapeutic assistance)</p>	<p>Most men sought outward-oriented support (medication)</p>

Note. Empty spaces indicate that no gender specificities were observed for this subcategory.

4.3.1 Developing an Unconsolidated and Unfavorable Sexual Self-concept Following CSA

When asked about the impact CSA has had on their self-perceptions as sexual beings, almost all participants reported significant impairment, such as poor self-knowledge, in addition to negative self-perceptions. For instance, Utopia (27, self-identified heteroflexible woman, sexually abused by her father), expressed that the CSA she endured profoundly impacted her perception of self-worth: « What I recall the most as a consequence is that you don't know your worth as a human being. It screwed up my foundation. My self-esteem has been taken away from me ». These impacts on participants' self-concept primarily manifested in their sex lives, where survivors displayed unconsolidated and unfavorable perceptions of themselves as blurred, broken, unlovable, filthy, objectified, or inferior.

4.3.1.1 The Blurred Self: I Don't Know Who I Am

The narratives of several survivors brought to light an unconsolidated sexual self-concept. These survivors expressed that their identities did not fully or coherently develop because of the CSA they experienced. For Carl (66, self-identified heterosexual man, sexually abused by his mother), not having a clear and coherent sexual self-concept manifested into frequently changing his physical appearance to find his identity: « I was like a chameleon, I had to change costumes to become the person I wanted to be ». Some survivors, like Michelle (32, self-identified heterosexual

woman, sexually abused by her stepfather), felt that they had no identity and could not identify as either men or women: « I had no identity. I didn't feel like a woman, or a man either ».

4.3.1.2 The Broken Self: I am Rotten from the Inside, Damaged, and Different

The perception of having a broken self and of being different from individuals without a history of CSA also transpired in survivors' narratives, notably men's. Joss (50, self-identified heterosexual man, sexually abused by his sister), explained that he « always felt like [he] was different from others ». Chuck (36, self-identified heteroflexible man, sexually abused by his father's man friend) reported that feeling damaged lead him to hide his difference from others: « You're feeling so rotten inside that you don't want others to see that there's a problem ». As for Vanessa (28, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother and friend's father), she expressed feeling broken and irreparable: « That's the image I have of myself... a broken thread that you'll try to mend, but it's still broken all the time ».

4.3.1.3 The Filthy Self: I Am Dirty, Horrible, Gross, and Ashamed

Survivors also reported a sexual self-concept characterized by a sense of being filthy. For instance, for Florence (24, self-identified bisexual woman, sexually abused by her father), being filthy manifested during masturbation through CSA flashbacks marked by feelings of disgust and shame for having been sexually abused by her father: « Sometimes I have thoughts about the sexual abuse I experienced that comes back [when masturbating] and I'm like, gross! Like there's a little voice in my head saying: your dad abused you ». These feelings of shame and disgust appeared to be rooted in survivors' sense of self, as shown by Emmanuel (39, self-identified heterosexual man, sexually abused by a clergy member): « I felt dirty all the time. I was more ashamed of my sexuality than anything ».

This feeling of being dirty also manifested through negative body image. Nancy (52, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her stepfather and strangers) said that the people in her life do not understand her extreme negative body image: « I find my body horrible... People don't see it, but I tell them: You don't see what I see when I look in the mirror ». Survivors also reported resorting to body transformations to compensate for their low self-esteem. As John (59, self-

identified heterosexual man, sexually abused by a man teacher) explained: « I had my face redone via surgery. The CSA is there: it led to a series of events related to low self-esteem ».

4.3.1.4 The Objectified Self: I Am a People Pleaser and a Sex Object

Several participants evoked seeing themselves as sex objects or people pleasers, which suggests self-objectification. However, women were the only ones to see themselves as people pleasers, and therefore, to speak of an objectified self that was manifested in non-sexual life contexts. For instance, Anna's (33, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother) narrative reflects a self-concept that revolves solely around giving, which is susceptible to being troubled when in the position of needing others:

I always conceived of my life like I came into the world to take up as little space as possible and help as many people as I can. Then, the day I die, I'll disappear, and people will forget me... So, when I stopped doing humanitarian work, I felt a big depression... because suddenly, my life didn't make sense anymore. I was not helping anyone. I was the one who needed help.

Moreover, many survivors had the perception that they existed solely to meet others' sexual needs. As related by Emmanuel (39, self-identified heterosexual man, sexually abused by a clergy member), this sexual self-objectification reinforces the perception of having no value as a human being: « I was a human wreck, I was nothing but an object. I've been that all my life, especially in my teenage years... I learned that if you want something in life, well, you must give your ass ». Caryne (42, self-identified bisexual woman, sexually abused by her aunt's man friend) perceived herself as someone who deserved to be used and abused: « I see myself as someone who is just there to please people. Everyone should take advantage of me and rape me ».

4.3.1.5 The Unlovable Self: I Am Unworthy of Love, Affection, and Intimacy

The perception of being unworthy of love was reported by several survivors. As Alexia (32, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her stepfather and man babysitter) related, being sexually abused as a child can lead survivors to assume that « no one can ever love [them] ». Christian (62, self-identified heterosexual man, sexually abused by his stepfather and man peers) could not conceive ever being loved by a woman because he did not see himself as « a lovable person ». This perception of being unworthy of love was particularly evident in CSA survivors'

intimate relationships. For instance, Carl (66, self-identified heterosexual man, sexually abused by his mother) believed that he could be dumped because he was not worthy of his romantic partners, which in turn fuelled his sexual difficulties:

Subconsciously, I was always like: why are they with me? It would affect me in that I couldn't even get aroused anymore and then I would feel guilty on top of that because, well, if I can't then they're going to dump me.

4.3.1.6 The Inferior Self: I Am Beneath Others, and not Men Enough

The perception of being inferior was described as stemming from CSA and was characteristic of many men survivors' narratives. As Chuck (36, self-identified heteroflexible man, sexually abused by his father's man friend) expressed: « After CSA, self-esteem is affected. You feel beneath others ». For Ludger (63, self-identified heterosexual man, sexually abused by his father, his father's friend, and a clergy member), this feeling of being devalued has led him to always want to be better than others: « You feel devalued relative to others. Always wanting to perform and compare yourself to them ». This feeling of inferiority also manifested through a perception of not corresponding to masculine gender norms. Joss (50, self-identified heterosexual man, sexually abused by his sister) reported that he « didn't feel like a man, like other men did, and [he] was not up to par ». As Jacques (59, self-identified heterosexual man, sexually abused by his man sports coach) said, some survivors may inflate their self-esteem as a strategy to overcome their sense of inferiority: « Because of my low self-esteem... Well, that's a mechanism following CSA. A self-esteem that had to be inflated, and now, it's sometimes too high ».

4.3.2 Avoiding CSA-Related Sexual Impacts and Impaired Sexual Self-Concept

Survivors' narratives highlighted the use of several avoidance strategies to deal with sexual difficulties: sexual self-restriction, disconnection, compliance, over-investment, and dominance. These strategies aimed to soothe painful emotions, regain or maintain control over one's body, sexuality, or trauma, and compensate for a negative sexual self-concept.

4.3.2.1 Sexual Self-Restriction: Avoiding Sexual Activity and Pleasure to Maintain Control Over One's Body and Emotions

To maintain control over their bodies and avoid being in a position of vulnerability, several survivors expressed that they restricted themselves, by temporarily or permanently avoiding sexual

activity. For Arthur (54, self-identified heterosexual man, sexually abused by a clergy member), temporary sexual self-restriction was a punishment for losing control of himself during sex or feeling controlled by sex: « Sometimes I would say: ‘I’m punishing myself. So, for a month, no penetration.’ It was a way of not having to indulge in that unknown part of life [sexuality] of which I am wary ». For his part, Jack (38, self-identified heterosexual man, sexually abused by his friend’s father) became less sexually active and assertive to avoid being in a position of vulnerability that could affect his sexual esteem:

I could be more comfortable with approaching girls and being sexually active. I’m in a phase where it’s not working. On one hand, I should be more comfortable, but on the other hand, I have other things on my mind and it’s not my priority. Maybe I’m a bit stressed about my performance... And I’m afraid of leaving a bad impression.

Sexual self-restriction also manifested in avoiding certain sexual practices due to difficulties with letting go and being vulnerable. For instance, Anna (33, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother) often prevents her partner from performing oral sex on her to avoid being vulnerable, because the pleasure orgasm can bring triggers intense negative feelings. She attributes this to the fact that she feels like an object:

For me, having an orgasm is like dying. The few times I get close to it, I get anxious... I often prevent my partner from giving me oral sex. I feel like an object, like children’s toys that light up when you start tickling them in the right places.

4.3.2.2 Sexual Disconnection: Dissociating and Numbing During Sex to Cut Oneself From One’s Internal States

Several survivors reported disconnecting from their bodies during sexual activity. Disconnection could take the form of leaving one’s body, dissociating, or numbing oneself with drugs and alcohol prior to having sex. This strategy was mainly employed to soothe the unpleasant emotions or thoughts associated with sexuality, which may be related to a sense of stigma induced by CSA. Like other women, Vanessa (28, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother and friend’s father) disconnected by leaving her body during sexual activity to cut herself off from sensations and emotions: « When I was younger, there was a disconnection between the sex I was having and my body... I was abandoning myself ».

Men mostly disconnected during sexual activity by dissociating and using alcohol or drugs to perform sexually and to avoid feelings of shame embedded in their sexual self-concept that might compromise performance. In Samuel's (33, self-identified heteroflexible man, sexually abused by his man peer and woman babysitter) case, dissociation enabled him to remain unaware of his partners' disappointment when he was not performing well:

I can't express what I feel [during sexual activity]. I don't have access to it because I completely dissociate from the present moment... I don't want to disappoint or affect the experience of the other person because I want to perform sexually.

4.3.2.3 Sexual Compliance: Meeting the Sexual Needs of Others to Avoid Rejection and Fulfill One's Duty

Preventing oneself from establishing sexual boundaries and submitting to a partner's needs was addressed by many survivors but was more characteristic of women's experiences. Women reported feeling that they could not refuse sex or to engage in certain sexual practices since, from their perspective, it was their duty to provide sexual access to their partners. Caryne (42, self-identified bisexual woman, sexually abused by her aunt's man friend) prevented herself from discussing with her partner about the negative impact unwanted sexual activity has had on her sense of self because she believed that she must satisfy him: « I never said to him: I feel like your slut. I've never said no to him. When he wants sex and I don't feel like it, I let him. I must satisfy him ». As illustrated in Natacha's (28, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother, a former boyfriend, and strangers) narrative, having sex out of a sense of duty can become a pattern that leads to revictimization: « I thought I had to give them my body. I didn't necessarily want to have sex with them, but I did because they wanted me to. I'd wake up the next day and do it again and again ».

Men survivors tended to engage in sexual compliance to obtain love or attention. Carl (66, self-identified heterosexual man, sexually abused by his mother) voiced that to have attention, he was willing to be used and to endure uncomfortable relationships with partners he did not like: « I had sexual experiences, but they were kinda seedy... like not very nice and comfortable. I let certain people just use me without necessarily being attracted to them because they paid attention to me ». As for Hugh (35, self-identified heteroflexible man, sexually abused by his sister and woman

babysitter), bypassing his own sexual boundaries and submitting to his partner's sexual desires to feel loved has further affected his sexual esteem:

There was always something that was outside of my own [sexual] boundaries... 'I'm going to do anything to make you love me. Do you want to have a threesome? I'm not really interested, but yes, my love. Have you cheated on me? Well, that's okay!' This really had an impact on my self-esteem and my comfort with sex afterwards.

4.3.2.4 Sexual Over-Investment: Adopting Hypersexual Behaviors to Feel Loved, Soothed, to Take Back Control and Assert Masculinity

Another coping strategy addressed by survivors was sexual over-investment. Many mentioned that they have had several sexual experiences involving a large number of partners or have worked in the sex work industry to fulfill unmet needs: to feel loved, desired, and soothed. Women survivors indicated that they had sex with many partners for affection and to feel desirable, and because they perceived that they were meant to be sexualized. Julie (29, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her father's man friend) mentioned that she had sex with a lot of people to meet a need for affection: « I slept with a lot of people. You meet people in bars and then you can't say: can I sleep with you just to cuddle tonight? I put myself in those situations because I wanted affection ».

Men also over-invested in their sex lives by offering sexual services and engaging in sexual activity with multiple sexual partners. However, they also reported specific sexual experiences such as exhibitionism, compulsive masturbation, and problematic pornography consumption. Their motives for sexual over-investment included to feel loved, better manage emotions, or reaffirm masculinity. For Larry (50, self-identified gay man, sexually abused by his mother's man cousin), sexual over-investment involved showing off his body in public places and engaging in sexual activity with "anyone" for the sake of attention: « I would show off everywhere: in parking lots, on the side of the highway, I would fuck anyone... because it was the only way I could get attention ».

As for Victor (59, self-identified bisexual man, sexually abused by his father), he voiced that he sold sexual services for most of his life to meet his physical and emotional needs, which has transformed his relationship with sexuality:

I was a prostitute for a long time... It started when I was 15 and lasted until I was 55. To get all kinds of things: food, clothes, love. It affects the mind and how you deal with sex and love, obviously... It's the same principle as 'I have sex with you because you love me.' It's a way to get love and manage emotions.

Men survivors also reported over-investing in sexuality to assert their masculinity. For Justin (31, self-identified heterosexual man, sexually abused by his man cousin), having multiple woman sexual partners allowed him to prove to himself that he was not gay:

For me, it was rough not having sex. I even dated girls that I wasn't interested in at all. I was subjected to [sexual abuse] for years by my cousin... He lived with us in the house, so the times [CSA] happened, I've lost count. I was like his girlfriend, only I was a kid. So, as I grew up, I became able to date girls myself. I wanted to assert that I wanted to be with women. I didn't want to be with my cousin. I wanted my book to be written with more stories with women, because I had a lot of stories with a guy.

Paul (60, self-identified gay man, sexually abused by his father) mentioned going to saunas to have sex with multiple partners, which caused him to feel paradoxical emotions: violated, yet excited and relieved. However, he emphasized the need of being in a position of control to alleviate his fear of sexuality during his sexual encounters:

I have a basic fear of sexuality. It's a struggle to be touched but if I have control, it's fine... Paradoxically, I did the saunas. I could have sex with seven guys, one after the other. Then, I realize that by letting myself be touched, I felt all crooked, bad, like I had been raped. Like I was going for something toxic... It was a kind of repeated purpose. On the other hand, when the excitement was very high, [the unpleasant feelings] went over. That doesn't mean that it was emotionally worthwhile, that I felt good, other than being relieved.

4.3.2.5 Sexual Domination: Conquering, Subjecting, and Harming a Partner to Take Back Control and Asserting Masculinity

Engaging in dominance behaviors, with the purpose of reclaiming power over their trauma and restoring confidence by asserting one's masculine identity, was part of men's coping strategies. To compensate his low self-esteem, Philip (53, self-identified gay man, sexually abused by his grandfather) employed a strategy of choosing sexual partners over whom he could have power: « Mid-twenties, thirties, it was not a time when I was really confident in myself, my body, or in my sex appeal... I often chose sexual partners that I could have some power over ». For his part, Chuck

(36, self-identified heteroflexible man, sexually abused by his father's man friend) spoke about the value of putting himself in a position of power, like chasing and conquering multiple sexual partners: « I had a great thirst for women. My friends had nicknamed me the jackal because I was focused on hunting women. When they wanted to have sex, I was less tempted. I was more interested in conquering them ». As for Mario (56, self-identified heteroflexible man, sexually abused by his mother, sister, and father's employee), he exhibited aggressive and violent behavior towards his sexual partner to assert his masculinity and superiority, which allowed him to preserve a facade so that his partner could not access his vulnerable self:

The first few nights I slept with her; I was so scared. I thought: if she gives me tenderness, I'm afraid I'll beat her. I didn't know what softness was. You point a gun at me, a knife, I don't care, I'm used to it. Love me, and you'll hurt me, you'll destroy me. You're going to discover me. You're going to show me that I can trust, but I don't know what that is. I felt like an abuser... I wasn't planning to beat her, just to sexually smash her up. I wanted to do some mean stuff to show that I was a man or to assert my superiority.

4.3.3 Approaching CSA-Related Sexual Impacts with Greater Authenticity

While participants' narratives showed that sexual difficulties were still present at the time of the interviews, they also indicated a greater use of approach strategies over time. These cognitive and behavioral strategies involve reframing sexuality and sexual goals, accepting one's sexual needs and difficulties, reclaiming possession of one's body and bodily sensations, being assertive in a relational context, and seeking support to overcome sexual difficulties. As evidenced by their discourses, these strategies seem to be characterized by a more authentic sexual self.

4.3.3.1 Sexual Reframing: Adjusting One's Perspective and Goals Regarding Sexuality

Many survivors talked about changes in their sexual motivations and in the way they perceived sexuality overall. Their discourses showed that they have adjusted to their sexual difficulties by moving away from the pressure to perform or meet sexual norms (e.g., being sexually active, reaching orgasm at all costs, etc.), which reflect greater flexibility. Women primarily expressed that they placed more emphasis on intimacy with their partners than on orgasm and sexual frequency. Anna (33, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother) testified to the importance of focusing on the quality of sexual encounters, especially on the emotional

connection with her partner: « Recently, sexuality has come to a standstill. However, I told myself: As long as we don't do it a lot, we'll do it better. So, we try, we take more time, we are more connected ». For her part, Marylin (50, self-identified lesbian woman, sexually abused by her stepfather) no longer seeks orgasm at all costs and wants to broaden her sexual repertoire: « I used to be more expeditious, and I'd get right to the sex. Orgasm was the ultimate goal. Now, I'd like to discover something else. I'd like to start enjoying caresses ».

One element that characterized the discourse of men who reframed sexuality was that they focus on finding non-penetrative and non-sexual alternatives to cultivate closeness within their relationships. Arthur (54, self-identified heterosexual man, sexually abused by a clergy member) reached an agreement with his wife to preserve satisfaction in their relationship:

She really likes massages and I like touching her. So, we found other ways to satisfy each other. Of course, it will never be the same as before in our relationship, but at the same time, she has come a long way in helping me, so I'm going to do my part.

4.3.3.2 Sexual Acceptance: Legitimizing and Normalizing One's Boundaries, Needs, Desires, and Difficulties

Another important strategy mentioned by survivors was the acceptance and legitimization of their authentic sexual selves. Participants reported a greater acceptance of their sexual boundaries, difficulties, and desires, or conversely, that they no longer wanted to have sex. Anna (33, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother) realized that she should explore and accept what she truly likes rather than restricting herself to what is socially valued: « I wish my boyfriend would cuddle more. That's not something that exists in my life. Maybe I should start here [cuddling] to enjoy sex instead of taking out my dildo and my porn ». For Magalie (25, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her uncle), accepting herself enabled her to stop depending on her partners' approval: « The more the years go by, the better I am with myself and the less I need to try to please others sexually ».

Men survivors also spoke of a greater acceptance of their sexual needs and wants, which is intimately linked to the importance they ascribe to sexuality. This acceptance could take the form of a romantic life devoid of sexuality, as was the case of Abdoul (56, self-identified heterosexual man, sexually abused by his man cousin) who no longer considered sexuality a priority: « For me,

sexuality is secondary. It's a part of the relationship, but it's not the most important part. I've known women for whom it was important, so I left because it wasn't for me ». Conversely, other men, like Emmanuel (39, self-identified heterosexual man, sexually abused by a clergy member), have reclaimed their right to a satisfying sex life: « Sexuality is important. I give myself the right to have one, to experience it, to feel good and comfortable ». Participants' greater acceptance of their sexual selves was manifested through the normalization of their sexual difficulties. As Max (55, self-identified heterosexual man, sexually abused by his father's man friend) said:

It takes me longer [to get an erection]. I don't have a problem with that. It always works in the end... Sometimes I don't have an orgasm. It doesn't bother me, and I know it's as normal as eyesight problems that appear when you get older.

4.3.3.3 Sexual Reappropriation: Reclaiming Possession of One's Body, Senses, and Sexuality

The importance of reclaiming one's body, senses, and sexuality was mainly documented among women. This reappropriation of sexuality, even if it may come with fears, is an integral part of survivors' recovery. As Melanie (36, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her stepfather) emphasized: « At every stage of recovery... you can't let fear take over or close you off forever. There are things about sexuality that you must take ownership of ». For Anna (33, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her brother), reappropriating her sensations enabled her to develop an intimate relationship with her daughter:

We have a common courtyard where I live, and I know no one's watching. Once, I tried to dance the different stages of incest that I experienced. While dancing, I started stroking my face. I was like: This is nice! I'm 33 years old and I'm only discovering this now. You know, I have a daughter, and now I give her massages, I cuddle her. But before that moment, the cuddles between us did not exist.

Philip (53, self-identified gay man, sexually abused by his grandfather) explained that the challenge in reclaiming one's body lies mainly in accepting one's sexual difficulties:

What is happening is a reappropriation of my body and sensations. It's not a lack of desire, nor a lack of enthusiasm, but sometimes it's more complicated. People understand that, but I just need to understand it and be more comfortable with it.

4.3.3.4 Sexual Assertiveness: Expressing and Upholding Sexual Needs, Desires, and Boundaries

Sexual assertiveness, the ability to express and uphold one's sexual needs, desires, and boundaries, is a strategy that was evoked by many men and women survivors. Participants highlighted the potential of assertiveness to prevent revictimization but also to optimize their comfort with sexuality. Jolene (29, self-identified heterosexual woman, sexually abused by men peers) related a situation in which she listened to her feelings, affirmed her discomfort, and set boundaries regarding sexual practices that were reminiscent of the CSA she experienced:

One of my sexual partners inadvertently reenacted one of the sexual abuses I experienced. I felt really anxious. Afterwards, I told him: I don't like what you did. It reminds me of what I experienced, so I wish you wouldn't do it again.

Utopia (27, self-identified heteroflexible woman, sexually abused by her father) is now better able to discern her sexual needs since she became more connected to her true sexual self:

Now, I want that [soft sex]. I realize that this is what I've wanted my whole life, but I was convinced that I couldn't have it. I've never had sex based on my needs. I've never been comfortable or had the courage to express them, to admit my true needs to myself. Maybe I didn't even know what I really wanted.

Similarly, Arianne's (27, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her uncle) narrative shows that assertiveness is a skill that can be facilitated by being more authentic:

One of the main values I look for in sexuality is to be true, authentic, and not to try to please the other person at all costs. Sometimes, I still doubt my ability to set boundaries, but I know it's important, so I try to do it.

Men survivors' discourses similarly attested to an increased ability to be sexually assertive. Notably, discussing his interest to explore intimate and sexual activities with his partners afforded Robert (53, self-identified heterosexual man, sexually abused by his mother and man neighbor) greater confidence: « It's a curiosity to have some caresses and some forms of intimacy that I did not have

before. It's also a pride to tell my partners that I was interested in crossing that line ». Joss (50, self-identified heterosexual man, sexually abused by his sister), testified that sexual assertiveness may be facilitated through greater authenticity and openness about one's difficulties:

There is often some discomfort when a woman wants to get close to me. Talking about it will improve the relationship. When I open my mind and really tell her who I am, that's when it works. I've learned to be humble. I'm able to talk about my discomfort now.

4.3.3.5 Sexual Support: Seeking a Partner's Help, Therapeutic Assistance, or Medication to Overcome Sexual Difficulties

Seeking support from both informal (e.g., intimate partner) and formal resources (e.g., a therapist) is a strategy mentioned by several survivors to deal with sexual difficulties. Women reported seeking support from their romantic partners and using psychosocial services to a greater extent than men, a coping strategy that is inwardly oriented (i.e., involving connecting to oneself and doing personal work). Melanie (36, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her stepfather) talked about how her boyfriend's support helped her become increasingly comfortable with sexuality, a difficult subject for her to discuss: « He's making me feel more and more comfortable, but I'm still uncomfortable when talking about sex. I'm not used to it. But that's okay... a little practice goes a long way, thanks to him ». For Annick (46, self-identified heterosexual woman, sexually abused by her former boyfriend and man friend), consulting a sex therapist led her to prioritize her own needs: « I consulted a sexologist. I wanted to increase my sexual pace, you know, find a way for both of us to be happy. I realized that I was doing it for him, not for me ».

Men also reported seeking support from their partners but were the only ones to report using medication to cope with sexual difficulties, a strategy that is outwardly oriented (i.e., does not necessarily imply a connection to oneself or doing personal work). Larry (50, self-identified gay man, sexually abused by his mother's man cousin), like other men survivors, used medication to restore his sexual functioning, especially his ability to achieve or maintain an erection: « I was prescribed Viagra because [CSA] has an impact on my [erectile] difficulties ».

4.4 Discussion

The current study aimed to document the manifestations of impaired sexual self-concept after CSA, the strategies mobilized by survivors to cope with the sexual impacts of CSA, as well as their function. Gender specificities were also documented. Results showed that, in response to CSA, most participants have developed an unconsolidated and unfavorable sexual self-concept. In addition, survivors reported both avoidance and approach strategies to alleviate their sexual difficulties. According to their narratives, avoidance strategies were engaged in to soothe painful emotions, reclaim a sense of control, and compensate for a negative sexual self-concept. Survivors' discourses show that they tend to integrate more approach strategies into their sex lives over time, approaches that are marked by greater authenticity.

4.4.1 A Sense of Confusion and Worthlessness Embedded in Sexuality

As highlighted in past studies, intimate and interpersonal trauma, such as CSA, is likely to undermine survivors' general and sexual self-concept (Lanius et al., 2020; Maltz, 2012). This was also articulated by the present study's participants, who reported difficulties in knowing who they are as a sexual being as well as several negative self-perceptions, indicating that CSA can lead to a profound sense of confusion and worthlessness. In this regard, CSA is a trauma that deprives survivors of their bodies, identities, and self-perceived value as human beings since they are submitted to the abuser's desires and may even be rewarded for it (i.e., receiving gifts or affection). This can profoundly taint survivors' visions of sexuality and can lead to strong feelings of shame, guilt, and powerlessness (Finkelhor & Browne, 1985). These negative feelings and self-perceptions may in turn lead many of them to avoid sex and intimacy or, conversely, to engage in sexual activity while using strategies to avoid the painful emotions and memories it may trigger (e.g., sexual dissociation; Bird et al., 2014) or to regain control over their trauma.

4.4.2 The Use of Coping Strategies that Perpetuate Unfavorable or Promote Authentic Sexual Self-concept

The interrelationship between coping strategies and sexual self-concept was evident in several participants' narratives. For example, the perception of oneself as a sexual object or as unlovable could lead some survivors to submit to their partners' sexual desires (i.e., sexual compliance) or to over-invest themselves in sexual activity to meet other needs (i.e., sexual over-investment). These

findings are consistent with the traumatic sexualization dynamics postulates of Finkelhor & Browne's (1985) model, which states that survivors may engage in sexual activity to meet other needs, mostly because they learned as a child that sex can be used as currency (e.g., when an abuser gives affection or gifts to a child). Similarly, as the present findings illustrate, internalizing the belief that one is inferior, particularly as a sexual being, can lead to avoiding sex or imposing oneself sexually to detach from or correspond to masculinity standards and re-establish a positive vision of oneself. Gold and Heffner (1998) explain that engaging in sexual dominance and compulsiveness may overcome a view of oneself as passive or helpless or may help one adopt the abuser's perspective, that is, a position of power. Thus, avoidance strategies may compensate for an unfavorable sexual self in CSA survivors but may manifest differently from one survivor to another.

The use of avoidance strategies in CSA survivors is well documented, but these coping strategies are usually identified as outcomes or symptoms. For example, the literature reports several CSA effects such as sexual dissociation, compulsion, and avoidance, as well as a greater propensity to be revictimized or to reproduce abusive behaviors in adulthood (Bird et al., 2017; Krahe & Berger, 2017; Vaillancourt-Morel et al., 2015). However, the present results show that these outcomes can be adaptive in nature, as they can alleviate negative emotions and suffering, meet certain needs, or help reclaim control over one's trauma. In sum, avoidant strategies can help survivors escape CSA-related suffering, especially shame and helplessness, which persist in their sexual relationships as adults.

Issues around control and power underly several avoidance coping strategies, such as giving up control by engaging in sexual compliance or dissociation or holding on to control by avoiding certain practices or by using dominance over one's partner. Sexual over-investment and dominance strategies support the compulsion to repeat theory, which posits that trauma survivors may reenact parts of their trauma during sexual activity later in life to gain a sense of control and eventually overcome their trauma (see Van der Kolk, 1989). However, although regaining control over one's life can be beneficial for survivors, strategies used to achieve such control can involve the repeating of sexual cognitions and behaviors that contribute to long-term suffering, thereby preventing the trauma from being metabolized (Van der Kolk, 1989).

Participants' greater ability to cope with the sexual and affective impacts of CSA is consistent with Walsh et al.,'s (2010) review. Indeed, unlike avoidance strategies, approach strategies can help manage CSA-related negative thoughts and emotions, reflecting survivors' better integration of trauma over time (Walsh et al., 2010). Indeed, past studies have found that reframing sexuality, recognizing one's sexual needs and boundaries and expressing them to one's partner, and seeking support to overcome sexual difficulties can promote sexual well-being and recovery in CSA survivors (Hitter et al., 2017; Kia-Keating et al., 2010; Newsom & Myers-Bowman, 2017). The current study's contribution to the CSA literature lies in highlighting the interrelations between approach coping strategies and authenticity within sexuality. Accepting and embracing one's vulnerability is likely to alleviate shame and promote self-confidence, agency, and recovery in CSA survivors (Chouliara et al., 2014; Hitter et al., 2017).

4.4.3 Gender Specificities Regarding Sexual Self-Concept and Coping

Although men and women survivors of this study shared similarities regarding how they perceived themselves as sexual beings and how they cope with CSA-related sexual impacts, some gender specificities were noted. More specifically, while participants' discourses suggest that both men and women have integrated stigma into their sexual self-concept, men's unfavorable sexual self-concept, especially their perception of being different and inferior, is particularly triggered when they compare themselves to men who have not experienced CSA. Furthermore, unlike men survivors, women spoke of an objectified self in both sexual and nonsexual contexts. These gender differences are consistent with those put forward in the self-construals model (Cross & Madson, 1997). This model proposes that, in Western societies, women are more likely to develop an interdependent self-concept (i.e., self-definition centered on relationships with others), and men, an independent self-concept (i.e., self-definition centered on the separation of the self from others and on notions of power). These gender differences are reflected in the strategies used to cope with the sexual sequelae of CSA. For example, only women reported meeting their partner's sexual needs because they felt it was their duty and seeking professional help to overcome their sexual difficulties, suggesting their greater likelihood of turning toward others. On the other hand, only men used dominance behaviors in sexual contexts to reaffirm their masculinity, in addition to using medication rather than seek therapy to overcome their sexual difficulties. These strategies are consistent with an independent self-concept. Moreover, our results are consistent with those of

Liddon et al.,'s (2018), which found that men tend to seek quick solutions to their problems (e.g., medication), whereas women prefer to discuss their difficulties and related emotions with professionals.

Some strategies mobilized by men CSA survivors from this study are evocative of gender socialization and prescribed gender norms. Notably, only men reported using drugs or alcohol to numb their sexual performance preoccupations or engage in sexual dominance to reaffirm their masculinity and regain a sense of power. Men were also the only ones to report engaging in sexual avoidance and over-investment to maintain or regain control. Thus, vastly different strategies, such as sexual disconnection and dominance or sexual avoidance and over-investment, have been mobilized in response to the pressures of hegemonic masculinity, that is, that men should show strength, dominance, and performance (Grave et al., 2020). This could explain the shame many men survivors felt, as their self-image did not correspond to masculinity standards, as well as why their sexual issues were more likely to revolve around notions of control and performance that were women's. Men survivors may feel "unworthy as men" or needing to "prove" their masculinity by engaging in behaviors that are socially associated with manhood (O'Leary et al., 2017). Likewise, it is also possible that men survivors feel a need to reaffirm their gender through sexual behavior because their masculinity had been threatened during CSA. This could be the case for men who have been sexually abused by men and who, as a result, have come to question their sexual orientation. Because of heteronormativity and the stigma associated with same-sex practices, some men might adopt hypermasculine sexual behaviors (e.g., sexual overinvestment and domination) towards women to validate or prove their heterosexuality (McGuffey, 2008).

While some gender specificities seem particular to the CSA events experienced (e.g., feeling broken versus different from individuals who did not undergo CSA), other differences between men and women are also observed among the general population (e.g., women are more likely to be people pleasers). This highlights the idea that, while gender norms may affect all individuals, survivors may be more susceptible to them due to the additional stigma surrounding sexual abuse. It is therefore possible that CSA survivors are particularly likely to internalize and reproduce gender norms and stereotypes in their intimate and sexual relationships to temper their diffuse and unfavorable sexual self-concept. However, such gender norm conformity may prevent survivors from progressing towards sexual authenticity and recovery.

4.4.4 Strengths, Limitations, and Future Research

This study sheds light on how sexual self-concept unfolds after CSA, and how it interplays with survivors' sexual coping strategies. The identification of specific sexual self-concept impairments and sexual coping strategies' underlying purposes is one of the present study's strengths, as it provides promising intervention avenues for when working with CSA survivors. This study fills an important gap in the scientific literature, since few qualitative studies have investigated gender-specific sexual coping strategies. By giving survivors the opportunity to tell their stories from their own perspectives, participating in this study has helped to empower them. This is particularly important for men survivors, whose sexuality has been understudied (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

Despite these important contributions, some limitations should be considered. First, the current study's retrospective design may be susceptible to recall bias. Furthermore, participants may have reframed their past experiences over time, viewing them differently through the prism of the present. However, this process of biographical reconstruction was an integral part of the qualitative approach used in the present research, which prompted participants to reflect on significant events, including CSA and sexual experiences, to make sense of their past. Despite possible reinterpretations, these reflections provide valuable insights into their thoughts, emotions, sexual functioning, and recovery process at a particular point in their lives. Second, the identified coping strategies have been described in the order in which they are mostly likely to have occurred, though this order may not be representative of all participants' lived experiences. Notably, avoidance and approach strategies may vary in primacy over time for an individual, and both may be used at any given time (Roth & Cohen, 1986). An important avenue for future studies would be to mobilize longitudinal designs to capture CSA survivors' sexual trajectories. Third, the study's cross-sectional and qualitative design, in addition to the fact that participants had experienced other types of traumas (e.g., childhood maltreatment, domestic violence, etc.), prevents one from establishing that the sexual self-concept impairments and coping strategies were uniquely related to or caused by CSA. Nonetheless, participants were recruited based on their having experienced CSA, and most have made their own connections between their sexual abuse and their sexuality. Future quantitative research should examine the nature of the links between CSA, sexual self-concept, and coping strategies (see Supplementary Figure 1 for a preliminary model to test). Similarly,

quantitative studies could further investigate gender differences in CSA survivors' sexuality. Fourth, empirical saturation could not have been reached for all conceptual categories and subcategories, since the current paper was based on a broader study investigating survivors' general experiences rather than their sexuality, specifically. Further research could therefore primarily focus on survivors' sexuality. Fifth, the results take little account of the specific contexts that may have favored the emergence of certain sexual impacts and coping strategies (e.g., CSA characteristics, relational difficulties, poverty, oppression). It is also important to consider that the results mostly reflect the experiences of men and women who have been sexually abused by men. Since this gender dynamic seems to pose additional challenges for men's gender identity, it can transpire in their sexual self-concept (e.g., feeling different from and inferior to other men), coping strategies (e.g., sexual compulsion and domination, having multiple partners, etc.) and their underlying motivations (e.g., to reaffirm masculinity, to maintain control, etc.). Future studies should examine the contexts in which CSA and survivors' first adult sexual experiences occurred. Finally, the sample is predominantly composed of cisgender, heterosexual, Canadian-born individuals who use psychosocial services, which limits the results' generalizability. Therefore, more effort is needed to recruit sexually- and gender-diverse survivors of diverse backgrounds (e.g., immigrant communities). The findings generated by such research could improve services and interventions for CSA survivors.

4.4.5 Recommendations for Practice

The present findings suggest that it may be beneficial for professionals to simultaneously address survivors' sexual self-concept and sexual coping strategies. To do so, it is important that survivors become aware of the impacts CSA has had on their sexuality on cognitive, emotional, and behavioral levels. Survivors would also benefit from understanding how CSA may be reenacted in their sex lives as adults through the coping strategies they are using. It is important to avoid a blaming approach and to recognize that avoidance strategies can and do meet a variety of needs, and that they have therefore helped to alleviate some suffering. However, given that avoidance coping strategies can make one relive their sexual trauma (Fortier et al., 2009; Van der Kolk, 1989) and can be harmful to survivors and their partners (e.g., can lead to sexual revictimization or perpetration of sexual violence), it is pivotal to help them gradually reframe, accept, assert, and reclaim their authentic sexuality. It is also imperative to help survivors distinguish CSA-related

impacts from who they are as sexual human beings. Thus, professionals could educate survivors on notions of traumatic sexualization (Finkelhor & Browne, 1985), which includes distorted beliefs about oneself and one's sexuality, and connect them to survivors' experiences. Professionals could also teach sexual assertiveness skills, foster cognitive restructuring about sexuality (e.g., the idea that sex is a duty), and provide basic sex education (e.g., the importance of sexual consent). They could also promote body-focused interventions such as guiding survivors in (re)discovering their bodies and bodily sensations in a safe environment, as it has been shown to promote the development of a positive sexual self-concept (Guyon et al., 2022b). Finally, as CSA outcomes may differ for men and women, interventions should be tailored to the particular challenges they face and lead them to distance themselves from gender norms and expectations in favor of greater authenticity. Similarly, gender inequality awareness initiatives should be further promoted, as they may decrease the occurrence of CSA and its impacts (Mathews & Collin-Vezina, 2016).

4.5 Conclusion

Participants spoke of the blurred or negative views they have of themselves as sexual beings (i.e., sexual self-concept) in light of the sexual abuse they have experienced children, which have shaped their sexualities and the strategies they have mobilized to cope with their sexual difficulties. To regain a sense of control, soothe the suffering engendered their trauma, and mend their impaired sexual self-concept, survivors tend to use avoidance strategies, especially earlier in their sex lives. However, with time, they have become increasingly capable of approaching CSA-related sexual impacts by embracing a more authentic sexual self. Men and women survivors may adopt different strategies to overcome their sexual difficulties or use similar strategies to meet different needs. Men were more likely to manage their suffering and compensate for an altered sexual self-concept by over-investing themselves in sexuality, adopting dominance behaviors, normalizing their sexual difficulties or overcome them with the use of medication. Consistent with feminine gender norms, women were more likely to avoid sex to alleviate their suffering or comply with their partners' sexual demands to feel loved. They were also more likely than men to focus on the quality of their sexual encounters rather than on achieving orgasm and to consult professionals to overcome their sexual difficulties. The present findings show the importance of examining CSA survivors' sexual self-concept to better understand their adaptive sexual trajectories and provide interventions that are tailored to gender specificities to optimize sexual well-being and recovery.

CHAPITRE 5 : ARTICLE #3

“A journey back to my wholeness”: A qualitative metasynthesis on the relational and sexual recovery process of child sexual abuse survivors

Roxanne Guyon, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

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

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

Corresponding author: Roxanne Guyon

This research was supported by a scholarship from the Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (#2022-B2Z-297045) and the Social Science and Humanities Research Council of Canada (#752-2021-2334) awarded to Roxanne Guyon.

Submitted to: International Journal of Child and Adolescent Resilience

State: Published

Abstract

Objective: This study aims to document the relational and sexual recovery process of child sexual abuse (CSA) survivors. **Method:** Using the framework-based synthesis approach (Dixon-Woods, 2011), a metasynthesis was conducted on qualitative peer-reviewed studies published between 2004 and 2019, focusing on the recovery from relational and sexual outcomes related to CSA experiences. **Criteria of inclusion:** 1) included self-identified male or female adults who had sustained sexual abuse in childhood; 2) focused on CSA related relational or sexual outcomes and recovery processes; 3) included a qualitative component incorporating interviews or focus groups; 4) were carried out in Western countries. According to these criteria, a sample of eight articles was constituted. A direct content analysis was performed using *The Drive to Move Forward Framework* (Ochocka et al., 2005). **Results:** Findings yielded 3 main categories that illustrate the relational and sexual recovery process of CSA survivors: 1) The Drive to Move Forward after CSA; 2) Positive Strategies Mobilized to Recover from Relational and Sexual Issues Left by CSA and; 3) Social Circumstances that Facilitate or Hinder the Relational and Sexual Recovery Process. **Conclusion:** Although their relational and sexual recovery process may involve setbacks, and that they may be confronted with impeding social circumstances, survivors mobilize strategies and social resources to help them move forward after CSA. **Implication:** In order to help CSA survivors in achieving a satisfying relational and sexual life, providers should adopt a personalized approach that respects their process of relational and sexual recovery and adopt an ecological perspective to better understand the factors that can modulate this process.

Keywords: Qualitative Metasynthesis, Child Sexual Abuse, Recovery, Sexuality, Relationships, Gender

5.1 Introduction

Child sexual abuse (CSA) is considered as an alarming public health issue (Kendall-Tackett, 2012) causing a wide range of impacts in children, which can persist or even be exacerbated in adulthood (Trickett et al., 2011). A 30-year longitudinal study reported several outcomes in adult survivors of CSA, such as increased risks of PTSD symptoms, major depression and anxiety disorder, decreased self-esteem and life satisfaction, as well as suicidal ideation or suicide attempt, and alcohol or drug dependence (Fergusson et al., 2013). Regarding their sexuality, CSA survivors are more prone to experiment risky sexual behaviors (Homma et al., 2012), flashbacks during sexual intercourses (Carreiro et al., 2016), sexual avoidance (O’Leary et al., 2017) or compulsivity (Aaron, 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2015) and may hold a more negative sexual self-concept (Guyon et al., 2020). They are more likely to use sexuality as a strategy to cope with negative feelings (Lemieux & Byers, 2008) and to sexualize their interpersonal relationships to meet their emotional needs (Guyon et al., 2019). Survivors are also more inclined to be distrustful in their intimate relationships (Alaggia & Millington, 2008) and to report difficulties with intimacy and proximity (Crete & Singh, 2015; Godbout et al., 2013). Additionally, survivors show lower levels of relationship satisfaction (Berthelot et al., 2014), which can lead to difficulties in building lasting healthy relationships.

Multiple difficulties and symptoms related to CSA have led researchers to study how survivors adapt to these adverse life experiences. Recently, the concepts of resilience, posttraumatic growth, healing, and recovery have received more attention in the scientific body of knowledge. Recent qualitative studies as well as metasynthesis (Draucker et al., 2009; Jeong & Cha, 2019) have documented the general recovery or healing processes used by survivors to cope with CSA and its multiple consequences. Healing and recovery are similar concepts that refer to a process over time, resulting in positive changes from adverse life experiences, but which may comprise episodes of stepping backwards (Calhoun et al., 2000). Even if there is a lack of consistency in defining and measuring this concept, resilience has been conceptualized in several recent studies as a dynamic process involving an interaction between several protective factors or resources available that help individuals to overcome adversity (i.e., personal, social and societal) (Kolar, 2011; Ungar, 2012). Posttraumatic growth relies on the positive psychological changes experienced by resilient individuals following these events (Calhoun et al., 2010). A qualitative study documenting

posttraumatic growth in CSA survivors shows that survivors may adopt positive coping behaviors and inner strengths to face CSA experiences and to achieve psychological well-being (Walker-Williams et al., 2013). A recent systematic review of 37 studies found resilience factors fostering CSA survivors' adaptive functioning. The most reported protective factors were related to personal (e.g., emotional and interpersonal competences, optimism) and environmental components (e.g., education, social support; Domhardt et al., 2015). To explain the healing process of survivors, Draucker and colleagues (2011) proposed an integrative four-stages model: 1) struggling to find the meaning of CSA; 2) figuring out the meaning of CSA; 3) fighting against the difficulties lingering from CSA and; 4) becoming the owner of one's life. Besides, supportive relationships, internal characteristics and turning points have also been reported as key factors in the process of healing from CSA experiences (Arias & Johnson, 2013). Several studies that have documented the recovery processes from CSA evoked internal (e.g., personal insights, spirituality) and external (e.g., influential relationships) factors, as well as significative events (e.g., CSA disclosure or denunciation, giving birth), which are often reported as "turning points" (Banyard & Williams, 2007; Easton et al., 2015).

Although a significant number of qualitative studies of CSA survivors have been conducted in recent years, many of these studies have identified recovery processes related to CSA experiences and its perceived consequences without specifically documenting the relational and sexual components of such processes. Yet, CSA is an interpersonal and sexual trauma in itself (i.e., it involves unwanted sexual acts mostly committed by a loved or trusted figure; Wager, 2013). This underlines the relevance to dwell on these specific components when investigating the recovery process of survivors. The processes depicted in previous metasynthesis on CSA recovery focused on internal mechanisms or changes within survivors themselves, whereas recovery processes seem to be also influenced by social mechanisms (Choate, 2012). It seems relevant to explore both individual and social factors that characterize the recovery process of CSA survivors facing relational and sexual challenges. A synthesis of qualitative data would offer an integrative portrait of this fragmented piece of literature and help identify the remaining gaps. Thus, through a metasynthesis of qualitative studies, this study aims to document the recovery process that CSA survivors will go through within their intimate relationships and sexuality, incorporating social factors that may influence this process.

5.2 Method

5.2.1 Study Design

A metasynthesis based on a framework synthesis approach (Dixon-Woods, 2011) was conducted. This method uses an a priori framework to synthesize qualitative findings chosen in regard of its theoretical relevance. This method is particularly useful to facilitate a rigorous analysis of the large amount of data by structuring the findings (Dixon-Woods, 2011) and to provide support for or to extend conceptually an existing theoretical framework (Elo & Kyngäs, 2008). Since there are already many qualitative studies on the recovery processes of individuals who have experienced events of adversity, it is relevant to consider how an existing framework can be applied to CSA survivors regarding their relational and sexual difficulties. The framework used can then be improved and adapted as the analyses proceed (Dixon-Woods, 2011).

5.2.2 Procedures and Sample

A review of qualitative peer-reviewed studies published in English between 2004 and May 2019 has been conducted to document the recovering process of adult survivors facing relational and sexual issues due to CSA experiences. Four databases (PsycINFO, Pubmed, SAGE Journals, and Gender Studies Database) were screened using a combination of the following search terms: resilience, recovery, healing, thriving, posttraumatic growth, positive adaptation, positive sexuality, child sexual abuse, sexual abuse, qualitative, and mixed-methods. Studies were included according to five criteria: 1) they included self-identified male or female adults who had sustained sexual abuse in childhood; 2) they focused on CSA related relational or sexual outcomes and recovery processes; 3) they included a qualitative component incorporating interviews or focus groups; 4) they were carried out in Western countries. A total of 72 articles that met the five criteria of inclusion were found. After verification, 46 duplicates were removed. Then, researchers reviewed the 26 potential articles. Among these, 13 articles were excluded because they did not include relational or sexual components (e.g., relational or sexual issues, coping with relational or sexual issues) as a part of their results; however, studies that partly addressed relational or sexual components were included. Two studies with results focusing on the effects of programs or treatments were excluded, as well as one study that targeted other forms of sexual violence in childhood (e.g., sex trafficking). Two studies were excluded because of their samples, such as one study composed of children and one study composed of adult survivors of complex trauma who

did not all experience CSA. Finally, although it did not explicitly evoke the terms resilience, recovery, healing or posttraumatic growth within its results, one study that addressed positive sexual self-schemas in women was included since it is linked to these components. The process of retrieving and screening articles is illustrated in Figure 1.

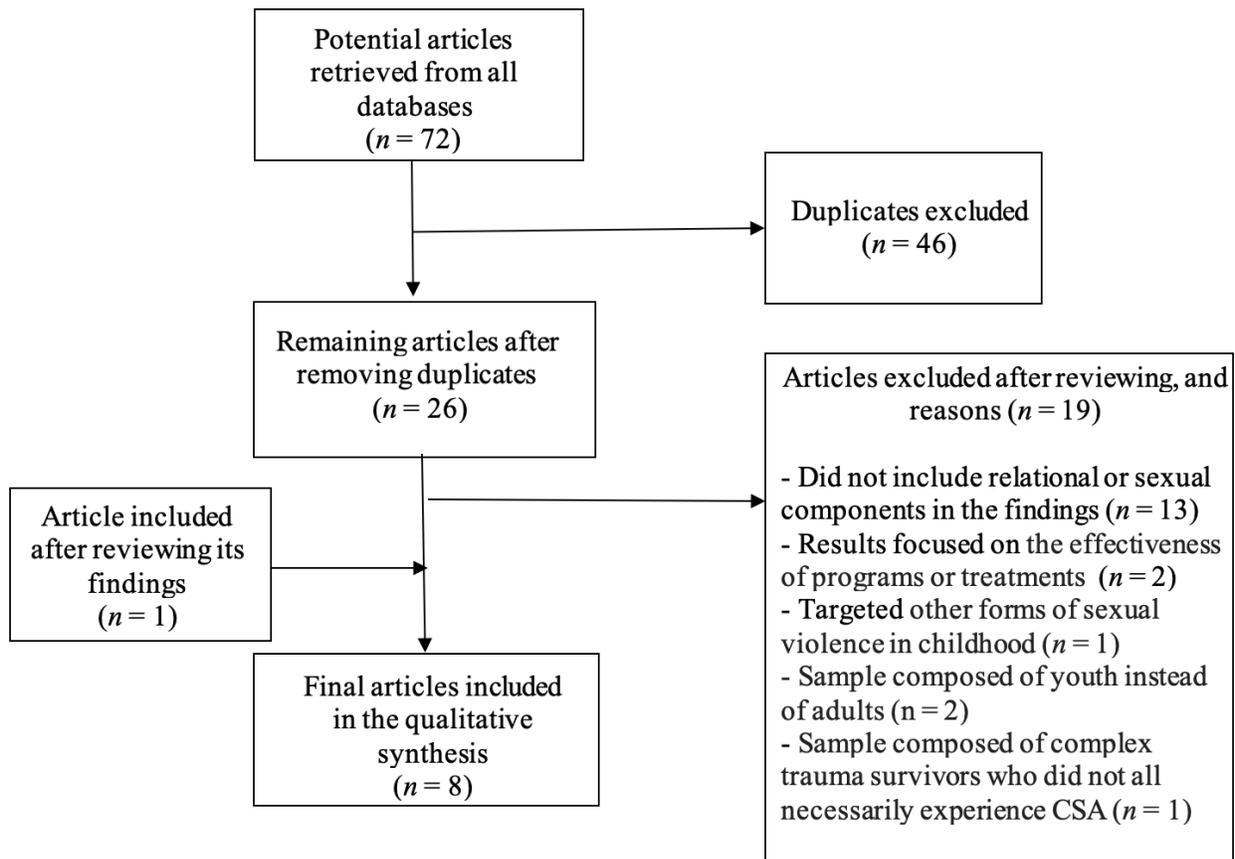


Figure 4.1 Flowchart Illustrating the Process of Retrieving and Screening Articles

A total of 8 articles met the inclusion criteria and were analyzed. A summary of the designs used in each study along with the number and characteristics of participants, CSA criteria, approach to data analyses, and quality scores are presented in Table 1. Studies were mostly conducted in the United States and included survivors of severe CSA from various ethnic backgrounds and aged between 18 to 62 years old. Four studies included exclusively female survivors while two included exclusively males. One included both male and female survivors and one study included male survivors and their female partners who did not sustain CSA. In most studies, CSA criteria referred to sexual acts involving contact on the victim. Articles also included offender's characteristics (i.e.,

identity, age difference with the victim), while only one of them included information on frequency and duration of CSA. Two studies did not define the CSA criteria considered. Both studies conducted by Kia-Keating and colleagues (2005, 2010) are based on the same sample but since their results provide additional insights into the data, they were both considered. Two main approaches to data analysis were used, grounded theory and phenomenology.

Study quality was assessed using the checklist of Kmet et al., (2004) for quality scoring of qualitative studies included in this metasynthesis. Ten components were assessed (e.g., verification of procedures, reflexivity of the account). Scores were summed and calculated as a percentage, ranging from 0 to 100%, by two independent researchers. Thereafter, disparities between scores were discussed until a consensus was reached. Description and justification of each component were attributed a score of 0 (no), 1 (partial) or 2 (yes) and calculated as a percentage. All of the qualitative studies scored 80% or higher, which attests to their quality.

Table 5.1 Studies Included in Metasynthesis

#	<i>Authors</i>	<i>Year</i>	<i>Research Design</i>	<i>Qualitative Sample</i>	<i>CSA Criteria</i>	<i>Approach to Data Analysis</i>	<i>Quality Score</i>
1	Newsom & Myers-Bowman	2017	Qualitative; Open-ended interview	6 females; Living in USA, White Americans, Between 18 and 55 years of age (<i>m</i> = 40)	CSA occurred 5 times or more over a minimum of a 1-year period	Inductive; Symbolic interactionist; Phenomenology	80%
2	Hitter, Adams & Cahill	2017	Qualitative; Semi-structured interview; Researcher's self-reflexive journal	8 females; Living in USA, 1 Latina, 6 non-Latina white & 1 multi-ethnic, Between 28 and 45 years of age	CSA defined as any sort of sexual contact and exposure to pornography before age 15 with someone at least 5 years older than the child	Thematic analysis	85%
3	Kia-Keating, Grossman, Sorsoli & Epstein	2005	Qualitative; Semi-structured interviews	16 males; Living in USA, Multi-ethnic, 41.5 years old average	Severe CSA, defined as incestuous abuse and/or abuse by a caretaker	Grounded theory	90%

#	Authors	Year	Research Design	Qualitative Sample	CSA Criteria	Approach to Data Analysis	Quality Score
4	Kia-Keating, Sorsoli & Grossman	2010			(teacher, babysitter, etc.) involving oral, anal, or genital intercourse or attempted intercourse		
5	Singh, Garnett & Williams	2013	Qualitative; Semi-structured interviews	10 females; Living in USA, African American, Above 18 years-old	CSA occurred before 12 years old	Phenomenology; Feminism empowerment theory; African feminist theory	85%
6	Crete & Singh	2015	Qualitative; Semi-structured individual and couple interviews	5 men and their female partners; Living in USA, White, Between 20-60 years of age	Undefined	Phenomenology; Grounded in relational-cultural theory (RCT)	80%
7	Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry	2016	Qualitative Semi-structured interviews	6 females; Living in UK, 3 British & 3 Indian, Between 30-52 years of age	CSA occurred before 16 and perpetrated by a family member, CSA defined as sexual acts by an adult above 18 years-old or 5 years-old older than the victim	Phenomenology	90%
8	Roller, Martsof, Draucker & Ross	2009	Qualitative; Semi-structured interviews	47 males and 48 females; Living in UK Multi-ethnic, Between 18 and 62 years of age	Undefined	Grounded theory; Constant comparison analysis	80%

5.2.3 Analytical Strategy

The question that guided analysis in this study was the following, how do CSA survivors recover from relational and sexual issues left by CSA experiences? To answer this question, a direct content analysis (Hiesh & Shannon, 2005) was conducted in light of *The Drive to Move Forward*

Framework (Ochocka et al., 2005). This framework is based on findings from a longitudinal qualitative study among individuals affected by serious mental illnesses and other life events involving struggle, with a focus on the recovery process of these individuals. This process is non-linear, including both successes (i.e., positive changes) and setbacks (i.e., negative changes) and is ecologically oriented (i.e., experienced within the context of personal and external circumstances). The first concept of the recovery process is the « drive to move forward », characterized by internal forces and a motivation to move forward and overcome current struggles. The drive to move forward is mainly manifested by awakenings or changes in perceptions or attitudes (e.g., hope, optimism). Another concept of the framework relies on accommodation-oriented strategies (e.g., knowing one's illness, acceptance of limits and capacities) and action-oriented strategies (e.g., taking control, seeking support) that individuals can deploy. These strategies can be cognitive, behavioral or both. The strategies are seen as mechanisms of life change (positive or negative), which will further add to life experiences. Finally, « circumstances that may influence the process of recovery » such as internal and external circumstances constitute the last component. Internal-related components refer to personal characteristics (e.g., emotions, attitudes), while external-related components refer to social or environmental characteristics (e.g., stigma, responsive services) that may facilitate or hinder recovery. CSA and its consequences on intimacy and sexuality can be seen as a life struggle and encompass many mutual components of the recovery process. Studies about recovery and resilience in CSA survivors identified major turning points or awakenings, as well as adaptive coping strategies that can be used to move forward from the abuse (Chouliara et al., 2014; Easton et al., 2015). It is thereby arguable that this framework can apply to other forms of adversity, such as CSA.

As a first step in analysis, a coding procedure (i.e., assigning codes to each narrative excerpt) was performed using an open coding grid based on the framework, but which could also be improved according to data. Afterward, conceptual categories (i.e., a brief analytical description that best describes the general orientation of a code set; Paillé, 1994) were created where segments of the narratives were classified according to each concept of the framework (Hiesh & Shannon, 2005). Data that did not fit with the framework (e.g., narratives related to « reclaiming sexuality ») were still considered to form new categories as a part of the recovery process. For instance, the category « The drive to move forward after CSA: a prerequisite to relational and sexual recovery » is clearly

named as the « Drive to Move Forward » concept of the framework but its sub-categories (i.e., It did happen to me and it was wrong, It was not my fault, I forgave myself) are closer to the survivors' discourse. Analysis procedures were supported by *Nvivo 12 pro* software.

5.2.4 Research Team

The research team made efforts to be aware of their influence on the findings by a process of reflexivity. Reflexivity refers to general introspection of the role of subjectivity by questioning the changes brought about by researchers as a result of the research process in addition to how these changes may affect the research process in return (Palaganas et al., 2017). Researchers should question themselves about their personal values, assumptions, standpoints, socio-cultural backgrounds, and how these may affect the research design or the findings (Hesse-Biber, 2007). The first and second authors are two women researchers who stem from the discipline of sexology and who are well trained on sexual victimization issues, having several years of expertise and experiences with qualitative methods. The third author, a woman clinical psychologist who is also a researcher in sexology, has several years of clinical expertise with CSA survivors and specialises in marital and sexual problems. Authors of this paper consider survivors as agentive actors of their life and share a positive approach to sexuality. Thus, authors have a situated standpoint on the topic of this study, which has oriented the research method employed and the data analysis process.

5.3 Results

5.3.1 The Relational and Sexual Recovery Process of CSA Survivors

This metasynthesis shows that recovering from CSA and the perceived consequences it can generate within intimate relationships and sexuality is a complex dynamic process for survivors. Results of the analysis uncovered three main categories related to the relational and sexual recovery process of CSA survivors, which are in concordance with the *Drive to Move Forward Framework* (Ochocka et al., 2005): 1) The Drive to Move Forward after CSA: a Prerequisite to Relational and Sexual Recovery; 2) Positive Strategies Mobilized to Recover from Relational and Sexual Issues Left by CSA: Cognitive and Behavioral Changes to Achieve a Satisfying Intimate and Sexual Life; and 3) Social circumstances that Facilitate or Hinder the Relational and Sexual Recovery Process. Conceptual categories, sub-categories and the studies associated to each sub-category are presented in Table 5.2 and described in the following section.

Table 5.2 Categories, Sub-Categories and Studies Associated with Each Sub-Category

Categories	Sub-categories	Studies #
1. The Drive to Move Forward After CSA: A Prerequisite to Relational and Sexual Recovery	1.1 CSA Awakenings: Recognition of the Trauma and Exculpation	1,2,3,4,5,6,7,8
	1.2 Hope and Determination: A Self-Definition Over and Above CSA	1,6,8
2. Positive Strategies Mobilized to Recover from Relational and Sexual Issues Left by CSA: Cognitive and Behavioural Changes to Achieve a Satisfying Intimate and Sexual Life	2.1 Knowing One's Own Challenges: Figuring Out the Consequences of CSA on Intimate Relationships and Sexuality	1,2,3,4,5,6,7,8
	2.2 Recognizing and Accepting One's Own Limits: Setting Boundaries in Intimate Relationships	1,2,3,4,6,8
	2.3 Reclaiming Sexuality: Redefining Sexuality to Better Assert It	1,2,3,4,5,6,7,8
	2.4 Seeking Support from Therapy: Learning About and Voicing Intimacy and Sexuality Within a Safe Space	2,4,5
	2.5 Engaging in a Supportive Community: Giving Back to Others to Help Oneself Recover	2
3. Social Circumstances that Facilitate or Hinder the Relational and Sexual Recovery Process	3.1 Facilitator to Recovery: Caring Intimate Relationships	1,2,3,4,6,7
	3.2 Hindrances to Recovery: Traditional Gender Standards and Social Oppression	3,4,5,6

Note. Study # refer to numbers assigned in Table 5.1

5.3.1.1 The Drive to Move Forward After CSA: A Prerequisite to Relational and Sexual Recovery

Narratives of male and female survivors across studies show that despite the struggles they face regarding CSA, they have found internal strengths or sources of motivation that have led them to move forward from these negative experiences. They reported several awakenings related to experienced CSA as well as hope and determination to overcome these experiences, which seem to be prerequisites for tackling their relational and sexual difficulties.

5.3.1.1.1 CSA Awakenings: Recognition of the Trauma and Exculpation

As a protection mechanism or because they were too young to understand, many survivors have addressed a period of their life where they were partially or completely unaware that they experienced CSA. Results suggest that to move forward and overcome relational and sexual difficulties, survivors had to recognize these experiences as a CSA, recognize its severity or impacts, and put the responsibility back on their aggressor.

5.3.1.1.1.1 It Did Happen to Me and It Was Wrong

Several male and female participants across studies mentioned that recognition of the sustained experience as CSA was a turning point in their process of recovery: « Now I'm ready to just try to get it open, open up, just say it, because it did occur » (Anthony, cited in Kia-Keating et al., 2005). For many survivors, the awakening of CSA was triggered by a first exposure to intimacy and sexuality, leading them to realize that these experiences were wrong: « I was in seventh grade in school because they started teaching at that time, they started ... in health, about the body and stuff. And I was in seventh grade when I started to realize these things were wrong » (49-year-old woman, cited in Roller et al., 2009).

5.3.1.1.1.2 It Was Not My Fault

Survivors in different studies reported the experience of shame and culpability following CSA. In their process of recovery, they stated that shifting the blame and responsibility toward the aggressor appeared to be a form of self-release and helped them to move on: « Later, I realized this wasn't about me—it was about my abuser—and that made a huge difference in my life » (Rayna, cited in Singh et al., 2013).

5.3.1.1.1.3 I Forgave Myself

In connection with the need to move the responsibility towards their aggressor, some survivors realized that they did not consent to these experiences as a child and have forgiven themselves for having « participated » in the abuse or for the way they reacted: « [It was] hard to forgive myself, but it's a non-issue now, because I have forgiven myself... An honest look at the impact of the experience, placing blame and responsibility where it belongs, physiological response does not indicate consent » (Beth, cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017).

5.3.1.1.2 Hope and Determination: A Self-Definition Over and Above CSA

Some survivors touch upon hope and determination as strong wills to change things and to live their lives with empowerment. For example, a female participant expressed determination to not define herself through the CSA situations she experienced:

You become resilient when you are able to have strength and support, to where you go: It's not gonna bother me. You become resilient when you can let it go or when you make the decision that it's not going to define you (Martina, cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017).

5.3.1.2 Positive Strategies Mobilized to Recover from Relational and Sexual Issues Left by CSA: Cognitive and Behavioural Changes to Achieve a Satisfying Intimate and Sexual Life

All participants across studies addressed several consequences of CSA within their relational and sexual lives. Difficulties mentioned by men were more focused on relational abilities and sexual orientation confusion while women's difficulties were rather related to sexuality. In order to cope with these consequences, participants evoked various positive strategies that can relate to cognitive and behavioural changes. Men's strategies focused on a renegotiation of their intimate relationships by setting their boundaries and challenging masculinity standards, while women reported strategies focused on reclaiming their sexuality and asserting sexual needs.

5.3.1.2.1 Knowing One's Own Challenges: Figuring Out the Consequences of CSA on Intimate Relationships and Sexuality

All participants across studies mentioned that they had to figure out the consequences of CSA within their intimate and sexual life as a part of their recovery process. Many survivors across studies mentioned that CSA has led them to be distrustful with others in addition to having difficulties in establishing close relationships. Several participants also mentioned that sexuality was painful and unpleasant, filled with a sense of guilt and shame. Men participants had a tendency to build a protective wall around them to avoid reliving vivid painful emotions. They also reported difficulties in being touched, communicating with their romantic partners, accepting love and care, a confusion in their gender identity or sexual orientation, as well as avoidant or compulsive sexual behaviours. Women evoked sexual self-objectification and a disinhibited sexuality involving multiple casual partners as part of the consequences of CSA. A woman also reported the explicit expectation that her romantic partners would inevitably be violent or abusive with her. Thereby, as

illustrated by a man's narrative, the consequences of such experiences may have led survivors to use protection strategies in order to survive:

All of the trusted figures around me either vanished or abused me in some way, and I can't trust them and therefore I got to do this myself, so pulling in and building walls, building a shell, a protective shell. So that protective shell has been very important... It's part of how I survived (Martin, cited in Kia-Keating et al., 2010).

Participants reported that figuring out the consequences of CSA on their intimate relationships and sexuality prompted them to overcome their difficulties and adjust their vision as well as their behaviours in their relational and sexual lives. Thereby, the recognition of these consequences served as a starting point to make personal changes within their relational and sexual lives: « I just reached a point where I said I am sick of living, being promiscuous, being a pushover. At that point, I found my strength » (40-year-old woman, cited in Roller et al., 2009). The desire to make personal changes within their relational and sexual lives was also manifested by a need to more deeply understand the consequences. For example, a participant characterized the consequences of CSA experiences as « a mess... a cycle that becomes overwhelming », which led him to do « intense analysis » in order to tackle his abuse (54-year-old man, cited in Roller et al., 2009).

5.3.1.2.2 Recognizing and Accepting One's Own Limits: Setting Boundaries in Intimate Relationships

Male participants across studies asserted that they were able to recognize and accept their personal limits within their intimate and sexual relationships, which were mostly related to their difficulty with proximity and mistrust. A man reported that setting boundaries with women contributed to a greater sense of well-being:

Say no to a woman as an adult. I mean I've gotten better with that; now I can set boundaries and stuff like that... Now there's a lot of things I can talk about or do that most men can't do, and that tends to work out pretty well. And part of it is being able to say my boundaries and what I need. As long as a woman can handle those things, we're ok (Brad, cited in Kia-Keating et al., 2005).

5.3.1.2.3 Reclaiming Sexuality: Redefining Sexuality to Better Assert It

In order to achieve a more satisfying relational and sexual life, several survivors, which are mostly women, named that they had to reclaim their sexuality by adjusting their sexual thinking, attitudes, and behaviours. These changes ranged from acceptance to affirmation.

5.3.1.2.3.1 Accepting and Legitimizing the Sexual-Self

Several female participants across studies addressed issues related to self-acceptance as a sexual being and the learnings they had made over time. A female participant showed how sexuality became a part of her identity: « I see myself as a whole person and I see my sexuality as part of who I am » (Pam, cited in Singh et al., 2013). Several women across studies also stated that they had to give themselves permission to experiment pleasurable sexual activities to overcome the effects of CSA. As mentioned by a woman, this acceptance of her sexual-self led her to change in her perceptions towards sexuality: « Seeing [my]self as more than an object and/or a sexual victim. Acceptance of [my]self as a sexual being, not just a sliced off part of me that was taken, being able to see things in a new filter » (Jessie, cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017).

5.3.1.2.3.2 Reframing Sexuality

Male and female participants across studies shared that they had to adjust their perspective regarding intimacy and sexuality in order to cope with the challenges they were facing. For many female participants in the study of Newsom & Myers-Bowman (2017), sexuality was no longer perceived as something painful, unwanted or unhealthy: « Sex is desirable in romantic relationships. It is healthy for the most part » (Lucie, cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017). This reconceptualization of sexuality led them to adjust their sexual self-perception: « Once my mentality changed, my sexual image [of me] changed » (Anna, cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017). Several men across studies evoked that they had to redefine masculinity and their perception of manhood in order to improve their sexual well-being. A participant explained how male sexual standards can be challenged by adopting norms considered to be typically feminine: « The actual physicality of sexuality was irrelevant. Everything, the entire experience was totally on the context. It was very, in our society, a very non-male way of looking at sexuality. What experiences were best . . . that I like the person that I feel safe, you know, like, trust, cute, cuddly, sweet » (Morgan, cited in Kia-Keating et al., 2010).

5.3.1.2.3.3 Connecting to One's Own Intimate and Sexual Needs and Desires

Female survivors across studies recognized the importance of connecting to their needs and desires within their intimate relationships and sexuality. A woman from the study of Roller et al., (2009) explained the switch she had made regarding her perceptions about sexuality during introspection: « I would stay [in relationships] because I wanted to please them [men]. Now I don't worry so much about pleasing them, I'm worried about how I feel... I worry about if it is good for me ». As stated by another women, connecting to oneself also means there is no longer the strict need to please intimate partners to stay authentic:

I always saw myself as an adjunct to someone else before, especially my father and it was very necessary to please him... I kind of carried that into adult life... dealing with the trauma, has made other people irrelevant in the sense that I don't need to be a part of them, they can either accept me or reject me for who I am (Kate, cited in Hartley et al., 2016).

5.3.1.2.3.4 Asserting and Negotiating Intimate and Sexual Needs

Several women and a few men across studies state that despite the sexual difficulties they endured, they now tend to express more openly about their intimate and sexual needs or desires, as well as being better able to negotiate sexuality with their partners. A male participant reflected upon the way he was able to express his personal limits within his relationships:

I still have an issue about intimacy. I'm intimate, but then again sometimes, I have my bad days where I don't want to be touched... And I let them know it is not you, it has nothing to do with you. I'm just in one of those... I just don't want to be touched today (Alejandro cited from Kia-keating et al., 2005).

Assertiveness in intimate relationships emerged in the survivors' discourse as a key aspect fostering self-confidence. To demonstrate this point, a women survivor expressed the fact that she no longer felt vulnerable in presence of men, which had led her to become more assertive:

I have always been really scared of male attention or male kind of anything... it was kind of: oh my God it's a boy... I guess I felt very vulnerable, whereas I don't feel vulnerable now, I feel more... confident within myself, I'm more assertive (Parul, cited in Hartley et al., 2016).

5.3.1.2.4 Seeking Support from Therapy: Learning About and Voicing Intimacy and Sexuality Within a Safe Space

Men and women across studies indicated that they sought support from a professional in order to tackle the challenges they faced especially within their intimate life. Some women across studies evoked that they found it useful to consult a therapist to address their sexual issues. As reported by some men, therapy constituted a safe space to address trust issues. One male participant explained how the bond he developed with his therapist contributed to heal his broken trust:

Trust is a miracle. I've never trusted anybody. And it's the biggest single by-product of my therapy, just learning that I can sit in a room with another person and they don't have any desire to abuse me. It's a big deal (Bill, cited in Kia-Keating et al., 2010).

5.3.1.2.5 Engaging in a Supportive Community: Giving Back to Others to Help Oneself Recover

After finding strategies to overcome their own relational and sexual difficulties, some survivors engaged in a supportive community to provide guidance to other trauma survivors. A woman stated that she is committed to make a difference and help other women that are still struggling with sexual difficulties:

I feel like my sexual power has come from being able to claim it for myself and simultaneously offer it to others. To be able to root myself in this community of women who say: sex is positive, desire is positive. As long as it is healthy for you, feels consensual, and you are able to openly communicate your desires in whatever ways... then the world is wide open in terms of sex and sexuality... It meant being able to own who I really was and do that in a context without shame. Now I give other women the same opportunity (Nina, cited in Hitter et al., 2017).

The process of helping others also played a role in the recovery process, as illustrated in the following man's narrative: « It will help me to reclaim my own body and help me to teach other people to reclaim theirs » (Bill, cited in Kia-Keating et al., 2010).

5.3.1.3 Social Circumstances that Facilitate or Hinder the Relational and Sexual Recovery Process

Positive intimate relationships were reported as a key factor promoting the relational and sexual recovery process of several men and women across studies. Survivors explained that they had to cope with stereotypical gender norms and social oppression present within society, which may

hinder their relational and sexual recovery process. Thus, their recovery process illustrates a duality between their determination to overcome relational and sexual issues related to past CSA experiences and the social circumstances that may modulate this process.

5.3.1.3.1 Facilitator to Recovery: Caring Intimate Relationships

Many female and male survivors across studies reported positive and caring intimate relationships as a central aspect fostering their recovery process. A woman expressed how the support from her romantic partner allowed her to feel more empowered: « I felt empowered in my relationship. He [her boyfriend] gave me the freedom to use my voice and respected and valued it » (Suzy, cited in Newsom & Myers-Bowman, 2017). Survivors also described how healthy and trustworthy intimate relationships promoted a place for safety, love, and acceptance, while those same feelings were violated during the abuse. Being surrounded by an intimate partner who believes in them, who is loving and caring, was reported as fostering healing by a male survivor: « I feel that having someone who loves me, believes in me, is willing to fight for me, who sees me as heroic, who sees me as a gifted and wonderful person is extremely affirming... that is a healing presence » (Doug, cited in Crete & Singh, 2015). Since many survivors experienced a fear of being blamed or not being believed, it was more difficult for them to disclose CSA experiences to their partners. Yet, the context of a caring intimate relationship seemed to facilitate disclosures and turned them into a positive experience:

When I disclosed to him, I thought he'd blame me, but one major relief to me was that he didn't ... I thought oh my God he's not blaming me, maybe it's not my fault, very confusing, one of the things was that he was totally understanding towards me (Carla, cited in Hartley et al., 2016).

5.3.1.3.2 Hindrances to Recovery: Traditional Gender Standards and Social Oppression

The discourse of some survivors across studies highlighted that traditional gender standards can hinder their process of relational and sexual recovery. As expressed by one woman, when they do not correspond to femininity standards, it can impair their body image:

I still struggle... I live in a culture where I am the antithesis of what a woman is supposed to be. I'm a fat dyke. I've been fat pretty much my whole life. For a long time, I was totally ashamed of my body, and of what my body looks like, because it didn't look like what it's supposed to look like. To unlearn that has been one of the most difficult things for me outside of the sexual abuse (Nina, cited in Hitter et al., 2017).

Analysis of men's narratives shows that traditional standards of masculinity tend to affect their relational and sexual recovery process because of the feeling of stigma they can induce. A male participant voiced how men that are struggling with their sexuality, as a result of the CSA, must also cope with the shame associated with not conforming to valued masculine standards: « We [men] have an extra layer of shame and everything else because after all, we're supposed to enjoy [sexual intimacy]... and we're supposed to be strong enough to be able to just like fight it off or something » (Bill, cited in Kia-Keating et al., 2005).

Hindrances in the relational and sexual recovery process of female survivors were mostly expressed by African American women in the study of Singh et al., (2013). They discussed an intersection of stigmatizing experiences, being a Black woman and having experienced CSA, which have impacted their sexuality. One woman underscored social oppression, such as being treated disrespectfully and unequally regarding sexuality by her entourage at a younger age. As this woman attests, even if social oppression seemed to affect their process of recovery, they became more aware of themselves as a sexual being, which promoted their resilience:

Just as a young Black girl there are lots of messages anyway about sex and sexuality. Both I think from the outside that even as a young child I remember being very sexualized. Even teachers in school would make comments about my breasts as they were developing or how shapely I was. I probably developed quickly. Just adults, or even just random people would comment, even touch me. I don't think necessarily sexually but in ways that made me very aware of myself as a sexual being, which I tend to think happens more to women of color (Simone, cited in Singh et al., 2013).

5.4 Discussion

This metasynthesis portrays the complex relational and sexual recovery process of CSA survivors. Results highlight that survivors will go through different stages of recovery from CSA experiences and their relational and sexual impacts. These stages can occur simultaneously or at different periods of their life, following a progression from the drive to move forward to the mobilization to

use strategies to recover and the social circumstances surrounding recovery. Also, the process may involve stepping backwards (e.g., survivors may develop strategies to deal with their sexual and relational difficulties but may still find it difficult to implement and maintain these strategies over time, which leads them to relive those difficulties).

More precisely, participants evoked a need to address and make sense of the experienced CSA (i.e., CSA Awakenings), along with the hope and self-determination to get over these painful experiences. These turning points emerged as pivotal to recover from relational and sexual difficulties and may serve as prerequisites to psychological and behavioural changes. Then, recovery strategies such as self-knowledge, acceptance, affirmation, and connection to one's sexuality were reported as offering a precious basis from which CSA survivors may renegotiate intimacy and sexuality within themselves and in interpersonal contexts. Seeking support from help providers, such as a therapist, also appears to be an important strategy promoting a sense of security. The therapeutic context may also constitute an opportunity for survivors to voice and make sense of their mental states and interpersonal world (i.e., mentalization), which in turn promotes sexual and relational functioning (MacIntosh et al., 2019). Finally, creating a healthy and supportive relationship with an intimate partner and giving back to people with whom they shared common experiences creates a sense of safety, belonging, and accomplishment in survivors and enables the development of a supportive network, which in turn contributes to their own recovery process (Kia-Keating et al., 2010). Indeed, positive relationships that involve support and emotional depth can provide a space to explore healthy relational dynamics and a protective effect associated with more adaptive functioning in CSA survivors (Afifi & MacMillan, 2011; Trickett et al., 2011). For many survivors, CSA disclosure occurs unintentionally in the context of sexual relationships with their partners, often prompted by flashbacks and dysfunctions. Yet, as reported by MacIntosh et al., (2016), the partner's positive responses to disclosure promote recovery (e.g., decreasing feelings of shame), while negative responses hamper it (e.g., increased feeling of shame, negative impact on help-seeking). Overall, support from the intimate partner, but also from friends, family members, survivor groups or therapists is essential for building strong relationships and for recovering (Howard, 2017). However, some social contexts may hinder the recovery process, including those leading to stigma and oppression. Results showed that being a survivor of CSA as well as thinking and behaving outside the norms of hegemonic masculinity may induce an extra

layer of shame in male survivors (e.g., negative feelings, gender role conflicts; Alaggia & Millington, 2008; Easton, 2014), which also constitute barriers to disclosure and help-seeking (Alaggia et al., 2019). Additional stigma can also be induced by experiencing different forms of oppressions, such as sexism and racism among African American women (Singh et al., 2013). Thus, for both male and female survivors, experienced stigma appears intimately related to social circumstances and conflict with the prevailing norms. Finally, the narratives of men show that their challenges and coping strategies are mainly related to relational difficulties, while women's discourses were more focused on sexual difficulties and empowerment, indicating potential gender specificities in their relational and sexual recovery process.

5.4.1 Strengths and Limitations

This metasynthesis enriches the actual body of knowledge by identifying key aspects of the process of recovering from CSA and its consequences on intimate relationships and sexuality. An important contribution of this metasynthesis is that it allows for the substantiation and conceptual extension of *The Drive to Move Forward Framework* (Ochocka et al., 2005). The recovery process identified in this study highlights the hierarchical but iterative nature of the framework's components and suggests the importance of considering coping strategies that are specific to relational and sexual difficulties. This metasynthesis meets scientific criteria of qualitative studies in many ways, which reinforce the credibility of the findings (Noble & Smith, 2015). For instance, the researchers' reflexivity on personal bias has been described, trustworthiness was fostered by inter-rater reliability, a detailed description of the data analysis as well as repeated meetings with other researchers ensured a common understanding of the results, and the use of a conceptual framework taking the previous work on the subject into account while allowing new discoveries promoted the credibility of the findings.

Results of this metasynthesis should also be appreciated while taking into account its limitations. Firstly, a directed analysis based on a conceptual framework tends to suppress interpretive creativity and may reduce some of the vividness of insight seen in qualitative research; researchers may not consider the data that does not fit within the framework (Dixon-Woods, 2011). However, the hybrid approach used in this metasynthesis (i.e., using a conceptual framework to analyze the data and integrating data and potential categories that did not fit the framework; Elo & Kyngäs,

2008) may temper this limit. Secondly, data saturation (i.e., when the data collected no longer provide new insights on a topic, which leads researchers to cease data collection; Faulkner & Trotter, 2017) could not be achieved for all conceptual categories, as this metasynthesis relied on topics covered in published studies. Likewise, some conceptual categories or subcategories were addressed primarily by women (e.g., reclaiming sexuality), while others were approached rather by men (e.g., accepting one's own limits). However, further study is needed, especially on male survivors, to better understand gender specificities. Thirdly, few studies have documented social factors involved in the recovery process of CSA survivors, suggesting the need to investigate them in more depth. Fourthly, selected articles were mostly conducted in Western Countries, which probably obscures the experiences of participants from different ethnic backgrounds and environments.

5.4.2 Implication for Practice

Several recommendations for practice can be proposed. Firstly, since relational and sexual difficulties are likely to emerge in adolescence who have sustained sexual victimization (Byers et al., 2019), it is important to provide well-tailored interventions from an early age. Upstream interventions could prevent the crystallization of relational and sexual difficulties among survivors. Providers working with adult CSA survivors should provide a personalized approach that respects their process of relational and sexual recovery. Tailored-interventions may provide self-reflective activities regarding intimacy and sexuality, as well as behavioral-oriented activities promoting empowerment and assertiveness. In addition to fostering relational and sexual well-being in survivors, strengthening their sexual assertiveness could help reduce revictimization risks (Livingston et al., 2007).

Secondly, since CSA often occurs in the context of attachment relationships, recovery may be fostered in the context of positive romantic relationships. Romantic partners are often privileged confidants or allies for survivors, and for that reason they should be included in the therapeutic process. Partners could be informed about the consequences of trauma and possible strategies to optimize the intimate relationship and sexuality (Berthelot et al., 2014; MacIntosh et al., 2016). Thirdly, relational and sexual recovery is a complex process that must be assessed and borne according to an ecological approach. CSA survivors can undergo other traumas and oppressions

(e.g., racism, sexism) and thereby experience social stigma, which can exacerbate their relational and sexual difficulties. Providers working with this population would benefit from adopting an intersectional approach as well as a social justice perspective that would grasp the impacts of multiple oppressions on the survivors' recovery process (Singh et al., 2013). Fourthly, men and women present common relational and sexual issues related to CSA experiences but are also subject to gender-based sexual standards. In this regard, they are likely to experience distinct outcomes and healing strategies (Graves et al., 2017). Men's recovery process seems to be facilitated when therapists promote survivors' gender self-acceptance and encouraging them to reflect on cultural representations of men in modern society (Crable et al., 2013; Graves et al., 2017), while promoting sexual agency and empowerment are documented as helpful therapeutic targets among women (Hitter et al., 2017). Thus, therapists should provide gendered tailored-interventions and gender-responsive care to meet the needs of CSA survivors.

5.5 Conclusion

This metasynthesis shows that CSA survivors demonstrate relational and sexual resilience, even if their process of recovery encompasses setbacks. Male and female survivors were found to face gender-specific issues, supporting the relevance of tailored-intervention for this population. Findings also highlight the importance of developing interventions that take into account the social resources of survivors and the social contexts that can facilitate or hinder their recovery process. While there is a need to conduct more studies to deepen our understanding of the mechanisms CSA survivors deploy to face intimacy and sexually-related challenges, findings of this metasynthesis are promising and encourage CSA survivors to remain hopeful in the journey back to their wholeness.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

6.3 Discussion générale

Dans ce chapitre, les résultats de cette thèse sont discutés de façon intégrée afin de répondre à l'objectif général qui est de documenter l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE. Les résultats des trois articles de la thèse ont été mis en relation via deux stratégies d'intégration suivantes : la comparaison des données quantitatives et qualitatives, puis l'assimilation des résultats par une procédure de fusion des données (Pluye *et al.*, 2019). Cette approche intégrative favorise la triangulation des données afin d'accroître la rigueur scientifique de la thèse (Fetters *et al.*, 2013). Ces efforts d'intégration sont illustrés sous la forme d'un nouvel ensemble de données (voir figure 6.1), où les catégories conceptuelles identifiées dans les articles 2 et 3 permettent d'expliquer, nuancer et distinguer les profils obtenus dans l'article 1. Plus précisément, la triangulation des résultats de l'article 1 (quantitatif) et de l'article 2 (qualitatif) permet de documenter les manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE (objectif spécifique 1), alors que la triangulation des résultats de l'article 2 (qualitatif) et de l'article 3 (qualitatif – metasyntèse) informe sur les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s pour composer avec les séquelles sexuelles de l'ASE et leurs interrelations avec le concept de soi sexuel (objectif spécifique 2). Les spécificités de genre concernant le fonctionnement sexuel des survivant.e.s sont mises en évidence dans l'ensemble des résultats de la thèse et explicitées de façon transversale. Ainsi, les résultats sont abordés dans la discussion selon une trame narrative logique illustrée à la figure 6.1, puis discutés à la lumière des écrits empiriques et théoriques sur le sujet. La première section de ce chapitre vise ainsi à expliciter cette intégration des résultats des trois articles de la thèse. La deuxième section, quant à elle, discute l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE en s'appuyant sur l'intégration effectuée dans la première section. La troisième section aborde les limites de la thèse en proposant des recommandations pour les études futures, ainsi que de ses forces et contributions. La quatrième section, qui présente les implications pour la pratique, détaille plusieurs cibles d'intervention prometteuses pouvant être mises de l'avant pour accompagner les survivant.e.s d'ASE dans leur processus de rétablissement sexo-relational. Finalement, la dernière section conclut en rappelant les principaux résultats de la thèse ainsi que ses contributions.

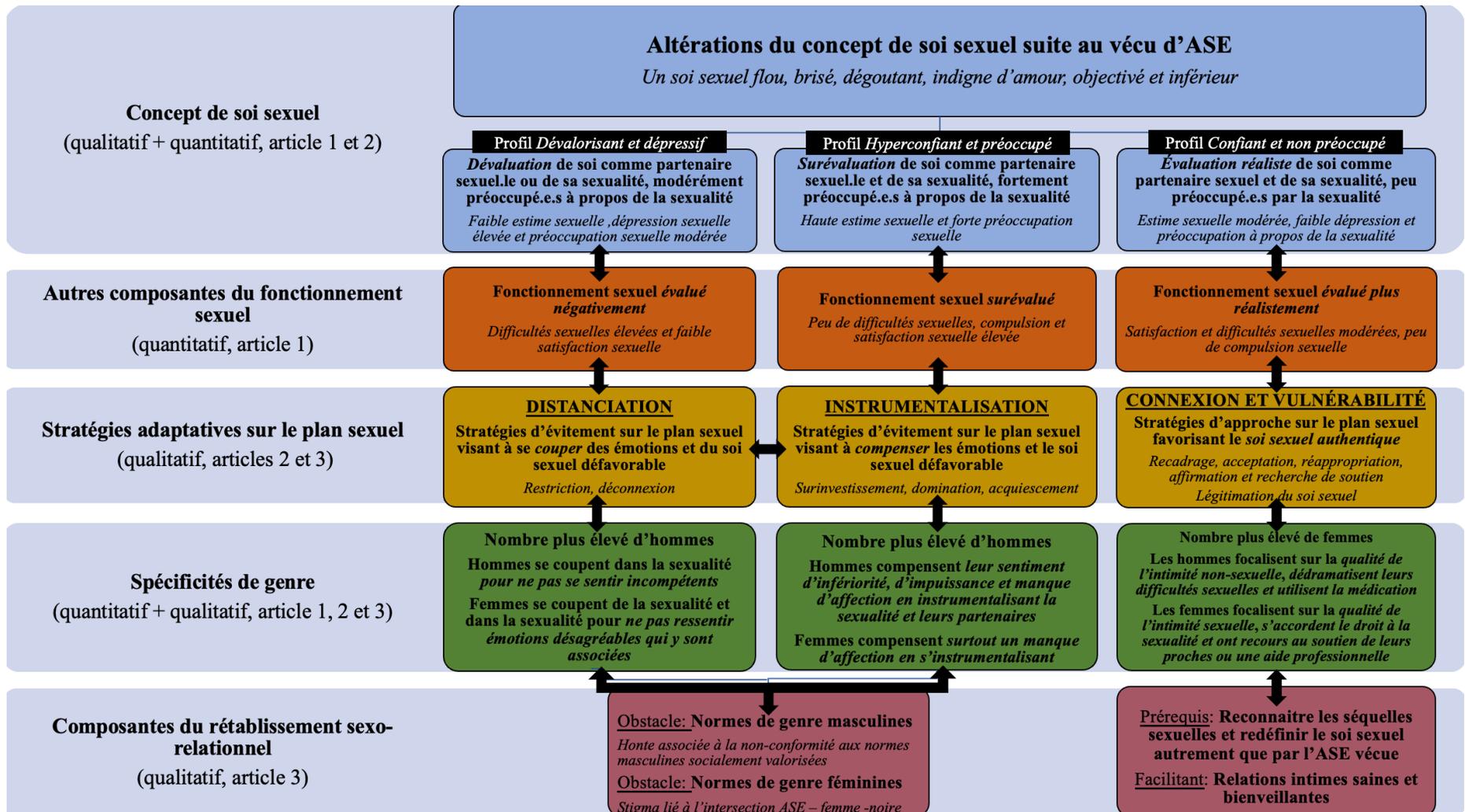


Figure 6.1 Profils de fonctionnement sexuel et adaptatif chez les survivant.e.s d'ASE basés sur leur concept de soi sexuel

6.1.1 Défavorable, hyperfavorable ou authentique : des profils de fonctionnement sexuel et adaptatif qui se distinguent au niveau du concept de soi sexuel

Les résultats de cette thèse mettent en lumière les impacts délétères des ASE sur le concept de soi sexuel des survivant.e.s, ainsi que leurs interrelations avec les processus adaptatifs qu'ils ou elles mobilisent pour composer avec les séquelles sexuelles. Tel qu'illustré dans la figure 6.1, plusieurs manifestations d'un soi sexuel altéré (c.-à-d., qui a été abîmé ou modifié de manière négative) ont été identifiées dans le discours des survivant.e.s interrogé.e.s dans l'article 2. Ces altérations consistent en des perceptions et représentations de soi sur le plan sexuel peu consolidées (c.-à-d., un soi sexuel flou) et défavorables (c.-à-d., un soi sexuel brisé, dégoûtant, indigne d'amour, objectivé et/ou inférieur), qui sont marquées par les événements d'ASE subis. Ces résultats concordent avec des constats théoriques, empiriques et cliniques qui soutiennent que les événements traumatiques, tels que l'ASE, peuvent entraîner des difficultés importantes sur le plan identitaire, et particulièrement sur le concept de soi sexuel (Kouvelis et Kangas, 2021, Maltz, 2012; O'Leary *et al.*, 2017; Saha *et al.*, 2011). En effet, des perceptions de soi comme étant fondamentalement brisé.e.s et mauvais.e.s, mais aussi en tant qu'objet sexuel ont été rapportées dans les études (Gewirtz-Meyden et Godbout, 2023; Hitter *et al.*, 2017; O'leary *et al.*, 2017).

D'ailleurs, les séquelles sexuelles mises en évidence dans la thèse font écho à plusieurs symptômes de stress post-traumatique. Notamment, certaines manifestations du concept de soi sexuel altéré chez les survivant.e.s (p. ex., croyances négatives et exagérées à propos de soi, état émotionnel négatif persistant et incapacité à ressentir des émotions positives) se rapprochent des symptômes du critère D « Altération des cognitions et de l'humeur ». Les stratégies d'évitement quant aux séquelles sexuelles concordent quant à elles, avec les « Symptômes d'évitement » des stimuli internes et externes (critère C). Finalement, les souvenirs intrusifs survenant dans le contexte de la sexualité, qui ont été relaté par plusieurs survivant.e.s, relèvent des « Symptômes d'intrusion » (critère A). Ainsi, les résultats de la thèse illustrent comment les symptômes de stress post-traumatiques peuvent affecter particulièrement la vie intime et sexuelles des survivant.e.s d'ASE. D'ailleurs, certaines études ont mis en évidence des symptômes de stress post-traumatique spécifiques au contexte de la sexualité (*sexual-related PTSS*) chez les survivant.e.s d'ASE, qui contribueraient de manière unique à leurs difficultés sexuelles et qui interféreraient sur leur engagement dans des activités sexuelles pour faire face à des sentiments négatifs (Gewirtz-Meyden

et Godbout, 2023; Gewirtz-Meyden et Lassri, 2022). Ainsi, les résultats de la présente thèse ajoutent au corpus scientifique en illustrant la relation étroite et unique entre la symptomatologie des ASE et le vécu sexuel des survivant.e.s.

Contrairement au concept de soi sexuel altéré qui caractérisent l'expérience de l'ensemble des survivant.e.s ayant témoigné dans l'article 2, les résultats de l'article 1 mettent en exergue l'hétérogénéité des manifestations du concept de soi sexuel, notamment en identifiant un profil de concept de soi sexuel qui semblent moins altéré (profil confiant non-préoccupé). À ce propos, les perceptions concernant sa capacité à vivre une sexualité épanouissante et à être un.e bon.ne partenaire sexuel.le (c.-à-d., estime sexuelle), les perceptions défavorables à propos de la sexualité et de sa propre vie sexuelle (c.-à-d., dépression sexuelle), ainsi que de la place qu'occupe la sexualité dans ses pensées et dans sa vie (c.-à-d., préoccupation sexuelle), se déclinent différemment au sein des trois profils de survivant.e.s (c.-à-d., *Confiant et non-préoccupé* ; *Dévalorisant et dépressif* ; *Hyperconfiant et préoccupé*). Tel que rapporté dans la figure 6.1, les survivant.e.s du profil *Confiant et non-préoccupé* affichent une perception plutôt favorable d'eux ou d'elles-mêmes sur le plan sexuel. Les survivant.e.s du profil *Dévalorisant et dépressif* entretiennent une perception défavorable d'eux ou d'elles-mêmes en tant qu'être sexuel.le, alors qu'à l'inverse, les survivant.e.s du profil *Hyperconfiant et préoccupé* affichent une perception hyperfavorable. Ainsi, le concept de soi sexuel des survivant.e.s du profil *Dévalorisant et dépressif* se caractérise par la dévaluation, alors que celui des survivant.e.s du profil *Hyperconfiant et préoccupé* se caractérise par la surévaluation. Pour ces deux profils, la sexualité est l'objet de préoccupations. Toutefois, pour le profil *Dévalorisant et dépressif*, ces préoccupations semblent associées à un affect négatif (c.-à-d., des préoccupations accompagnées d'émotions désagréables), alors qu'elles sont associées à un affect très positif pour le profil *Hyperconfiant et préoccupé* (c.-à-d., des préoccupations accompagnées d'émotions agréables).

D'ailleurs, les résultats de l'article 1 divergent avec certains résultats qualitatifs de l'article 2 puisque ceux-ci n'ont pas mis en évidence un concept de soi sexuel hyperfavorable tel qu'illustré dans le profil *Hyperconfiant et préoccupé*, ni un concept de soi sexuel plutôt favorable tel que mis en évidence dans le profil *Confiant et non-préoccupé*. Or, il est possible que les survivant.e.s ayant témoigné dans le cadre de l'article 2 ressentent un certain malaise à aborder en toute transparence,

dans le cadre d'une entrevue de recherche, leur haute estime sexuelle et leur propension à penser à la sexualité de manière exagérée, mais qu'ils ou elles étaient plus ouvert.e.s à rapporter ces éléments dans le cadre de questionnaires anonymes. Or, puisqu'ils ou elles n'étaient pas questionné.e.s directement sur les composantes du concept de soi sexuel mesurées dans les profils de l'étude 1, cela peut expliquer pourquoi ces mêmes survivant.e.s n'aient pas abordé spontanément les éléments positifs qui caractérisent leur concept de soi sexuel dans le cadre de l'entrevue (p. ex., estime sexuelle relativement élevée, faibles niveaux de dépression sexuelle). Ainsi, la triangulation des données qualitatives et quantitatives soulève un type de concept de soi sexuel hyperfavorable et plutôt favorable, qui sont moins documentés dans le corpus scientifique, contrairement au concept de soi sexuel défavorable.

En plus de leurs différences sur le plan du concept de soi sexuel, les profils dégagés dans l'article 1 témoignent d'un fonctionnement sexuel qui leur est propre (c.-à-d., différents niveaux de difficultés, de compulsion et de satisfaction sexuels). Ces différents profils (article 1) peuvent s'interpréter en lien avec les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s dans leur vie intime et sexuelle et donc, les stratégies adaptatives d'évitement déployées (article 2) et celles d'approche (articles 2 et 3). Ces différents profils de concept de soi et de fonctionnement sexuel peuvent témoigner de certaines spécificités de genre (article 1, 2 et 3), puis être modulés par certaines composantes sociales inhérentes au processus de rétablissement (article 3). Ces déclinaisons sont présentées et discutées dans les paragraphes qui suivent, à la lumière de la figure 6.1.

6.1.1.1 Le profil Dévalorisant et dépressif : une estime sexuelle érodée à force de se déconnecter

Le profil *Dévalorisant et dépressif* regroupe des survivant.e.s qui tendent à dévaluer leur vie sexuelle, à sous-estimer leurs compétences sexuelles et à être relativement préoccupé.e.s par la sexualité. Cette tendance à la dévaluation sexuelle pourrait découler d'une intériorisation de la honte, de la culpabilité et de l'impuissance occasionnées par les ASE et qui se manifeste par une croyance d'avoir peu, voire aucune valeur en tant qu'être sexuel. Ainsi, pour ces survivant.e.s, la sexualité peut susciter des émotions désagréables (p. ex., anxiété, détresse) et de la souffrance parce qu'elle rappelle les événements d'ASE et le stigma qui est associé. Cette souffrance entourant la sexualité pourrait expliquer les préoccupations sexuelles, ainsi que les difficultés sexuelles accrues et la moindre satisfaction sexuelle constatées dans l'article 1. Pour ces survivant.e.s, comme la

sexualité fait l'objet de ruminations, de difficultés, de préoccupations et d'insatisfactions, elle pourrait contribuer à alimenter une perception négative de soi (c.-à-d., concept de soi sexuel défavorable) et inciter à un plus grand recours aux stratégies adaptatives de distanciation (c.-à-d., restriction et de déconnexion dans la sexualité), tel qu'illustré dans la figure 6.1. Notamment, le stigma imprégné dans le soi sexuel, puis les difficultés et les insatisfactions sexuelles qui sont vécues par les survivant.e.s de ce profil, pourraient les amener à se distancer *de la* sexualité (p. ex., éviter les activités sexuelles – stratégie de restriction sexuelle) ou se distancer *dans* la sexualité (p. ex., se dissocier et consommer de l'alcool ou des drogues – stratégie de déconnexion). Ces stratégies pourraient ainsi permettre de prendre une distance vis-à-vis les émotions, les croyances et les pensées négatives à propos de soi et de la sexualité et ainsi, à préserver un certain équilibre psychologique. Dans ce profil, tout comme il a été démontré dans l'étude de Gewirtz-Meyden et Lahav (2021), les survivant.e.s qui présentent des niveaux importants de dissociation tendent à consommer des substances durant les activités sexuelles. Or, les résultats de la thèse se distinguent en montrant que la dissociation ne serait pas uniquement un symptôme des ASE, mais plutôt une stratégie pour composer avec les séquelles sexuelles des événements traumatiques qui s'explique par un besoin de se couper de la souffrance survenant dans le contexte de la sexualité.

En retour, ces stratégies centrées sur la distanciation pourraient affecter négativement le fonctionnement sexuel des survivant.e.s. En effet, éviter les activités sexuelles ou se dissocier et s'engourdir avec des substances durant celles-ci est susceptible d'entraver la connexion au corps, aux sensations, à ses propres besoins sexuels, ainsi que la connexion avec un.e partenaire intime (Bird *et al.*, 2014 ; Staples *et al.*, 2012). D'ailleurs, la distance ou le détachement que procurent ces stratégies est problématique parce qu'il détourne l'attention des sensations qui peuvent être ressenties, ce qui empêche de profiter pleinement des activités sexuelles (Bird *et al.*, 2014). Ces stratégies pourraient donc contribuer à l'exacerbation des difficultés sexuelles, telles que rapportées par les survivant.e.s de ce profil dans l'article 1. Les études antérieures ont mis en évidence qu'une histoire d'ASE est susceptible d'engendrer de la dissociation, ainsi qu'un évitement de la proximité et de l'intimité, qui en retour, peuvent augmenter la propension à vivre des dysfonctions sexuelles (Staples *et al.*, 2012 ; Gewirtz-Mayden et Godbout, 2023).

De ce fait, un concept de soi sexuel défavorable, le recours à des stratégies d'évitement qui visent à s'en couper, ainsi qu'un fonctionnement sexuel altéré, seraient des composantes interreliées qui

caractérisent les survivant.e.s de ce profil. Par exemple, un.e survivant.e qui se perçoit comme étant fondamentalement brisé.e sur le plan sexuel pourrait s'estimer peu capable de satisfaire ses partenaires sexuel.le.s ce qui, en retour, occasionnerait des difficultés sexuelles potentielles (p. ex., incapacité à maintenir une érection ou lubrifier) et renforcerait sa perception d'être brisé.e. Ces difficultés et ces perceptions défavorables à propos de soi pourraient conduire à l'utilisation de stratégies d'évitement (p. ex., éviter certaines activités sexuelles, dissocier durant celles-ci) afin de tempérer ou prévenir les états mentaux douloureux (p. ex., croire que l'on est un.e mauvais.e partenaire sexuel.le). Comme le narratif des participant.e.s est au cœur de cette thèse, il est présenté ici afin d'illustrer l'interprétation des résultats avec des exemples concrets. En effet, Hugues, un homme survivant ayant témoigné dans l'article 2, raconte comment une faible estime sexuelle, manifestée par une crainte de ne pas satisfaire sa partenaire sexuelle et l'impression de ne pas être à la hauteur, l'a incité à consommer durant les activités sexuelles pour engourdir son anxiété de performance, fragilisant ainsi davantage son concept de soi sexuel :

J'avais peur de ne pas satisfaire ma partenaire, de pas être adéquat, de pas être à la hauteur... Bien, je me le suis moi-même provoqué en consommant trop. C'est moi qui me suis saboté. Et ça a pris un petit bout avant de m'en rendre compte. Le déni c'est fort... Ça ne marche pas ce soir, ça va revenir demain. Non! Ce n'est pas de même que ça marche. À chaque fois que ça ne marche pas, ça cause du dommage dans ma tête parce que j'enregistre que ça ne marche pas, fait que tu te dis que tu es une marde.

Certaines spécificités de genre peuvent également être soulevées au sein de ce profil. Notamment, le nombre plus élevé d'hommes que de femmes dans ce profil suggère que la dévaluation pourrait particulièrement caractériser le concept de soi sexuel des hommes survivants. En effet, tel que mis en évidence dans l'article 2, les hommes mobilisent surtout des stratégies qui consistent à se désengager temporairement de la sexualité (c.-à-d., restriction sexuelle) ou alors à se dissocier ou à consommer durant celle-ci (c.-à-d., déconnexion sexuelle) afin d'atténuer leur anxiété de performance. Quant à elles, les femmes ont tendance à se désengager complètement de la sexualité ou à se dissocier durant les activités sexuelles afin d'atténuer les émotions désagréables ou les intrusions post-traumatiques qui peuvent émerger dans des contextes intimes. Ainsi, il est plausible de postuler que les femmes de ce profil seraient surtout préoccupées par la sexualité parce que celle-ci peut occasionner de la souffrance et des intrusions post-traumatiques, alors que les hommes seraient davantage habités par la sexualité en raison de leur anxiété de performance. Ces constats

peuvent traduire, chez les hommes, une plus grande préoccupation de ce que leurs partenaires pensent d'eux et de leur compétence sexuelle, les amenant à recourir à des stratégies pour se couper émotionnellement et cognitivement de ces préoccupations.

En cohérence avec ces hypothèses, l'étude de Orchowski *et al.*, (2013) révèle que les femmes survivantes auraient tendance à mobiliser des stratégies d'évitement puisqu'elles sont préoccupées par les émotions désagréables et intenses que peut susciter la sexualité, ainsi qu'en raison de leur plus grande méfiance envers les autres. Quant aux hommes, ceux-ci rapporteraient également des difficultés à faire confiance, mais seraient surtout préoccupés par l'idée de ne pas être à la hauteur des attentes sexuelles de leurs partenaires. Les auteur.e.s soulèvent ainsi une pression sociale additionnelle pour les hommes à répondre aux normes de masculinité qui valorisent la performance sexuelle (Orchowski *et al.*, 2013). Tel que souligné dans l'article 3, les comportements sexuels non conformes aux normes de masculinité traditionnelles favoriseraient la honte, ce qui serait particulièrement susceptible de faire obstacle au rétablissement sexo-relationnel des hommes. Puisque la performativité sexuelle est socialement valorisée pour les hommes dans la culture occidentale (Tolman et McClelland, 2011), ces derniers pourraient entreprendre des activités sexuelles en dépit de leur faible estime sexuelle, mais en dissociant ou en consommant durant celles-ci, pour ne pas se sentir incompetents. Toutefois, la dissociation et la consommation peuvent augmenter le risque de revictimisation en réduisant la capacité à repérer des signaux de danger, à établir des limites et à prendre des décisions éclairées lors des échanges sexuels (Messman-Moore et Long, 2003).

6.1.1.2 Le profil Hyperconfiant et préoccupé : une estime sexuelle illusoire qui entretient le soi sexuel défavorable

Rappelons qu'à l'inverse du profil précédent, les participant.e.s du profil *Hyperconfiant et préoccupé* s'évaluent très positivement en tant qu'êtres ou partenaires sexuel.les et estiment très positivement leur vie sexuelle. Ces survivant.e.s sont également très préoccupé.e.s par la sexualité, manifestent davantage de compulsion sexuelle et rapportent les scores les plus faibles de difficultés sexuelles et les plus élevés de satisfaction sexuelle, comparativement aux autres profils. Ces scores pourraient suggérer à première vue, que ce profil manifeste un concept de soi sexuel très positif et favorable, et que cela s'arrime avec un bon fonctionnement sexuel. Or, bien que le lien soit moins clair que pour le profil *Dévalorisant et dépressif*, l'estime sexuelle très élevée, ainsi que les fortes

préoccupations à propos de la sexualité qui caractérisent le profil *Hyperconfiant et préoccupé* pourraient aussi suggérer des impacts au niveau du concept de soi sexuel. En effet, il est possible que ces survivant.e.s surestiment leurs capacités en tant que partenaire sexuel.le et la qualité de leur vie sexuelle, puis se préoccupent beaucoup de leur sexualité afin de *compenser* des sentiments de honte, de culpabilité et d'impuissance liés aux ASE qui ont pu être intégrés dans le soi sexuel. Ainsi, tout comme le profil *Dévalorisant et dépressif*, les survivant.e.s du profil *Hyperconfiant et préoccupé* entretiendraient un concept de soi sexuel défavorable qu'ils ou elles pourraient tenter de camoufler en se surévaluant. Le témoignage de Jacques, un homme ayant témoigné dans l'article 2, permet d'appuyer l'hypothèse selon laquelle la haute estime sexuelle permet de compenser un concept de soi sexuel défavorable : « à cause de ma faible... Ah oui, ça, c'est un mécanisme après l'ASE. Une estime qui doit être gonflée et qui est maintenant rendue trop haute ».

De surcroît, cette interprétation des résultats fait écho aux stratégies de compensation identifiées par vanDellen et ses collègues (2011), qui consistent à dénier ou minimiser les situations menaçantes pour l'estime en se faisant une idée exagérée de sa propre valeur. Dans la présente thèse, la compensation du concept de soi sexuel défavorable pourrait se refléter par un score très élevé d'estime sexuelle, ainsi que dans les stratégies adaptatives orientées vers l'instrumentalisation de la sexualité (c.-à-d., surinvestissement sexuel), de soi-même (c.-à-d., acquiescement sexuel) et des partenaires sexuels (c.-à-d., domination sexuelle). Les survivant.e.s tendraient donc à surinvestir la sexualité pour y trouver une forme de valorisation, à adopter des comportements de domination sexuelle pour se sentir en contrôle ou encore à se laisser utiliser sexuellement et à mettre de côté leurs propres besoins et limites (c.-à-d., acquiescement sexuel) pour se sentir aimé.e.s. Ainsi, il se peut que les stratégies d'instrumentalisation puissent compenser particulièrement une perception d'être indigne d'amour et inférieur.e. Or, ces stratégies pourraient néanmoins renforcer ou actualiser leur perception d'être un.e objet sexuel, surtout chez les survivant.e.s qui font preuve d'acquiescement sexuel.

Ce type de stratégies est cohérent avec les niveaux les plus élevés de préoccupation sexuelle et de compulsion sexuelle qui caractérisent ce profil (article 1). En effet, pour ces survivant.e.s, la sexualité pourrait occuper une grande place dans leur vie et leurs pensées, car elle permet de se valoriser et de ressentir des émotions et sensations plaisantes qui compensent un soi sexuel

défavorable. Nonobstant, il est possible que la haute estime sexuelle et l'atténuation des perceptions défavorables à propos de soi que peut favoriser ces stratégies soient temporaires. Le cas échéant, les survivant.e.s doivent utiliser fréquemment ces stratégies, ce qui pourrait se manifester par un plus haut niveau de compulsion sexuelle. Ce postulat est soutenu par des études qui montrent que les comportements de compulsion sexuelle (p. ex., masturbation et consommation de pornographie fréquente, répétée et incontrôlable) visent à apaiser une tension mais que ce soulagement serait éphémère et pourrait conduire à une augmentation de la détresse (Reed *et al.*, 2022). En effet, ces comportements s'accompagnent souvent de sentiments de honte et de culpabilité, puisqu'ils peuvent être perçus comme déviants, socialement inappropriés ou comme une perte de contrôle et donc, un signe de faiblesse (Coleman *et al.*, 2010). De plus, ils peuvent affecter négativement la capacité à établir et à maintenir des relations intimes en raison des secrets ou des conflits qu'ils peuvent susciter (Reid *et al.*, 2011). En retour, ces comportements et la stigmatisation qu'ils occasionnent sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur l'estime sexuelle (Giugliano, 2006). Les survivant.e.s sont donc susceptibles d'intégrer des croyances telles que « je suis incapable de gérer mes comportements sexuels » ou encore « je suis incapable de maintenir des relations intimes satisfaisantes », les connectant davantage aux sentiments de honte, de culpabilité et d'impuissance provoqués par l'ASE.

Paradoxalement, les stratégies d'instrumentalisation davantage empruntées par les survivant.e.s de ce profil sont à la fois source d'apaisement et de souffrance. En effet, ces stratégies permettent de compenser un concept de soi sexuel défavorable mais contribuent également à l'entretenir, amenant ainsi les survivant.e.s à devoir répéter les comportements sexuels pour atténuer une souffrance qui demeure latente. Qui plus est, tel qu'illustré dans le discours des participant.e.s de l'article 2, ces comportements ou stratégies adaptatives (p. ex., échanges sexuels contre de l'argent, acquiescement sexuel) peuvent les amener à être revictimisé.e.s sexuellement. Ces constats pourraient donc s'apparenter à des reconstitutions traumatiques (*trauma re-enactments*), telles que mises de l'avant dans la théorie de compulsion de répétition (van der Kolk, 1989). Selon cette théorie, les survivant.e.s d'ASE sont susceptibles de répéter et revivre, de manière plus ou moins consciente, leurs expériences traumatiques dans d'autres contextes ultérieurs. Ces reconstitutions traumatiques se reflètent par des comportements de violence dirigés envers les autres, envers soi ou de l'auto-sabotage (van der Kolk, 1989). Ces comportements compulsifs peuvent augmenter le

risque d'être revictimisé.e sexuellement, soit en étant la cible d'un.e partenaire abusif.ve ou en se retrouvant dans une situation de vulnérabilité à vivre une autre expérience traumatique (van der Kolk, 1989). L'étude de Paolucci et ses collaborateurs (2001) stipule que les survivant.e.s d'ASE sont davantage susceptibles de reproduire leurs schémas traumatiques à l'enfance en s'engageant ultérieurement dans des relations intimes et sexuelles qui sont abusives. À l'inverse, les survivant.e.s peuvent aussi adopter un rôle d'agresseur.e à leur tour (c.-à-d., identification à l'agresseur.e) pour ne pas se retrouver dans une position de vulnérabilité et d'impuissance (Classen *et al.*, 2005). Chu (1992) avance que l'utilisation de la sexualité et de son corps dans le cadre d'un travail (p. ex., travail du sexe) constitue également une reconstitution traumatique qui permet de reprendre le contrôle sur son trauma en ayant une position de pouvoir (p. ex., en étant celui ou celle qui décide d'offrir son corps, qui contrôle les échanges sexuels et qui reçoit de l'argent). Ces comportements, qui témoignent de la compulsion de répétition, convergent avec les résultats des articles 1 et 2. En effet, ces résultats mettent de l'avant de hauts niveaux de compulsion sexuelle, ainsi que le recours à des stratégies adaptatives telles que l'engagement fréquent dans des activités sexuelles avec plusieurs partenaires et dans le travail du sexe, ainsi que l'exercice de domination et le recours à des comportements sexuels coercitifs qui pourraient caractériser les survivant.e.s du profil *Hyperconfiant et préoccupé*.

Tout comme dans le profil précédent, davantage d'hommes que de femmes sont regroupés sous ce profil. Ainsi, tout comme la dévaluation, la surévaluation de sa sexualité et de soi comme partenaire sexuel.le, serait surtout présente chez les hommes, illustrant deux profils différents de concept de soi sexuel chez les hommes survivants d'ASE. Tel que mis de l'avant dans l'article 2, chez les femmes, les stratégies d'instrumentalisation de la sexualité consistent surtout en un engagement fréquent dans des activités sexuelles avec différents partenaires afin de combler des besoins affectifs (p. ex., se sentir aimée, avoir de l'affection), alors que les hommes évoquent un plus large répertoire de comportements compris sous ce type de stratégies (p. ex., échanger du sexe pour répondre à d'autres besoins, exhibitionnisme, masturbation compulsive) qui peuvent avoir des fonctions diversifiées (p. ex., se sentir aimé, avoir de l'affection, gérer les émotions désagréables, reprendre du contrôle sur son corps et sa sexualité). Les hommes sont d'ailleurs les seuls à rapporter la compulsion sexuelle et le visionnement de pornographie comme stratégie pour gérer leurs émotions ou leurs insatisfactions sexuelles. Ce constat diverge avec des études antérieures ayant

montré que les femmes survivantes peuvent elles aussi manifester de la compulsion sexuelle (Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015) et utiliser la sexualité pour réguler leurs émotions (Meston et Heiman, 2000). Néanmoins, ces différences de genre observées quant aux stratégies orientées vers l'instrumentalisation de la sexualité font écho à plusieurs études qui montrent que les hommes survivants d'ASE ont davantage tendance à surinvestir la sexualité et à manifester des comportements de compulsion que les femmes (voir la revue des écrits d'Aaron, 2012).

Concernant les stratégies d'instrumentalisation de soi, les femmes tout comme les hommes ayant témoigné dans l'article 2 ont mentionné qu'ils ou elles acquiesçaient aux demandes sexuelles de leur partenaire ou négligeaient leurs besoins et leurs désirs sexuels pour avoir de l'affection. Toutefois, les femmes étaient les seules à rapporter avoir ressenti une forme d'obligation à devoir satisfaire leur partenaire. Enfin, l'instrumentalisation de l'autre sur le plan sexuel est un type de stratégie (p. ex., comportements de domination et d'agressivité) exclusivement rapporté par les hommes, qui visait la reprise de contrôle et la réaffirmation de la masculinité. Ainsi, les hommes regroupés sous ce profil tendent à instrumentaliser la sexualité et leurs partenaires sexuels pour se sentir aimés, supérieurs et en contrôle et peuvent donc compenser un sentiment d'infériorité et d'impuissance en adoptant une diversité de stratégies sexuelles. Les femmes, elles, tendent surtout à s'instrumentaliser elles-mêmes pour se sentir aimées et parce qu'elles croient qu'il s'agit de leur devoir et tendent à répondre à un besoin affectif en adoptant des stratégies d'acquiescement sexuel.

Bien que les femmes et les hommes manifestent un concept de soi sexuel défavorable et des stratégies d'instrumentalisation, des spécificités sont perceptibles et pourraient s'expliquer, en partie, par les normes de genre différentes auxquelles les personnes sont soumises. Notamment, tel qu'illustré dans les résultats, les hommes seraient plus enclins à adopter des attitudes et des comportements dominants sur le plan sexuel puisque que de tels comportements sont valorisés chez les hommes (Wiederman, 2005). Quant aux femmes, elles seraient plus nombreuses à éviter complètement la sexualité ou à s'engager dans celle-ci en se soumettant aux désirs et aux besoins sexuels de leurs partenaires puisque la complaisance et la soumission sont des traits plus socialement valorisés pour les femmes (Katz et Tirone, 2009). En effet, les normes féminines traditionnelles encouragent la passivité, le maintien des liens interpersonnels et l'évitement des conflits et, ces traits ou comportements, pourraient conduire à l'acceptation de comportements sexuels intimes de la part d'un partenaire qui sont indésirés (c.-à-d., l'acquiescement sexuel). Les

normes de masculinité traditionnelles encouragent, quant à elles, la répression des émotions, une attitude de dur à cuire et des comportements d'agressivité et de domination (Murnen *et al.*, 2002), mais promeuvent également une vision de l'homme toujours disponible et disposé sexuellement (Murray, 2018). Ainsi, tout comme les femmes, les hommes peuvent surinvestir la sexualité en se pliant aux exigences sexuelles de leur partenaire (c.-à-d., acquiescement sexuel) mais contrairement à celles-ci, ils peuvent également adopter des comportements de domination afin de préserver une image positive d'eux-mêmes en tant qu'homme en se valorisant à travers la sexualité. Ces normes de genre peuvent également s'imprégner dans leur concept de soi. Tel que reflété dans les résultats de l'article 2, les femmes étaient les seules à rapporter un sentiment d'obligation à répondre aux demandes sexuelles de leurs partenaires pour préserver leurs relations, alors que seuls les hommes ont rapporté se sentir inférieurs et différents des autres et surtout, en comparaison aux autres hommes qui n'ont pas subi d'ASE. Ces hypothèses sont cohérentes avec le modèle de constructions du soi (Cross et Madson, 1997) qui postule que les femmes tendent à présenter un concept de soi interdépendant (c.-à-d., centré sur les relations avec les autres et le maintien de l'harmonie dans celles-ci), alors que les hommes développent dans une plus grande mesure un concept de soi sexuel indépendant (c.-à-d., centré sur la séparation et le pouvoir sur les autres).

De ce fait, les stratégies d'instrumentalisation permettent aux survivant.e.s d'agir en cohérence avec les normes de genre valorisées socialement, ce qui semble particulièrement le cas pour les hommes. Ainsi, cette conformité pourrait permettre de tempérer leur concept de soi sexuel diffus et défavorable, en adoptant des comportements sexuels cohérents avec les normes en vigueur, ce qui pourrait réduire la stigmatisation ressentie en lien avec les ASE. Or, à plus long terme, se conformer de manière peu critique aux normes de genre peut éloigner d'un soi sexuel plus authentique. Ces stratégies pourraient empêcher certains survivant.e.s de développer des relations saines basées sur le respect de soi et de l'autre et donc, entraver leur processus de rétablissement (article 3).

6.1.1.3 Le profil Confiant et non-préoccupé : se confronter avec authenticité et vulnérabilité à un soi sexuel abîmé pour mieux se reconstruire

Comme illustré dans la figure 6.1, le dernier profil identifié dans l'article 1, soit le profil *Confiant et non préoccupé*, est caractérisé par un score d'estime sexuelle légèrement au-dessus de la moyenne, ainsi que de plus faibles scores de dépression sexuelle et de préoccupation sexuelle. Ce

profil semble témoigner d'un concept de soi sexuel moins altéré et plus positif comparativement aux autres profils, puisque la capacité d'être un.e bon.ne partenaire sexuel.le ainsi que la vie sexuelle ne sont pas surestimées ou complètement dévalorisées. De plus, les survivant.e.s du profil *Confiant et non-préoccupé* témoignent d'un fonctionnement sexuel relativement bon, notamment un score de satisfaction sexuelle supérieur à la moyenne et un score de difficultés sexuelles un peu sous la moyenne. Ainsi, comme leur évaluation de leur concept de soi sexuel, ainsi que de leur fonctionnement sexuel semble plus positive et réaliste que celle des deux autres profils, ils ou elles seraient susceptibles d'afficher un soi sexuel plus authentique. À cet effet, les survivant.e.s de ce profil montrent un soi sexuel globalement positif, qui pourrait notamment être le reflet d'un recours accru aux stratégies d'approche orientées vers la connexion à soi et à l'autre, et surtout l'authenticité, pour composer avec les séquelles sexuelles de l'ASE tel qu'appuyé par les résultats des articles 2 et 3. D'ailleurs, Joss, un participant ayant témoigné dans l'article 2, corrobore ce postulat en évoquant que sa plus grande humilité et authenticité par rapport à ses difficultés l'aide à s'affirmer auprès de ses partenaires : « Il y a un malaise lorsqu'une femme veut s'approcher de moi... en parler va améliorer la relation. J'ai appris à être humble. Je suis capable de parler de mes inconforts. Quand j'ouvre grand mon esprit et que je dis vraiment qui je suis, ça marche ».

À la lumière de ces constats, il est possible de croire que ces survivant.e.s s'inscrivent davantage dans le processus de rétablissement sexo-relationnel mis en évidence dans l'article 3. Notamment, ils ou elles prennent davantage conscience des événements d'ASE, de leurs impacts sur la sexualité mais surtout, témoignent d'une meilleure capacité à se définir autrement que par ceux-ci (c.-à-d., avoir une perception plus globale de ses capacités sexuelles qui n'est pas strictement basée sur les impacts des événements d'ASE vécus). En parvenant davantage à se définir autrement que les ASE vécues, ces survivant.e.s sont moins enclin.e.s à intégrer le stigma dans leur concept de soi sexuel que les autres survivant.e.s, ce qui se reflète dans des scores modérés d'estime sexuelle et de faibles scores de dépression sexuelle (voir figure 6.1). Grâce à cette prise de conscience et à la propension à se définir autrement, la capacité à mobiliser des stratégies d'approche dans la sexualité est susceptible de se consolider. Les survivant.e.s deviennent de plus en plus capables de déployer des stratégies d'approche qui misent sur la connexion à soi, à l'autre et avec sa propre vulnérabilité ; des stratégies opposées aux stratégies d'évitement (c.-à-d., de déconnexion et d'instrumentalisation) plus fortement mobilisées par les survivant.e.s des autres profils. La sexualité et le sens qu'elle

prend peuvent être redéfinies et une réflexion concernant la place qu'elle occupe dans sa vie peut ainsi s'opérer. L'acceptation des séquelles laissées par l'ASE sur sa vie intime et sexuelle est davantage possible mais les survivant.e.s ne sont pas dans une posture fataliste ; ils ou elles peuvent se focaliser sur ce qui fonctionne bien et ce qui correspond davantage à leurs besoins et à leurs désirs sexuels. Ils ou elles sont plus enclin.e.s à s'autoriser de vivre une sexualité satisfaisante ou font le choix conscient et réfléchi de ne plus investir la sexualité par désintéret.

Les écrits empiriques, bien que limités, attestent de l'importance de l'authenticité pour se rétablir d'expériences traumatiques telles que l'ASE et des séquelles sexuelles qu'elle peut occasionner. À ce propos, Hitter et ses collègues (2017) ont constaté que les survivantes d'ASE qui sont plus à l'aise avec elles-mêmes montrent une plus grande acceptation de leurs préférences sexuelles, de leurs limites et de leur corps, en plus d'un changement général de perspective à propos de soi en tant qu'être sexuel.le (p. ex., en cessant de se percevoir comme brisé.e.s). Dans une même veine, les résultats de Newsom et Myers-Bowman (2017) ont mis en évidence que l'adaptation sexuelle positive rapportée par les femmes survivantes d'ASE consiste principalement en un changement de perspective sur la sexualité et sur soi-même en tant qu'être sexuel.

Or, cette plus grande acceptation et découverte du soi sexuel authentique amène les survivant.e.s de ce profil à être plus vulnérables (c.-à-d., dévoiler qui ils ou elles sont réellement sans utiliser des stratégies adaptatives inadaptées) et authentiques (c.-à-d., agir de manière cohérente avec qui ils ou elles sont réellement) et moins dans le contrôle et la performativité de sa sexualité. Il devient alors possible pour ces survivant.e.s de mieux affirmer leurs besoins, leurs désirs et leurs limites au plan sexuel, ce qui pourrait par le fait même contribuer à réduire la revictimisation. Des constats semblables ont d'ailleurs été mis en évidence dans l'étude de Chouliara *et al.*, (2014) qui suggèrent que l'acceptation de sa vulnérabilité, qui témoigne d'une plus grande authenticité, est susceptible de réduire la honte, de promouvoir la confiance en soi et par conséquent, le rétablissement chez les survivant.e.s d'ASE. Finalement, la recherche de soutien, tant auprès d'un.e professionnel.le, d'un.e partenaire intime, que d'une communauté de soutien (p. ex., regroupement de survivant.e.s) pour alimenter leurs réflexions et les aider à surmonter les difficultés sexuelles, constitue une stratégie importante dans le processus de rétablissement. Subséquemment, un plus grand détachement vis-à-vis des normes de genre et de performance s'impose pour mieux définir le sens qu'elle prend et incite les survivant.e.s à agir davantage en cohérence avec leur valeurs, leurs

besoins et leurs désirs. Ainsi, les survivant.e.s qui font preuve d'authenticité peuvent se sentir davantage en harmonie à l'intérieur d'eux ou d'elles-mêmes, ce qui aide à mieux intégrer et donner un sens aux expériences traumatiques sur le long terme comparativement à ceux et celles qui montrent moins d'authenticité (Maffly-Kipp *et al.*, 2020), comme c'est probablement le cas pour les survivant.e.s des deux autres profils.

6.1.2 L'apport du concept de soi sexuel : une composante clé pour caractériser le fonctionnement sexuel et adaptatif puis informer sur la revictimisation et le rétablissement

L'intégration des résultats des articles de cette thèse permet de répondre à l'objectif global de cette de recherche en clarifiant l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE. En premier lieu, le concept de soi sexuel est susceptible de caractériser le fonctionnement sexuel des survivant.e.s d'ASE. En fait, le concept de soi sexuel altéré (c.-à-d., défavorable ou en apparences, hyperfavorable) pourrait amener les survivant.e.s à évaluer négativement ou surévaluer leur fonctionnement sexuel, alors que le concept de soi sexuel authentique semble favoriser une évaluation plus positive et réaliste ce dernier. De surcroît, le concept de soi sexuel altéré semble motiver l'adoption de stratégies d'évitement de la souffrance associée à la vie intime et sexuelle, qui visent la distanciation ou l'instrumentalisation et qui peuvent, en retour, alimenter le soi sexuel défavorable. Les survivant.e.s qui entretiennent la perception d'être un objet sexuel pourraient avoir davantage tendance à percevoir la sexualité comme une monnaie d'échange et donc à l'instrumentaliser et s'instrumentaliser eux ou elles-mêmes pour combler d'autres besoins. Ceux et celles qui se perçoivent davantage comme étant dégoûtant.e sexuellement pourraient, à l'inverse, entretenir la même perception envers la sexualité et plutôt avoir tendance à mobiliser de stratégies de déconnexion pour se couper des affects négatifs associés à la sexualité. Puis, les survivant.e.s qui se sentent inférieur.e.s sur le plan sexuel, surtout des hommes, pourraient avoir tendance à manifester des comportements de domination et de coercition au sein de leurs activités sexuelles afin de compenser ce sentiment d'infériorité. Toutefois, les articles 2 et 3 ont permis de montrer qu'un concept de soi sexuel plus authentique semble caractériser les stratégies adaptatives d'approche que peuvent mobiliser les survivant.e.s pour surmonter leurs séquelles sexuelles. De ce fait, à la lumière des résultats mis en relation dans la figure 6.1, il est possible de postuler qu'un concept de soi sexuel altéré (c.-à-d., diffus et défavorable) puisse amener les survivant.e.s à évaluer négativement leur fonctionnement sexuel et

à mobiliser des stratégies d'évitement qui visent à s'en couper ou alors à l'inverse, à se surévaluer comme partenaire sexuel et surévaluer son fonctionnement sexuel afin de compenser un soi sexuel qui est en réalité défavorable. Le concept de soi sexuel plus authentique pourrait favoriser l'utilisation de stratégies d'approche sur le plan sexuel et une évaluation plus positive et réaliste son fonctionnement sexuel.

En deuxième lieu, l'ensemble des résultats de la thèse atteste de l'apport du concept de soi sexuel dans les processus adaptatifs mobilisés par les survivant.e.s. Notamment, il a été mis en évidence qu'un concept de soi sexuel altéré peut susciter l'utilisation de stratégies adaptatives d'évitement qui peuvent poser un risque important pour la revictimisation sexuelle chez les survivant.e.s des profils *Dévalorisant et dépressif* puis *Hyperconfiant et préoccupé*. Par exemple, les survivant.e.s du profil *Dévalorisant et dépressif* seraient à risque de subir d'autres expériences de victimisation sexuelle lorsqu'ils ou elles consomment durant les activités sexuelles en raison de leur capacités de jugement et de consentement réduites. Les survivant.e.s du profil *Hyperconfiant et préoccupé*, eux, seraient à risque d'être revictimisé.e.s sexuellement en raison des comportements de compulsion de répétition qu'ils ou elles peuvent adopter dans la sexualité (p. ex., travail du sexe, cumul de partenaires sexuels) ou de leur plus forte propension à se soumettre aux exigences sexuelles de leurs partenaires pour se sentir aimé.e.s. En contrepartie, un concept de soi sexuel plus authentique pourrait contribuer au rétablissement sexo-relationnel parce qu'en étant plus authentiques, les survivant.e.s parviennent mieux à déployer des stratégies d'approche face à leur trauma, telles qu'accepter ses difficultés sexuelles, redéfinir la sexualité et se donner le droit d'en avoir une, exprimer ses priorités, ses besoins et ses désirs sexuels à ses partenaires, tout en plus d'être plus capables de recourir à un soutien extérieur pour surmonter ces séquelles. Parallèlement, ces stratégies d'approche face au trauma et à ses séquelles sexuelles sont également susceptibles de réduire le risque de revictimisation car les survivant.e.s seraient davantage capables d'affirmer leurs limites sexuelles et auraient moins tendance à adopter des comportements qui visent à plaire à leurs partenaires.

6.2 Limites, suggestions pour les recherches futures et forces de la thèse

Le présent projet doctoral comporte certaines limites. D'abord, l'ensemble des articles qui la compose s'appuie sur un devis transversal, où les survivant.e.s sont interrogé.e.s à un seul moment

dans le temps et de manière rétrospective (c.-à-d., à propos d'expériences survenues à la fois dans le passé et au moment de l'étude). En outre, la différence d'âge des participant.e.s est considérable et pour certain.e.s, l'ASE date de plus d'une cinquantaine d'années, ce qui peut occasionner un biais de mémoire et avoir une incidence sur les expériences rapportées dans le cadre de l'étude 2. D'ailleurs, comme le concept de soi sexuel peut être influencé par les événements de vie et la rétroaction avec l'environnement (Potki *et al.*, 2017), il est plausible que les profils identifiés dans la thèse, et notamment l'appartenance à un de ces profils, ne soient pas stables dans le temps. En outre, les trois profils de fonctionnement sexuel identifiés semblent opposés et contradictoires, mais en réalité le rapport à la sexualité est beaucoup plus nuancé et complexe. Par exemple, certain.e.s survivant.e.s pourraient à la fois mobiliser des stratégies de distanciation et d'instrumentalisation ou encore, mobiliser des stratégies d'évitement et d'approche au même moment dans leur vie. Ainsi, les études futures pourraient privilégier un devis longitudinal afin de mieux comprendre l'évolution du concept de soi sexuel dans le temps et en fonction des événements de vie, ainsi que de tenir compte de facteurs susceptibles d'infléchir les trajectoires de fonctionnement et d'adaptation sexuels des survivant.e.s. Ce type de devis permettrait aussi de tempérer les possibles biais de mémoire puisque les participant.e.s seraient questionné.e.s à plusieurs moments clés au cours de leur vie.

Les résultats de cette thèse doivent par ailleurs être interprétés avec prudence. En effet, le modèle d'intégration des résultats proposé en discussion repose en grande partie sur des hypothèses. Bien que ces hypothèses soient cohérentes avec plusieurs constats empiriques et cliniques, d'autres études sont nécessaires afin de confirmer les postulats. Dans l'article 2, l'interrelation entre les stratégies adaptatives mobilisées sur le plan sexuel et le concept de soi sexuel a bien été reflétée dans les résultats, mais il demeure nécessaire de comprendre comment ces deux composantes du fonctionnement sexuel s'inter-influencent et de saisir leur rôle potentiel dans la revictimisation ou le rétablissement des survivant.e.s. Des études comportant un devis quantitatif pourraient s'attarder à mieux comprendre les liens qui les unissent en testant des modèles intégrateurs, qui tiennent également compte des spécificités de genre. Par ailleurs, il serait judicieux de tester quantitativement l'hypothèse mise de l'avant pour expliquer les scores très élevés d'estime, de préoccupations et de satisfaction sexuels du profil *Hyperconfiant et préoccupé*, soit que ces survivant.e.s pourraient se surévaluer afin de compenser un concept de soi sexuel qui est en réalité

défavorable. Finalement, des études pourraient s'attarder à comparer le fonctionnement sexuel des survivant.e.s avec celui des personnes n'ayant pas vécu d'ASE afin de cerner le rôle du trauma sur le fonctionnement sexuel des individus. Ces mêmes études pourraient également conduire des analyses de classes latentes en incluant à la fois les survivant.e.s et les personnes n'ayant pas vécu d'ASE pour voir sous quels profils ces derniers et dernières ont tendance à se regrouper.

Une autre limite importante concerne la mesure de concept de soi sexuel de Snell et Papini (1989), qui a été utilisée dans l'article 1 afin de circonscrire les profils de survivant.e.s. Bien qu'il s'agisse d'une mesure incontournable dans les études portant sur la sexualité (p. ex., Anticevik *et al.*, 2017; Maas et Lefkowitz, 2015), cette mesure tripartite ne rend pas totalement compte de la complexité du concept de soi sexuel et précisément auprès des survivant.e.s d'ASE. En effet, cette dernière ne permet pas de cerner les dimensions sociales du concept de soi sexuel (p. ex., en rapport avec la rétroaction des partenaires sexuels, les normes de genre, les normes culturelles), ni leur évolution chez une même personne ou auprès d'un groupe de personnes. D'autres mesures plus holistiques telles que le Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ; Snell *et al.*, 1993) et le Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ ; Snell, 2001) sont de plus en plus reconnues en raison de leur capacité à mesurer de manière plus précise et cohérente les différentes dimensions du concept de soi sexuel. Néanmoins, ces mesures comportent un nombre important d'items et de dimensions du concept de soi sexuel, ce qui serait susceptible d'alourdir passablement la tâche des participant.e.s, ainsi que l'interprétation des données. Les mesures comportant plusieurs dimensions du concept de soi sexuel demeurent donc pertinentes pour porter un regard holistique sur les façons dont les individus se perçoivent en tant qu'être sexuel, mais il est nécessaire de développer des mesures succinctes ou d'abrégé les mesures existantes. Par ailleurs, outre la mesure unidimensionnelle du Sexual Self-Concept Scale for Sexually Abused Males (Spiegel, 2008) qui n'a jamais été validée, à notre connaissance il n'existe aucune mesure du concept de soi sexuel sexo-spécifique développée auprès des survivant.e.s d'ASE. D'autres recherches sont nécessaires pour développer une mesure de concept de soi sexuel auprès de personnes ayant vécu des expériences traumatiques et pourraient prendre appui sur les manifestations mises en évidence dans l'article 2.

Quelques limites propres à l'échantillonnage peuvent également être formulées. En premier lieu, la saturation empirique n'a pas été atteinte pour plusieurs catégories documentées dans les articles

2 et 3 puisque les données ont été colligées à partir d'études plus larges qui ne focalisaient pas uniquement sur le concept de soi sexuel et les stratégies adaptatives sur le plan sexuel. Ceci peut donc nuire à la transférabilité des résultats puisqu'il est possible que certaines expériences ne soient pas abordées. De même que les échantillons des articles 1 et 2 étaient composés exclusivement de personnes qui reconnaissent avoir vécu une ASE, ce qui peut avoir eu un effet sur les résultats obtenus. Notamment, il est probable que les personnes qui avaient vécu une ASE mais qui n'identifiaient pas leur vécu comme tel ou qui ne se rappelaient pas les événements, n'aient pas participé à l'étude et que leur vécu sexuel ne soit donc pas reflété dans les résultats de la thèse. Il est également impératif de souligner le manque de diversité culturelle ainsi que de diversité sexuelle et de genre au sein des échantillons mobilisés dans les articles 1 et 2. Ainsi, les résultats de la présente thèse ne reflètent pas nécessairement le vécu intime et sexuel des survivant.e.s qui s'identifient à la diversité, ce qui limite la transférabilité des résultats à ces populations. De surcroît, l'utilisation d'une approche binaire du genre (homme/femme) pour analyser le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s constitue une autre limite. Cette approche permet difficilement de mettre en lumière les nuances et variations dans la manière dont les individus vivent leur sexualité et construisent leurs identités sexuelles et de genre (Connell, 2014). Ainsi, les études futures gagneraient à mettre davantage en lumière les perspectives des personnes issues de la diversité culturelle, ainsi que de la diversité sexuelle et de genre afin de dégager une compréhension plus complète et nuancée de la sexualité à la suite d'un vécu d'ASE et identifier certains besoins spécifiques de ces populations.

Par ailleurs, il convient de soulever le manque d'homogénéité entre les échantillons des deux études qualitatives (article 2 et 3) de la thèse. En effet, la collecte des données de l'article 2 s'est échelonnée entre 2016 et 2018, alors que certaines études comprises dans la métasynthèse de l'article 3 pouvaient dater de plus de 10 ans. Par ailleurs, l'échantillon de l'article 2 est composé majoritairement de survivant.e.s qui s'identifiaient comme québécois.e, cisgenre et hétérosexuel.les, qui étaient âgé.e.s en moyenne de 44 ans, qui rapportaient des expériences d'ASE sévères (c.-à-d., comprenant des gestes sexuels intrusifs répétées et prolongées de la part d'un.e proche) et qui consultaient les services d'aide, alors que les échantillons des études recensées dans l'article 3 rapportaient des caractéristiques sociodémographiques et situations d'ASE plus diversifiées et n'étaient pas nécessairement recrutés à travers les services d'aide. Il est donc

possible que l'hétérogénéité de ces deux échantillons qualitatifs et notamment, les différences importantes concernant les caractéristiques des participant.e.s (p. ex., expériences d'ASE subies, origines ethniques, utilisation des services d'aide) et les contextes sociaux et culturels dans lesquels ces personnes ont vécu les événements d'ASE, complexifie la comparaison entre les expériences intimes et sexuelles rapportées par les survivant.e.s d'ASE.

Bien que certaines composantes sociales facilitant ou entravant le rétablissement sexo-relationnel aient été identifiées dans l'article 3 et que le vécu des hommes et des femmes à la lumière des normes de genre ait été documentées dans la thèse, l'ensemble des résultats mettent l'emphase sur des composantes individuelles du fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE (p. ex., concept de soi sexuel, stratégies adaptatives, dysfonctions sexuelles, compulsion et évitement, etc.), ce qui limite la compréhension de ce dernier. Ainsi, plusieurs facteurs ou composantes étant susceptibles de moduler le concept de soi sexuel et plus globalement le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s, auraient pu être davantage considérés pour contextualiser ou expliquer les résultats de l'étude (p. ex., sévérité des ASE, valeurs, expériences sexuelles antérieures, âge, statut relationnel, etc.). Or, ces facteurs n'ont pas été mis de l'avant dans les analyses de la thèse, ce qui peut constituer une limite pour appréhender le vécu sexuel des participant.e.s de manière holistique. Notamment, il serait pertinent que d'autres études futures tiennent compte ou s'attardent à mettre en évidence le rôle des caractéristiques de l'ASE et du cumul de traumatismes interpersonnels subis, pour mieux comprendre le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s.

Malgré les limites identifiées, cette thèse comporte plusieurs forces. Notamment, les résultats sont novateurs et encourageants pour les survivant.e.s d'ASE qui relatent des séquelles au niveau de leur vie intime et sexuelle. Les résultats montrent que le concept de soi sexuel joue un rôle clé en lien avec la vie sexuelle des survivant.e.s, ce qui constitue un puissant levier pour l'intervention. En outre, plusieurs composantes distinctes du fonctionnement sexuel et adaptatif d'adultes survivant.e.s d'ASE (c.-à-d., croyances et perceptions, attitudes, comportements, réponse sexuelle, normes) ont été documentées et mises en relation afin d'en brosser un portrait holistique et nuancé. D'ailleurs, la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives, ainsi que la combinaison de deux différentes méthodes qualitatives, permettent d'optimiser la qualité et la pertinence des résultats obtenus. En effet, il a été possible de comparer, de croiser et d'intégrer (c.-à-d., trianguler) les différents résultats obtenus dans les trois articles grâce à ces méthodes afin de mieux répondre

aux objectifs de la thèse, favorisant non seulement la validité et la fiabilité des résultats (Johnson *et al.*, 2020), mais également une meilleure compréhension du vécu sexuel à la suite d'un ou de plusieurs traumatismes sexuels. Qui plus est, des données qualitatives issues d'un échantillon mixte de taille substantielle ont été analysées, ce qui a également permis de faire des comparaisons plus rigoureuses entre le vécu des hommes et des femmes et de mettre en évidence des nuances qui seraient difficilement perceptibles avec à l'aide d'un devis exclusivement quantitatif. Les résultats du projet de thèse permettent également de combler, en partie, une lacune identifiée dans la revue systématique des écrits conduite par Kong *et al.*, (2023), c'est-à-dire le manque de connaissances scientifiques concernant l'interrelation entre le concept de soi sexuel et le fonctionnement sexuel. Finalement, les résultats de cette thèse offrent des assises empiriques importantes sur lesquelles les milieux de pratique peuvent s'appuyer pour mettre en place des interventions adaptées et rigoureuses. Les différentes cibles et pistes d'interventions dégagées peuvent notamment guider les interventions et soins offerts aux survivant.e.s d'ASE pour favoriser leur rétablissement ainsi que la reprise de pouvoir sur leur vie intime et sexuelle.

6.3 Implications pour la pratique

Les résultats de cette thèse montrent que la reconnaissance des événements d'ASE, ainsi que de leurs impacts sur la sexualité constitue une étape essentielle au rétablissement des survivant.e.s adultes. Néanmoins, bien que cette reconnaissance soit utile pour entamer des changements cognitifs et comportementaux dans la vie intime et sexuelle, il est primordial que les survivant.e.s parviennent à se définir autrement que par les ASE vécues et leurs impacts. Or, puisque plusieurs survivant.e.s peuvent ne pas qualifier leurs expériences abusives comme une ASE et identifier ces expériences comme étant à l'origine de leurs difficultés. Il s'avère ainsi important de dépister les traumatismes sexuels auprès de personnes présentant des difficultés intimes et sexuelles, puis de les accompagner dans leur quête de sens à l'égard de ces événements. En outre, les résultats attestent de l'importance de s'attarder au concept de soi sexuel des survivant.e.s d'ASE pour prévenir la revictimisation et favoriser leur rétablissement. Les professionnel.le.s oeuvrant auprès des survivant.e.s gagneraient à investiguer les différentes croyances ou perceptions que les survivant.e.s peuvent entretenir à propos d'eux ou d'elles-mêmes, ainsi qu'à propos de la sexualité. Parallèlement, il est pertinent d'aider les survivant.e.s à identifier les émotions suscitées par l'ASE (p. ex., honte, culpabilité,

impuissance) qui ont pu être imprégnées dans leur concept de soi sexuel et à mieux comprendre la façon dont celles-ci peuvent teinter leur fonctionnement sexuel.

Accompagner les survivant.e.s à identifier leurs processus adaptatifs apparaît également comme une cible d'intervention prometteuse. Les professionnel.le.s peuvent aider les survivant.e.s à prendre conscience des stratégies d'évitement qu'ils ou elles mobilisent dans la sexualité, mais aussi de la fonction de ces stratégies. En identifiant la fonction ou le besoin sous-jacent aux attitudes et aux comportements sexuels (p. ex., reprendre du contrôle, se sentir aimé.e, éviter de souffrir), il est possible d'aider les survivant.e.s à trouver des façons plus adaptées de répondre à ces besoins légitimes tout en minimisant les risques de revictimisation ou de re-traumatisation. Notamment, il serait pertinent de focaliser les interventions sur le développement des stratégies d'approche dans la sexualité ou le renforcement de celles-ci lorsque les survivant.e.s en adopte (p. ex., se décentrer de la performance, affirmer ses besoins et limites sexuels, demander du soutien). Comme une plus grande authenticité semble étroitement liée aux stratégies d'approche et au rétablissement, il est également pertinent de soutenir les survivant.e.s dans l'acceptation et la légitimation de leurs besoins, de leurs désirs et de leurs valeurs sur le plan sexuel. Certaines interventions peuvent d'ailleurs aider les survivant.e.s à découvrir qui ils ou elles sont réellement, en dehors des ASE vécues, telles que la clarification de valeurs en matière de sexualité, la réflexion à propos du "soi sexuel idéal" puis la réappropriation de leur corps et de leurs sens. Néanmoins, tel que démontré dans les résultats, il est probable que plusieurs survivant.e.s utilisent des stratégies de déconnexion pour ne pas souffrir de nouveau dans le contexte de la sexualité et donc, il semble approprié de les aider à reconnecter avec leurs émotions et leur corps de manière progressive. Il est donc indispensable pour les professionnel.le.s de mobiliser une approche sensible au trauma afin d'être en mesure d'accompagner les survivant.e.s à surmonter leurs séquelles sexuelles sans les re-traumatiser (Godbout *et al.*, 2020; Guyon *et al.*, 2023). Finalement, il apparaît également fondamental de susciter l'esprit critique des survivant.e.s à propos des normes de genre traditionnelles comme ils ou elles tendent à les reproduire, parfois consciemment, dans leur vie intime et sexuelle au détriment d'une plus grande authenticité. Pour y parvenir, il importe de déployer, en amont, des activités de sensibilisation et d'éducation à la sexualité qui visent à déconstruire les stéréotypes de genre dès l'enfance, puisqu'il s'agit d'une période critique où les stéréotypes et les normes ne sont pas encore cristallisés. Ainsi, déconstruire les stéréotypes de genre,

mais aussi inculquer des valeurs telles que le respect de la différence, peut favoriser un environnement plus équitable, inclusif et bienveillant permettant aux individus de s'épanouir pleinement en se permettant d'être eux et elles-mêmes, sans être limité.e.s par des attentes socio-sexuelles. Cet environnement serait par ailleurs plus favorable aux dévoilements des ASE, notamment pour les garçons qui sont particulièrement affectés par le stigma associé à ces événements. Qui plus est, il demeure important de poursuivre les efforts d'éducation et de sensibilisation quant à l'ASE et à ses effets, mais aussi d'offrir des ressources accessibles aux survivant.e.s pour qu'ils ou elles soient davantage en mesure de reconnaître et d'accepter leur vécu abusif, de se sentir plus à l'aise de dévoiler et de se confier à leurs proches, mais aussi de solliciter de l'aide pour favoriser leur rétablissement.

Plusieurs cibles d'intervention prometteuses peuvent être suggérées pour accompagner les survivant.e.s d'ASE dans leur processus de rétablissement sexo-relationnel. Or, les résultats illustrent trois profils distincts de concept de soi sexuel et de fonctionnement sexuel chez les survivant.e.s, ce qui soutient également la pertinence de dégager des objectifs d'intervention adaptés pour chaque profil afin de favoriser leur efficacité. Ainsi, des objectifs d'intervention s'appliquant à l'ensemble des survivant.e.s, ainsi que des objectifs plus spécifiques à chaque profil ont été identifiés dans le tableau 6.1 afin de guider les professionnel.le.s pour accompagner les survivant.e.s dans leur processus de rétablissement et afin de reprendre du pouvoir sur leur vie intime et sexuelle.

Tableau 6.1 Cibles et objectifs d'intervention favorisant le rétablissement sexo-relationnel des survivant.e.s d'ASE

<i>Cibles d'intervention</i>	<i>Objectifs d'intervention communs</i>	<i>Objectifs d'intervention spécifiques en fonction des profils</i>		
		<i>Profil Dévalorisant et dépressif</i>	<i>Profil Hyperconfiant et préoccupé</i>	<i>Profil Confiant et non-préoccupé</i>
<i>ASE et ses séquelles sexuelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre conscience et accepter que l'ASE ait pu occasionner des impacts sur la vie sexuelle ; - Reconnaître les séquelles sexuelles laissées par les ASE sur le plan cognitif, émotionnel, comportemental et identitaire ; - Conscientiser les impacts de la honte, de la culpabilité et de l'impuissance sur le soi sexuel et la vie sexuelle ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observer sans jugement les impacts de l'ASE sur sa vie sexuelle ; - Reconnaître les impacts de l'ASE sur le soi sexuel défavorable - croyances négatives à propos de soi, faible estime sexuelle, vision négative de la sexualité, pensées intrusives ; -Reconnaître que la honte, la culpabilité et l'impuissance ont pu favoriser un concept de soi sexuel défavorable ainsi que le besoin de s'en couper ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître et accepter les impacts de l'ASE sur sa vie intime et sexuelle ; - Réaliser que les croyances défavorables à propos de soi, une faible estime sexuelle, une vision négative de la sexualité peuvent être des impacts de l'ASE sur le soi sexuel ; -Reconnaître que la honte, la culpabilité et l'impuissance ont pu favoriser un concept de soi sexuel défavorable ainsi que le besoin de le compenser ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolider la prise de conscience des ASE et de leurs impacts sur le soi sexuel et la vie sexuelle ; - Réaliser et accepter que les impacts de l'ASE sur la vie sexuelle peuvent se faire ressentir même durant le processus de rétablissement ;
<i>Fonctionnement sexuel (incluant le concept de soi sexuel)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorer et redéfinir le sens que prend la sexualité pour soi ; - Identifier les éléments essentiels d'une sexualité satisfaisante pour soi ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevoir la sexualité comme un échange plaisant et consensuel plutôt que comme une menace ; - Améliorer son estime et sa perception de ses 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevoir la sexualité comme un échange plaisant et consensuel plutôt que comme un instrument ; - S'accepter tel que l'on est comme partenaire sexuel.le pour améliorer son estime; 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'estime et la perception favorable à l'égard de ses compétences sexuelles ;

- Distinguer ce qui relève des impacts de l'ASE de ce qui caractérise réellement le soi sexuel ;
 - Découvrir, légitimer et accepter son « soi sexuel » authentique ;
- compétences en tant que partenaire sexuel.le ;
 - Développer une vision plus positive de la sexualité ;
 - Prendre conscience de ses qualités et forces en tant que partenaire sexuel.le ;
 - Réduire ses ruminations à propos de sa sexualité ;
 - Relativiser l'importance accordée à ses difficultés sexuelles ;
 - Faire un choix éclairé sur sa propre façon de vivre sa sexualité en cohérence avec ses valeurs et objectifs de vie
- Développer une vision plus humaine de la sexualité ;
 - Développer son estime sexuelle en prenant en considération d'autres facteurs que ses compétences sexuelles ;
 - Se questionner sur ses motivations sexuelles ;
 - S'engager dans une sexualité par choix éclairé et par envie ;
 - Relativiser l'importance accordée à la sexualité ;
 - Identifier et comprendre les déclencheurs à ses comportements sexuels ;

Processus adaptatifs sur le plan sexo-relationnel

- Reconnaître la fonction des stratégies d'évitement tout en les remplaçant progressivement par des stratégies d'approche ;
 - Découvrir et connecter avec un.e partenaire intime tout en restant cohérent.e avec ses propres besoins, désirs et limites sexuelles ;
- Conscientiser que les stratégies axées sur la distanciation sabotent l'estime sexuelle ;
 - Mobiliser des stratégies d'approche sur le plan sexuel qui amène à se connecter à soi et à l'autre ;
 - Prendre conscience que la dissociation et la consommation en contexte de sexualité
- Conscientiser que l'utilisation de stratégies axées sur l'instrumentalisation entretiennent le soi sexuel défavorable ;
 - Humaniser la sexualité, ses partenaires et s'humaniser soi-même en tant que partenaire sexuel.le ;
 - Trouver et maintenir un équilibre entre la sexualité
- Consolider les stratégies d'approche mobilisées dans la sexualité ;
 - Consolider l'utilisation de stratégies d'approche et miser sur les forces et ressources personnelles pour surmonter les séquelles sexuelles ;

- Reconnaître et accepter ses besoins, désirs et limites sur le plan sexuel, pratiquer l'affirmation de ceux-ci dans un contexte relationnel ;
- Solliciter les ressources internes et externes pour surmonter les séquelles de l'ASE sur sa vie sexuelle ;
- Reconnaître les situations sexuelles qui peuvent poser un risque pour la revictimisation ou la perpétration ;
- Prendre conscience des comportements sexuels qui « reproduisent » les expériences d'ASE ;
- Renforcer l'utilisation de stratégies d'approche et miser sur les forces et ressources personnelles pour surmonter les séquelles sexuelles ;

peuvent favoriser la revictimisation ;

- Cultiver des stratégies d'ancrage pour rester dans le moment présent durant les échanges intimes et sexuels ;

et les autres sphères de sa vie ;

- Prendre conscience que le surinvestissement de la sexualité et l'acquiescement sexuel peuvent favoriser la revictimisation ;
- Conscientiser que la domination sexuelle peut favoriser la perpétration d'agression sexuelle ;
- Conscientiser les impacts nuisibles de l'utilisation de stratégies d'instrumentalisation de l'autre sur son bien-être et celui de ses partenaires ;
- Renforcer l'utilisation de stratégies d'approche sur le plan sexuel qui amène à se connecter à soi et à l'autre ;

*Normes de genre en
matière de sexualité*

- Identifier et poser un regard critique sur les normes et stéréotypes de genre qui peuvent se répercuter négativement sur la sexualité et le rétablissement ;
- Résister activement aux injonctions à la masculinité et à la féminité ;
- Agir en cohérence avec ses propres besoins, désirs et limites même s'ils dérogent des normes de genre socialement prescrites ;
- Miser sur l'authenticité et l'appréciation globale des échanges sexuels ;

Hommes

- Diminuer l'anxiété de performance et déconstruire les stéréotypes de genre masculins ;
- Remettre en question l'idée que la sexualité doit être performée et qu'il faut toujours être performant sexuellement pour être un 'vrai' homme ;
- Prendre conscience de son potentiel en tant que partenaire sexuel ;

Femmes

- Observer sans jugement les émotions désagréables associées à la sexualité et rester dans le moment présent lors des activités intimes ;
- Augmenter sa capacité à s'abandonner sagement dans les activités sexuelles, tout en affirmant ses limites ;
- Reconnaître l'importance de ses propres besoins et désirs sexuels et les affirmer

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

La présente thèse visait à documenter l'apport du concept de soi sexuel dans le fonctionnement sexuel et adaptatif des survivant.e.s d'ASE et d'en dégager les spécificités de genre. D'abord, les manifestations du concept de soi sexuel chez les survivant.e.s d'ASE ont été documentées à l'aide d'une méthodologie quantitative (article 1) et qualitative (article 2), ce qui a permis d'obtenir un portrait plus nuancé et détaillé du concept de soi sexuel à la suite d'un vécu traumatique. Les différentes manifestations du concept de soi sexuel se déclinent selon trois profils de fonctionnement sexuel et adaptatif chez les survivant.e.s d'ASE. Le premier profil se caractérise par la dévaluation, la distanciation et des affects négatifs, alors que le deuxième se caractérise par la surestime, l'instrumentalisation et des affects mitigés (c.-à-d., affects positifs temporaires servant à compenser des affects négatifs). Le troisième profil se distingue par une évaluation positive et réaliste, la connexion et l'authenticité, ainsi que des affects positifs. Les hommes auraient davantage tendance à s'inscrire dans les deux profils opposés, témoignant d'un soi sexuel et d'un fonctionnement sexuel altérés de différentes façons, alors que les femmes seraient plus nombreuses à manifester la trajectoire de résilience et de rétablissement attestant d'un soi sexuel plus authentique et donc, en voie de rétablissement. Ainsi, l'actualisation du soi sexuel authentique pour se rétablir des séquelles sexuelles laissées par l'ASE, tel que soulevée dans la thèse, constitue un puissant levier d'intervention à mobiliser auprès des survivant.e.s.

Les résultats laissent entrevoir que les survivant.e.s peuvent intégrer et reproduire les normes de genre dans leur vie intime et sexuelle. Notamment, les femmes survivant.e.s semblent davantage susceptibles d'intégrer la croyance qu'elles doivent s'abstenir de sexualité pour atténuer leurs états internes souffrants ou alors être complaisantes et prioriser les besoins sexuels d'autrui pour obtenir de l'attention et de l'affection, ce qui concorde avec les normes traditionnelles de féminité. De plus, comme en témoigne l'article 3, la prise de conscience qu'elles n'ont pas besoin d'agir de la sorte pour avoir une vie intime et sexuelle satisfaisante est d'une importance capitale pour leur processus rétablissement. Les hommes, quant à eux, peuvent intégrer la croyance qu'ils doivent utiliser la sexualité ou leurs partenaires sexuels comme instruments pour se sentir forts, dominants, voire masculins, afin de développer un sentiment de confiance illusoire et atténuer les effets stigmatisants de l'ASE. Au même titre que les femmes, une plus grande distanciation vis-à-vis des normes

masculines constitue également un vecteur de rétablissement pour les hommes, même si les résultats montrent qu'il est plus difficile d'emprunter ce chemin pour eux. Ainsi, les spécificités de genre identifiées permettent de nuancer davantage les deux trajectoires opposées de fonctionnement sexuel mises de l'avant dans les études auprès des survivant.e.s d'ASE, c'est-à-dire une trajectoire caractérisée par l'évitement, qui est davantage empruntée par les femmes et l'autre par la compulsion, qui est plus typiquement empruntée par les hommes (Aaron, 2012). En effet, des comportements de surinvestissement ont également mis en lumière chez les femmes (p. ex., multiplier les partenaires sexuels) et des comportements d'évitement ont également été soulevés par les hommes (p. ex., cesser les activités sexuelles de manière permanente ou temporaire), ainsi que des comportements d'acquiescement sexuel qui ne semblent pas se situer dans aucune de ces deux trajectoires. Il serait ainsi hasardeux de se résoudre à dichotomiser le fonctionnement sexuel des hommes et des femmes, et plus largement de l'ensemble des survivant.e.s, puisque le portrait est beaucoup plus nuancé. Lorsqu'on s'attarde à comprendre la visée adaptative derrière leurs attitudes, leurs comportements et le rapport qu'ils ou elles entretiennent à l'égard de la sexualité, on comprend que les survivant.e.s d'ASE partagent des besoins similaires : se sentir aimé.e.s, reprendre du contrôle sur leur corps et leur vie sexuelle et sentir qu'ils ou elles ont une valeur en tant qu'êtres sexuels. Force est de constater que les survivant.e.s naviguent dans un continuum complexe de représentations du soi et de comportements adaptatifs, cherchant à réconcilier leur vécu traumatique avec des besoins humains fondamentaux et légitimes. Ainsi, la compréhension de leurs rapports à la sexualité et au soi va au-delà de la question "être ou ne pas être sexuel ?" ; cette compréhension nécessite plutôt une approche nuancée qui tient compte de la complexité de leurs expériences pour mieux accompagner les survivant.e.s dans leur quête de rétablissement et d'épanouissement.

ANNEXE A : AFFICHE DE RECRUTEMENT



PARCOURS

RELATIONNELS ET SEXUELS D'ADULTES
AYANT VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE
DURANT L'ENFANCE



Nous sommes à la recherche de participant(e)s pour une étude sur la vie relationnelle, affective et sexuelle d'adultes ayant vécu une agression sexuelle durant l'enfance.

- **Questionnaire individuel** | Durée: 30 - 45 min.
- **Entrevue individuelle** | Durée: 3h00
- Compensation financière de 30\$
- Le respect d'une **confidentialité absolue** est assuré.

POUR PARTICIPER, vous devez:

- > Être âgé(e) de **18 ans ou plus**
- > Avoir vécu une agression sexuelle durant votre enfance (avant l'âge de 18 ans)
- > Vous exprimer en français

VOUS ÊTES INTÉRESSÉ(E) À PARTICIPER À L'ÉTUDE?

Communiquez avec:

Geneviève Brodeur, Coordinatrice de recherche, UQÀM

Téléphone: 514-987-3000 poste: 1053

Courriel: parcours.ase@gmail.com

ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Parcours relationnels et sexuels d'adultes ayant vécu une agression sexuelle durant l'enfance

MYLÈNE FERNET, Ph.D.

Professeure titulaire, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

MONIQUE TARDIF, Ph.D.

Professeure titulaire, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

NATACHA GODBOUT, Ph.D.

Professeure agrégée, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

MARIE-MARTHE COUSINEAU, Ph.D.

Professeure titulaire, École de criminologie
Université de Montréal

** Ce projet est financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).*

Ce formulaire fait partie de la démarche assurant un consentement libre et éclairé. Les informations contenues dans ce document vous permettront d'avoir une idée globale du projet de recherche et de savoir ce qu'implique votre participation. À tout moment, si vous désirez avoir plus de détails concernant ce qui suit, n'hésitez pas à nous le demander. Prenez le temps de bien lire et comprendre ces explications.

INTRODUCTION

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les différents parcours de vie des hommes et des femmes ayant vécu une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans, de manière à identifier les répercussions de l'expérience d'agression sexuelle durant l'enfance (ASE) sur le fonctionnement relationnel et sexuel à l'âge adulte, en prenant soin de dégager les spécificités liées au genre. Les aspects familiaux, relationnels, amoureux et sexuels de votre parcours de vie, de même que vos expériences de victimisation sexuelle, de recherche d'aide et de recours aux services, feront principalement l'objet des questions abordées lors de cette étude.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, et de vous retirer de l'étude à tout moment. Si vous recevez actuellement des services à la Clinique de sexologie de l'UQAM ou au sein d'un autre organisme et que vous décidez de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer, vous ne perdrez aucun des bénéfices auxquels vous avez droit dans le cadre de votre suivi actuel. Quelle que soit votre décision, elle ne modifiera en rien les services que vous recevez et n'aura aucun impact sur la façon dont vous serez suivi par votre professionnel traitant.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION À L'ÉTUDE?

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous invitons à venir rencontrer un-e agente de recherche au Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité, situé au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). À tout moment, vous aurez toujours le choix de poursuivre votre participation ou de vous retirer du projet. Voici ce que vous aurez à faire.

1. Accueil et signature du formulaire de consentement

Vous serez accueilli-e par l'agent-e de recherche à un point de rencontre prédéterminé pour vous rendre seul-e à la salle d'entrevue. L'agent-e de recherche vous expliquera clairement ce en quoi consiste l'étude et quelles sont les implications de votre participation. Si vous acceptez librement de participer, vous devrez signer le formulaire de consentement.

2. Questionnaire

Après la signature du formulaire de consentement, l'agent-e de recherche vous demandera de compléter sur place un questionnaire portant sur les parcours relationnels et sexuels des adultes ayant vécu une ASE, plus spécifiquement sur votre vie conjugale, relationnelle et sexuelle. La durée prévue pour compléter le questionnaire est d'environ 30 à 45 minutes. Veuillez prendre note que vous pouvez, pour quelque raison que ce soit, refuser de répondre à une question sans pour autant vous retirer du projet de recherche. Par ailleurs, n'hésitez pas à vous adresser à l'agent-e de recherche si vous avez besoin de précision et/ou de clarification face à une question. Un code sera attribué au questionnaire pour conserver la confidentialité des données. Ce même code permettra de jumeler votre questionnaire aux données de votre entrevue. Une fois le questionnaire complété, l'agent-e de recherche vous demandera de lui remettre dans une enveloppe scellée.

3. Période de retour sur l'étude

Pour conclure la rencontre, une courte période d'échange est prévue avec l'agent-e de recherche pour vous permettre de parler de vos émotions, d'émettre vos commentaires et autres en lien avec l'expérience de recherche. Une liste de ressources d'aide psychosociale vous sera remise en cas de besoin.

AVANTAGES ET BÉNÉFICES

En participant à cette étude, vous aurez la possibilité de faire une réflexion sur votre développement personnel, tout en ayant l'occasion de faire le point sur votre adaptation face aux différents événements que vous avez vécus ou que vous vivez présentement. Réfléchir sur votre parcours relationnel et sexuel peut vous permettre par la suite de mieux préciser vos besoins et désirs amoureux et sexuels. Les informations obtenues par cette étude permettront de mieux connaître les parcours de vie d'adultes ayant vécu une agression sexuelle alors qu'ils/elles étaient mineur(e)s. Les données recueillies permettront de mieux comprendre l'adaptation à la vie adulte des hommes et des femmes victimes, puis éventuellement d'élaborer des interventions préventives, éducatives et thérapeutiques mieux adaptées à leurs besoins et leurs réalités respectives.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un des inconvénients associé à cette étude est le temps requis pour y participer. Cette étude ne comporte aucun risque physique. Cependant, certains risques psychologiques peuvent être liés à un questionnaire et une entrevue portant sur les expériences de victimisation vécues durant l'enfance ou l'adolescence. Un désavantage potentiel serait que votre participation vous rappelle des épisodes désagréables de votre vie personnelle, amoureuse ou sexuelle. À n'importe quel moment durant la passation du questionnaire ou de l'entrevue, si vous ressentez le besoin de prendre une pause, vous pouvez le demander à l'agent-e de recherche. Si vous ressentez le besoin de parler d'une expérience difficile, l'agent-e de recherche vous donnera une liste de ressources d'aide psychosociale disponibles dans la région de Montréal où vous pourrez obtenir de l'aide. En tout temps, vous pourrez aussi communiquer avec l'équipe de recherche qui pourra vous référer à une ressource d'aide, où un-e professionnel-le sera disponible pour évaluer votre situation et vous offrir un service d'accompagnement et de soutien adapté à vos besoins. En cas de situation de crise, le-la participant-e sera orienté-e, voir accompagné-e, vers un centre de crise à proximité de son lieu de résidence.

Si, dans le contexte de la recherche, l'agent-e de recherche apprend que vous, une tierce personne ou un groupe de personnes identifiable, êtes en danger imminent de blessure grave ou de mort, il-elle sera dans l'obligation de faire un signalement ou d'avertir les autorités.

MODALITÉS PRÉVUES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations recueillies au cours de l'étude demeureront confidentielles. Votre nom n'apparaîtra sur aucun document, ni celui des personnes que vous pourrez nommer en cours d'entrevue. Pour ce faire, un code préservant votre identité vous sera attribué. Tout le matériel recueilli pendant l'étude (questionnaire, bandes audio numériques, transcription de l'entrevue) sera gardé sous clé dans les bureaux du laboratoire de recherche de la chercheuse principale à l'UQAM. Tout le matériel recueilli sera conservé jusqu'à cinq ans et sera détruit. Les résultats de cette étude serviront à des fins de publications scientifiques, seront présentés dans des colloques pour les intervenants-es et des congrès scientifiques sans qu'aucune information ne permette jamais de vous identifier.

COMPENSATION

Pour votre participation à l'étude, vous recevrez une compensation financière de 10\$ pour défrayer le temps investi et les coûts liés au déplacement.

LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer, et ce sans préjudice. En tout temps, vous pouvez modifier votre décision de participer ou non. Vous pouvez choisir de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment sans préjudices d'aucune sorte.

RESPONSABILITÉS DES CHERCHEURES

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. L'équipe de recherche a la responsabilité légale et professionnelle de procéder à un signalement si elle apprend qu'une situation pourrait vous causer préjudice ou menacer votre sécurité personnelle et/ou compromettre votre développement personnel, ou encore celui d'une tierce personne ou d'un groupe de personnes identifiable.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant cette étude, n'hésitez pas à nous contacter. Vous pouvez nous rejoindre aux numéros suivants :

Chercheures :

MYLÈNE FERNET, Ph.D.

Professeure titulaire, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
fernet.mylene@uqam.ca
(514) 987-3000 poste 2201

MONIQUE TARDIF, Ph.D.

Professeure titulaire, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
tardif.monique@uqam.ca
(514) 987-3000 poste 2894

NATACHA GOUBOUT, Ph.D.

Professeure agrégée, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
godbout.natacha@uqam.ca
(514) 987-3000 poste 6590

MARIE-MARTHE COUSINEAU, Ph.D.

Professeure titulaire, École de criminologie
Université de Montréal
mm.cousineau@umontreal.ca
(514) 343-7322

Coordonnatrice de recherche :

GENEVIÈVE BRODEUR, B.A.

Candidate à la maîtrise en sexologie
Université du Québec à Montréal
parcours.ase@gmail.com
(514) 987-3000 poste 4485

Le présent projet a reçu l'approbation du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIER). Si vous avez des questions au sujet de vos droits à titre de participant-e, vous pouvez faire valoir votre cas auprès du secrétariat du CIÉR, 514-987-3000, poste 7753, ou encore par courriel à l'adresse suivante : cierh@uqam.ca

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET SIGNATURE

En signant le présent formulaire, je certifie que:

- J'ai lu le document d'information et formulaire de consentement de l'étude sur les parcours relationnels et sexuels d'adultes.
- J'ai compris les conditions, les inconvénients/risques et les avantages de ma participation.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je compléterai un questionnaire en version papier.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans préjudices.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.
- Je comprends la responsabilité légale et professionnelle de l'équipe de recherche advenant une situation où ma sécurité et mon développement personnel sont compromis.

J'accepte librement qu'un-e agent-e de recherche communique avec moi pour me donner des informations sur :

- les suites du projet de recherche : Oui Non
- un autre projet en lien avec le projet auquel je participe aujourd'hui : Oui Non

téléphone (maison) : _____ # téléphone (cellulaire) : _____

Adresse courriel (Merci d'écrire lisiblement!) : _____

Je, soussigné-e, accepte de participer librement et volontairement à cette étude :

Date : _____

Nom du-de la participant-e (Lettres moulées) : _____

Signature : _____

Formule d'engagement de l'équipe de recherche et signature

Je certifie avoir expliqué au-à la participant-e les termes du présent formulaire de consentement; avoir répondu aux questions qu'il-elle m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il-elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche.

Date : _____

Nom du-de la chercheur/e ou du-de la représentant/e autorisé/e : _____

Signature : _____

ANNEXE C : QUESTIONNAIRE

CODE : _____

NOM FICTIF : _____

DATE : _____

HEURES - Début : _____ Fin : _____

DURÉE : _____



*Dans ce questionnaire, vous trouverez une série de questions relatives à votre parcours relationnel et sexuel. **Veillez lire attentivement** chacune des directives et répondre seul(e) à toutes les questions. Il ne s'agit pas d'un test, donc il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses. Il s'agit de répondre aux questions aussi honnêtement et précisément que possible, sans passer trop de temps à réfléchir. Il est important de répondre à toutes les questions afin que vos résultats soient valables.*

***Vous ne devez pas inscrire votre nom sur le questionnaire.** Les informations recueillies resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Nous vous remercions à l'avance pour votre précieuse collaboration.*

LES RÉPONSES AUX TROIS QUESTIONS SUIVANTES DEMEURENT CONFIDENTIELLES. ELLES PERMETTRONT DE VOUS ATTRIBUER UN CODE ALPHANUMÉRIQUE QUI PROTÉGERA VOTRE IDENTITÉ, TOUT EN NOUS PERMETTANT DE RETRACER VOTRE QUESTIONNAIRE À TRAVERS LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA RECHERCHE.

- Quel est le jour de votre date de naissance? (pas le mois, ni l'année) : _____
- Quels sont les deux premiers chiffres de votre adresse postale? : _____
- Quelles sont les deux premières lettres du prénom de votre mère? : _____

f. Autre, précisez : _____

11a. Comment définissez-vous votre orientation sexuelle?

- a. Homosexuelle, lesbienne, gai b. Hétérosexuelle
c. Bisexuelle d. Queer
e. Autre, précisez : _____

11b. **Encerclez tout** ce qui s'applique

	Hommes		Femmes	
Je suis attiré(e) par les...	Oui	Non	Oui	Non
Dans la dernière année, j'ai eu des comportements sexuels avec des...	Oui	Non	Oui	Non
Dans la dernière année, j'ai eu des fantasmes sexuels à propos de...	Oui	Non	Oui	Non

12. Combien d'enfants avez-vous? _____

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

14. Quel est le nombre **total** de partenaires avec qui vous avez eu des relations sexuelles (incluant les aventures d'un soir)? _____

15. À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle consentante? _____ ans

Veillez cocher ce qui s'applique à votre situation actuelle et porter attention aux directives.

Je suis présentement dans une relation de couple.
Depuis combien de temps êtes-vous dans cette relation? _____ ans / _____ mois
Veillez vous rendre à la Section 2.
Répondez aux questions en vous référant à votre relation de couple actuelle.

J'ai déjà été dans une relation de couple, mais je ne le suis pas présentement.
Veillez vous rendre à la Section 3 (page 4)
Répondez aux questions en vous référant à votre relation de couple la plus récente.

Je n'ai jamais été dans une relation de couple, mais j'ai eu une ou des relations intimes et/ou sexuelles avec quelqu'un.
Veillez vous rendre à la Section 5 (page 7).

Je n'ai jamais eu de relation amoureuse, ni intime et/ou sexuelle avec quelqu'un.
Veillez vous rendre à la Section 5 (page 7).

SECTION 2. AJUSTEMENT DYADIQUE

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

	0	1	2	3	4	5				
	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais				
1. Vous est-il déjà arrivé d'envisager une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?					0	1	2	3	4	5
2. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?					0	1	2	3	4	5
3. Vous confiez-vous à votre partenaire?					0	1	2	3	4	5
4. Les chiffres suivants représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central «HEUREUX» représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement.										
	0	1	2	3	4	5	6			
	Extrêmement malheureux(se)	Assez malheureux(se)	Un peu malheureux(se)	Heureux(se)	Très heureux(se)	Extrêmement heureux(se)	Parfaitement heureux(se)			

SECTION 3. 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(es) 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(es).	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(es).	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 4. CONFLITS ET CONTRÔLE

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

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 0 = Ceci n'est jamais arrivé | 4 = 6 à 10 fois dans la dernière année |
| 1 = 1 fois dans la dernière année | 5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année |
| 2 = 2 fois dans la dernière année | 6 = + de 20 fois au cours de la dernière année |
| 3 = 3 à 5 fois dans la dernière année | 7 = Pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé |

	VOTRE PARTENAIRE envers vous	VOUS envers votre partenaire
1. Insulter, sacrer, hurler, crier	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Traiter de noms (laid(e), imbécile, irresponsable) ou détruire quelque chose appartenant à l'autre	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Menacer de frapper ou de lancer un objet	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Tenter de limiter les sorties ou contacts avec les ami(e)s ou membres de la famille	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Secouer, brasser, pousser, bousculer	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Lancer un objet pouvant blesser	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Frapper avec un objet (ceinture, brosse, bâton, etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Donner un coup de poing ou donner un coup de pied	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Gifler	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
10. Utiliser ou menacer d'utiliser une arme ou un couteau	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
11. A essayé de toucher vos parties sexuelles, ou de vous obliger à faire des attouchements sur ses parties sexuelles alors que vous ne le vouliez pas	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
12. A eu ou essayé d'avoir une relation sexuelle (orale, anale ou vaginale) contre votre gré, ou a utilisé du chantage ou des menaces pour avoir du sexe	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
13. A eu ou a essayé d'avoir une relation sexuelle (orale, anale ou vaginale) contre votre gré en utilisant la force ou a utilisé la drogue ou l'alcool pour vous forcer à un contact sexuel (attouchements ou relations sexuelles)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

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

0 = **NON**, ceci n'est jamais arrivé

OUI 1 à 7 :

1 = 1 fois dans la dernière année

2 = 2 fois dans la dernière année

3 = 3 à 5 fois dans la dernière année

4 = 6 à 10 fois dans la dernière année

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

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

7 = c'est déjà arrivé, mais pas au cours de la dernière année

	VOTRE PARTENAIRE envers vous	VOUS envers votre partenaire
1. Traite de noms, rabaisse devant les autres, ou dit des choses blessantes	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Être jaloux(se) ou possessif(ve)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Blesse ou menace un de vos proches	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Exige de savoir avec qui et où vous êtes à tout moment	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Endommage ou détruit vos biens ou votre propriété	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Empêche de connaître le revenu familial, ou d'y avoir accès	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Fait sentir inadéquat(e)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Tente de provoquer des disputes	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Vous effraie	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

SECTION 5. CAPACITÉ DU SOI

La section suivante comporte une liste d'expériences que les gens vivent parfois dans leurs vies. Certaines de celles-ci sont des expériences que les gens vivent avec d'autres personnes, et d'autres sont des expériences que les gens vivent par eux-mêmes. **Encerclez** la réponse qui indique le mieux la fréquence à laquelle vous avez vécu chacune de ces expériences dans les **six (6) derniers mois**.

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

Au cours des **six (6) derniers mois**, combien de fois avez-vous expérimenté :

1. Des problèmes dans vos relations avec les autres	1	2	3	4	5
2. Avoir l'impression que vous ne vous connaissez pas très bien	1	2	3	4	5
3. Ne pas être capable de vous calmer	1	2	3	4	5
4. Lancer ou frapper des objets durant une dispute afin de vous débarrasser de votre colère	1	2	3	4	5
5. Ne pas vous entendre avec des gens	1	2	3	4	5
6. Souhaiter vous comprendre mieux	1	2	3	4	5

7.	Avoir de la difficulté à vous calmer une fois que vous étiez en colère	1	2	3	4	5
8.	Vous blesser afin de vous débarrasser de vos sentiments ou pensées bouleversantes	1	2	3	4	5
9.	Vous disputer avec des gens	1	2	3	4	5
10.	Sentir que vous ne comprenez pas vos propres comportements	1	2	3	4	5
11.	Être hors de contrôle émotionnellement	1	2	3	4	5
12.	Manger plus que vous en avez besoin pour vous sentir mieux ou vous calmer	1	2	3	4	5
13.	Avoir beaucoup de hauts et de bas dans vos relations avec les gens	1	2	3	4	5
14.	Être confus(e) à propos de ce que vous vouliez dans la vie	1	2	3	4	5
15.	Ne pas avoir été capable de contrôler votre colère	1	2	3	4	5
16.	Vous blesser pour vous calmer ou arrêter de vous sentir vide	1	2	3	4	5
17.	Avoir des conflits dans vos relations	1	2	3	4	5
18.	Vous sentir comme si vous n'aviez pas d'identité	1	2	3	4	5
19.	Souhaiter vous calmer, mais ne pas en être capable	1	2	3	4	5
20.	Vous bagarrer juste pour évacuer votre colère	1	2	3	4	5
21.	Vous fâcher contre un(e) ami(e) ou un(e) amoureux(se)	1	2	3	4	5
22.	Oublier qui vous êtes et ce que vous voulez en présence des gens	1	2	3	4	5
23.	Ressentir des changements d'humeur rapides	1	2	3	4	5
24.	Utiliser le sexe comme un moyen pour arrêter de vous sentir mal	1	2	3	4	5
25.	Avoir des difficultés à vous entendre avec des gens au travail, à l'école ou dans votre voisinage	1	2	3	4	5
26.	Devenir confus(e) à propos de ce que vous désiriez quand vous étiez avec d'autres personnes	1	2	3	4	5
27.	Éprouver beaucoup de hauts et de bas dans vos sentiments	1	2	3	4	5
28.	Faire des choses pour arrêter de sentir tant de pression ou de douleur à l'intérieur de vous	1	2	3	4	5
29.	Avoir des désaccords avec des gens	1	2	3	4	5
30.	Avoir l'impression de devenir quelqu'un d'autre avec certaines personnes	1	2	3	4	5
31.	Avoir été soudainement très fâché(e) puis vous sentir bien la minute d'après	1	2	3	4	5
32.	Avoir des activités sexuelles pour vous calmer	1	2	3	4	5
33.	Vous bagarrer avec des gens	1	2	3	4	5
34.	Perdre votre identité au sein d'une relation	1	2	3	4	5
35.	Devenir heureux pour de courtes périodes de temps, mais qui ne durent pas	1	2	3	4	5
36.	Faire quelque chose de spectaculaire pour vous distraire	1	2	3	4	5

SECTION 6. CONCEPT DE SOI SEXUEL

Voici une série d'énoncés qui décrivent certaines attitudes et perceptions à l'égard de la sexualité. **Encerclez** la réponse qui correspond le mieux à votre opinion personnelle.

	1 En désaccord	2 Plutôt en désaccord	3 Neutre ou partagé(e)	4 Plutôt en accord	5 En accord
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

SECTION 7. SATISFACTION SEXUELLE

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

Ma sexualité est :

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

SECTION 8. FONCTIONNEMENT SEXUEL

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

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

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

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

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

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

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facile	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Jamais excité(e)

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

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

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

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

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez difficilement	Très difficilement	Jamais

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

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

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

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facile	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	N'atteins jamais l'orgasme

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

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

5. Vos orgasmes sont-ils satisfaisants?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement satisfaisants	Très satisfaisants	Assez satisfaisants	Assez insatisfaisants	Très insatisfaisants	Ne peut atteindre l'orgasme

5a. Est-ce que votre niveau de satisfaction orgasmique vous cause de la **détresse** (p.ex., vous perturbe, vous inquiète, nuit à votre satisfaction sexuelle ou conjugale)?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 9. COMPORTEMENT SEXUEL

Voici des énoncés que certaines personnes ont utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis **encerclez** le choix de réponse qui indique le mieux jusqu'à quel point vous croyez que l'énoncé vous décrit.

	1 Pas du tout comme moi	2 Un peu comme moi	3 Plutôt comme moi	4 Tout à fait comme moi
1. Mon désir d'avoir une relation sexuelle a déjà perturbé ma vie quotidienne.	1	2	3	4
2. Parfois, je ne respecte pas mes engagements et mes responsabilités à cause de mes comportements sexuels.	1	2	3	4
3. Parfois, je suis tellement excité(e) sexuellement que je pourrais perdre le contrôle.	1	2	3	4
4. Mon appétit sexuel a déjà nui à mes relations amoureuses.	1	2	3	4
5. Mes pensées et comportements sexuels me causent des problèmes.	1	2	3	4
6. Il a été difficile pour moi de trouver des partenaires sexuel(le)s qui désirent avoir des relations sexuelles autant que je le veux.	1	2	3	4
7. Je me surprends à avoir des pensées sexuelles pendant que je suis au travail.	1	2	3	4
8. Je sens que mes pensées et mes sentiments sexuels sont plus forts que moi.	1	2	3	4
9. J'ai des pensées sexuelles plus que je ne le voudrais.	1	2	3	4
10. J'ai de la difficulté à contrôler mes pensées et comportements sexuels.	1	2	3	4

SECTION 10. ÉVÉNEMENTS STRESSANTS

Partie 1 : AVANT L'ÂGE DE 18 ANS

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

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

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

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

Un ou plusieurs frère(s) ou sœur(s) :

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

Autres expériences au cours de l'enfance

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

Expériences sexuelles

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Avant l'âge de 18 ans , j'ai eu un comportement à caractère sexuel avec un adulte ou un enfant, alors que je ne le voulais pas. | Oui | Non |
| 2. Avant l'âge de 16 ans , j'ai eu un comportement à caractère sexuel avec un(e) partenaire ayant une différence d'âge de cinq (5) ans ou plus ou qui était en position d'autorité. | Oui | Non |

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions de la section *Expériences sexuelles*, veuillez répondre aux questions suivantes. Sinon, allez directement à la *Partie 2* (page 14).

3. Quel était votre lien avec la personne impliquée? Encerclez **tout** ce qui s'applique.
- a. Père biologique ou figure paternelle (p.ex., beau-père)
 - b. Mère biologique ou figure maternelle (p.ex., belle-mère)
 - c. Partenaire(s) amoureux/se(s)
 - d. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
 - e. Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.)
 - f. Personne(s) connue(s) (ami(e) de la famille, voisin(e), enseignant(e), etc.)
 - g. Personne(s) inconnue(s), étranger(s)
4. Quel était le sexe de la (des) personne(s) impliquée(s)? Féminin Masculin
Combien de personnes ont commis ces gestes? _____
5. À quelle fréquence ces événements ont-ils eu lieu? Encerclez **tout** ce qui s'applique.
- a. 1 fois
 - b. 2 à 5 fois
 - c. 5 à 10 fois
 - d. 10 à 20 fois
 - e. 20 à 50 fois
 - f. Tellement de fois que je ne peux plus les compter
6. Pendant combien de temps cela a-t-il duré? Encerclez **tout** ce qui s'applique.
- a. 0 à 1 mois
 - b. 1 à 3 mois
 - c. 3 à 6 mois
 - d. 6 mois à 1 an
 - e. 1 à 3 ans
 - f. 3 à 5 ans
 - g. 5 ans et plus
7. Quel(s) type(s) de geste(s) sexuel(s) avez-vous subi(s)? Encerclez **tout** ce qui s'applique.
- a. Propositions verbales pour des actes sexuels
 - b. Obligation de regarder des scènes sexuelles et/ou d'abus sexuels
 - c. Victime de voyeurisme ou la personne voulait vous voir nu(e)
 - d. Attouchement(s) sexuel(s) subi(s) (avec les mains, la bouche et/ou autres)
 - e. Attouchements sexuels que vous avez pratiqués chez l'abuseur (avec les mains, la bouche)

- et/ou autres)
- f. Sexe oral (fellation(s), cunnilingus)
- g. Relation(s) vaginale(s)
- h. Relation(s) anale(s)

8. Quel était votre âge **la première fois** que cela est arrivé ? _____ la dernière fois : _____
9. Avez-vous déjà parlé à quelqu'un de ces gestes sexuels que vous avez subis ?
- a. Non, je ne les ai jamais dévoilés
 - b. Oui, à qui? _____
Combien de temps après que le geste sexuel ait été subi? _____
10. Un parent (mère ou père) non abuseur(e), aurait-il/elle pu être au courant de l'abus au moment où il s'est produit? Encerclez **tout** ce qui s'applique.
- a. Oui, mais il/elle ne m'a pas cru(e)
 - b. Oui, mais il/elle n'a rien fait
 - c. Oui, il/elle m'a cru(e)
 - d. Oui, il/elle est intervenu(e) pour me soutenir ou m'aider
 - e. Il/elle ne le savait pas
 - f. Autre, précisez : _____

Partie 2: APRÈS L'ÂGE DE 18 ANS

1. Avez-vous vécu des événements à caractère sexuel sans votre consentement **après** l'âge de 18 ans.
- a. Non - **Passez à la Section 11.**
 - b. Oui, sans contact (exhibitionnisme, voyeurisme, menaces)
 - c. Oui, avec contact (touchés, caresses)
 - d. Oui, sexe oral (fellation(s), cunnilingus)
 - e. Oui, avec pénétration (vaginale, anale)

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

2. Quel était votre lien avec la (les) personne(s) impliquée(s)? (Encerclez tout ce qui s'applique)
- a. Père biologique ou figure paternelle (p.ex., beau-père)
 - b. Mère biologique ou figure maternelle (p.ex., belle-mère)
 - c. Partenaire(s) amoureux/se(s)
 - d. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
 - e. Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.)
 - f. Personne(s) connue(s) (ami(e) de la famille, voisin(e), enseignant(e), etc.)
 - g. Personne(s) inconnue(s), étranger(s)
3. La(les) personne(s) a-t-elle (ont-elles) eu recours aux stratégies suivantes? Encerclez **tout** ce qui s'applique.
- a. Menaces
 - b. Violence
 - c. Pris avantage des effets de drogue(s) ou de l'alcool
 - d. Manipulation
 - e. Insistance
 - f. Aucune stratégie
 - g. Autre, précisez : _____

SECTION 11. SYMPTÔMES DE STRESS-POST-TRAUMATIQUE

Dans votre vie, avez-vous déjà vécu une expérience qui a été si effrayante, horrible, ou bouleversante qu'au courant du **dernier** mois, vous :

1. Avez fait des cauchemars ou pensé à cette expérience alors que vous le ne vouliez pas.	Oui	Non
2. Vous êtes efforcé(e) à ne pas y penser ou vous êtes donné(e) du mal pour éviter des situations qui vous rappellent cette expérience.	Oui	Non
3. Avez été constamment sur vos gardes, vigilant(e), ou facilement surpris(e).	Oui	Non
4. Vous êtes senti(e) engourdi(e) ou détaché(e) de vos émotions, des autres, des activités ou de votre environnement.	Oui	Non
5. Ces symptômes sont-ils en lien avec une expérience vécue à caractère sexuel sans votre consentement	Oui	Non

SECTION 12. LES EXPÉRIENCES QUOTIDIENNES

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

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

SECTION 13. LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des sept (7) derniers jours.

	3 Très souvent	2 Assez souvent	1 Parfois	0 Jamais
1. Je me suis senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir.	3	2	1	0
2. Je me suis senti(e) seul(e).	3	2	1	0
3. J'ai eu des blancs de mémoire.	3	2	1	0
4. Je me suis senti(e) découragé(e) ou j'ai eu les « bleus ».	3	2	1	0
5. Je me suis senti(e) tendu(e) ou sous pression.	3	2	1	0
6. Je me suis laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose.	3	2	1	0
7. Je me suis senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses.	3	2	1	0
8. J'ai ressenti des peurs ou des craintes.	3	2	1	0
9. J'ai eu de la difficulté à me souvenir des choses.	3	2	1	0
10. J'ai pleuré facilement ou je me suis senti(e) sur le point de pleurer.	3	2	1	0
11. Je me suis senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement.	3	2	1	0
12. Je me suis senti(e) négatif(ve) envers les autres.	3	2	1	0
13. Je me suis senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e).	3	2	1	0
14. Je me suis fâché(e) pour des choses sans importance.	3	2	1	0

SECTION 14. EXPÉRIENCE AU MONDE

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

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

SECTION 15. SOURCES DE SOUTIEN

Est-ce que vous croyez que les personnes suivantes seraient en mesure de vous **écouter**, vous **encourager** et vous **aider** si vous en aviez besoin?

	1	2	3	4			
	Je n'en ai pas	Pas du tout	Un peu	Beaucoup			
1. Un de vos parents (père et/ou mère)				1	2	3	4
2. Un frère ou une soeur				1	2	3	4
3. Un(e) ami(e)				1	2	3	4
4. Une personne significative à vos yeux				1	2	3	4
5. Votre conjoint(e)				1	2	3	4
6. Un(e) professionnel(le) de la santé (ex. psychologue, sexologue, travailleur(se) social(e), intervenant(e), médecin)				1	2	3	4

Voici différentes façons de réagir face à une situation difficile. Lisez chacun des énoncés et indiquez à quelle **fréquence** vous utilisez chacune des stratégies mentionnées.

	1	2	3	4	5			
	Jamais	Presque jamais	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours			
<i>Lorsque je vis une situation difficile...</i>								
7. Je demande conseil ou de l'aide à un(e) ami(e).				1	2	3	4	5
8. Je demande conseil ou de l'aide à un membre de ma famille.				1	2	3	4	5
9. Je demande conseil ou de l'aide à mon/ma conjoint(e).				1	2	3	4	5
10. Je demande à une personne qui a déjà vécu ce problème ce qu'il/elle ferait.				1	2	3	4	5
11. Je ne demande pas d'aide.				1	2	3	4	5
12. Je consulte un(e) professionnel(le) de la santé (ex. psychologue, sexologue, travailleur(se) social(e), intervenant(e), médecin).				1	2	3	4	5

Si vous éprouvez des difficultés, parlez-en à une personne en qui vous avez confiance ou encore à l'agente de recherche qui pourra vous référer à une ressource appropriée. De plus, n'hésitez pas à consulter la liste de ressources que nous vous remettrons pour obtenir de l'aide. En tout temps, nous demeurons disponibles pour répondre à vos questions et vous fournir de plus amples informations.

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE PARTICIPATION!

ANNEXE D : CANEVAS D'ENTREVUE

CANEVAS D'ENTREVUE INDIVIDUELLE



Avant de débiter l'entrevue

- ✓ Introduire le/la participant(e) dans l'ambiance de la recherche et de l'entrevue (présenter les objectifs, le déroulement, etc.).
- ✓ Faire lire la lettre de présentation de la recherche, répondre aux questions.
- ✓ Faire lire le formulaire de consentement.
- ✓ Résumer les modalités de l'entrevue : la durée, l'utilisation de l'enregistreuse et de la prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, ressources disponibles au cas où l'entrevue soulèverait des questionnements, des préoccupations ou des inquiétudes).
- ✓ Rappeler qu'à tout moment le/la participant(e) peut mettre fin à l'entrevue ou suspendre l'enregistrement.
- ✓ Faire signer le formulaire de consentement.

SITUATION DE VIE ACTUELLE

Pour commencer...

Pouvez-vous me parler brièvement de votre situation de vie actuelle?

- Situation conjugale/relationnelle (nature des relations amoureuses)
- Occupation / Mode de vie

TRAJECTOIRES FAMILIALES

Vous m'avez parlé de votre mode de vie en général. J'aimerais maintenant que vous me parliez de votre vie familiale lorsque vous étiez enfant et adolescent(e).

Pouvez-vous décrire vos relations (passées et actuelles) avec votre famille?

- Structure familiale (père, mère, fratrie)
- Interactions avec les membres de la famille (qualité relationnelle et affective)
- Rôles au sein de la famille
- Cohésion entre les membres de la famille
- Événements marquants (séparation, placement, abandon, autre)
- Événements abusifs (physique, sexuel, négligence, psychologique, témoin de violence)
- Contexte de départ de la maison

DÉVELOPPEMENT SEXUEL

Quel était le climat familial par rapport à la sexualité?

- Éducation sexuelle
- Permissivité, limites
- Représentations de la sexualité
- Discussion / Tabous

Parlez-moi des aspects particuliers en lien avec la sexualité à la maison?

Comment s'est manifesté votre intérêt envers sexualité lorsque vous étiez jeune?

Parlez-moi de votre toute première expérience (jeu, souvenir, etc.) en rapport à la sexualité?

Quels sont les éléments, autres que l'abus sexuel, qui ont influencé votre sexualité?

TRAJECTOIRES RELATIONNELLES ET AMOUREUSES

Pouvez-vous décrire votre première relation amoureuse significative?

- **Dynamique de couple**

Pouvez-vous me parler de votre dynamique de couple?

- **Évolution de la relation**

Pouvez-vous me parler de l'évolution de votre relation?

- **Sentiment amoureux**

Quels sont vos sentiments envers cette personne?

- **Attrait pour la personne**

Qu'est-ce qui vous attire chez cette personne?

- **Engagement / lien affectif / attachement**

Quel est votre niveau d'engagement et/ou d'attachement au sein de la relation?

Comment décririez-vous le lien qui vous unit?

- **Confiance envers ton/ta partenaire**

Quel est votre niveau de confiance envers votre partenaire?

- **Satisfactions / déceptions**

Qu'est-ce qui vous rend satisfait/e au sein de cette relation?

Quelles sont vos déceptions face à cette relation?

- **Problèmes rencontrés / sources de conflit**

Quelles sont les plus grandes difficultés rencontrées dans votre relation?

Quelles sont les principales sources de conflit dans votre relation?

- **Rupture**

Comment s'est terminée cette relation?

Raison et déroulement de la rupture (contexte)

De la même manière, parlez-moi des autres relations significatives que vous avez vécues.

** Se référer aux mêmes dimensions que pour la première relation amoureuse*

Que retenez-vous de vos relations amoureuses passées? Qu'est-ce que ces relations vous ont apporté?

- Bilan, apprentissages, leçons de vie
- Influence des relations passées sur les relations actuelles

De manière générale, quel type de rapports entretenez-vous avec les hommes / femmes?

TRAJECTOIRES SEXUELLES

Pouvez-vous me dire ce que représente la sexualité pour vous?

- **Importance de la sexualité**

Quelle importance accordez-vous à la sexualité?

Quelle place la sexualité occupe-t-elle au sein de vos relations intimes?

- **Satisfaction / Bien-être / Plaisir sexuel**

Quelles sont pour vous les bases (ingrédients) d'une sexualité satisfaisante?

Quel est votre niveau de satisfaction sexuelle?

Qu'est-ce qui est associé au bien-être et au plaisir sexuel pour vous?

- **Valeurs**

Quelles sont les valeurs que vous considérez les plus importantes sur le plan de la sexualité?

Dans quel(s) contexte(s) avez-vous des activités sexuelles?

- **Motivations sexuelles**

Habituellement, quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez des activités sexuelles?

Qu'est-ce qui vous motive à avoir une relation sexuelle avec votre partenaire?

Vous sentez-vous à l'aise d'initier des relations sexuelles avec votre partenaire?

- **Partenaires sexuels**

Avec quel(s) type(s) de partenaire(s) avez-vous des activités sexuelles?

- **Attitudes de protection et de prévention en santé sexuelle**

Quelle est votre position par rapport aux mesures contraceptives et préventives/protection?

Dans quelle mesure pouvez-vous discuter de la sexualité avec votre partenaire?

Vous sentez-vous capable d', de...

- *Exprimer librement vos préférences, besoins et désirs sexuels?*

- *Dire « Non » lorsque vous n'avez pas envie d'avoir une relation sexuelle?*

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'éprouver des difficultés liées à la sexualité?

Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage? (lesquelles, contextes, fréquence, etc.)

Est-ce qu'il y a des aspects avec lesquels vous vous sentez moins à l'aise dans votre sexualité?

RAPPORT À LA MATERNITÉ / PATERNITÉ

** Si le/la participant(e) a un/des enfant(s)*

Pouvez-vous me décrire votre évolution en tant que mère/père?

- Désir d'enfant
- Prise de décision
- Complications du processus
- Rôle parental de chacun
- Perceptions des besoins de l'enfant
- Réactions à l'enfant
- Évolution de la relation à l'enfant

Pouvez-vous me décrire comment vos préoccupations en lien avec l'abus sexuel vécu ont pu influencer votre rôle de mère/père?

- Perception de son rôle
- Perception de l'enfant
- Perception de l'entourage
- Réactions à la curiosité sexuelle de l'enfant
- Réactions aux manifestations de sexualité de l'enfant (appropriées, inappropriées)
- Anxiétés relatives à la victimisation

HISTOIRE DE VICTIMISATION

** Bloc mobile en fonction de la trajectoire du/de la participant(e)*

Comment s'est déroulée la/les situation(s) d'abus sexuel?

- Âge
- Contexte (pré, durant, post)
- Relation à l'agresseur
- Type d'abus et fréquence
- Perception de son rôle de victime
- Perception du rôle de l'agresseur
- Dévoilement et judiciarisation

Selon vous, quelles ont été les répercussions de l'abus sexuel vécu lorsque vous étiez enfant et adolescent(e)?

- Répercussions physiques, psychologiques
- Répercussions sur le comportement
- Répercussions sur la sexualité
- Sens attribué aux abus sexuels
- Réactions de la victime
- Réactions de l'agresseur
- Réactions de l'entourage
- Représentations de la sexualité

Selon vous, quelles sont les répercussions de l'abus sexuel vécu dans votre vie d'adulte?

- Expression de la sexualité (déviant et non déviant)
- Capacité à vivre intimité, relation de couple
- Perception de soi
- Perception des partenaires
- Choix de partenaires
- Identité sexuelle, orientation sexuelle
- Attitudes en rapport avec la violence (infligée ou subie)
- Représentations de la sexualité

Vous, personnellement, comment avez-vous réagi aux répercussions de l'abus sexuel dans votre vie?

- Mécanismes d'adaptation
- Stratégies (négation, évitement, projection dans l'avenir, projets)
- Remise en question
- Détresse, incapacité à se mobiliser
- Résilience

TRAJECTOIRES D'AIDE ET DE RECOURS AUX SERVICES

Est-ce qu'il vous est arrivé d'aller chercher de l'aide pour une situation difficile que tu as vécue, en lien ou non avec l'abus sexuel vécu?

Si oui, auprès de qui (amis, parents, adultes significatifs, professionnels) **et dans quel(s) type(s) de ressource(s)** (secteurs d'intervention communautaire, psychosociale, judiciaire, médicale) êtes-vous allé(e) chercher de l'aide?

Quelle est la réponse obtenue à votre demande d'aide?

- Est-ce que vous avez été satisfait(e) de la réponse obtenue et des services reçus?*
- Qu'est-ce que vous avez apprécié et moins apprécié?*
- Avez-vous l'impression que la réponse obtenue (positive ou négative) a influencé la suite de vos démarches de recherche d'aide?*

Que s'est-il passé par la suite?

Pistes d'intervention

Si vous aviez à venir en aide à un(e) autre jeune ayant été victime d'abus sexuel, quelles seraient vos recommandations ou suggestions?

Pour terminer l'entrevue

- ✓ Demander si le/la participant(e) a quelque chose à ajouter.
- ✓ Demander comment il/elle s'est senti(e) durant l'entrevue, si il/elle a trouvé les questions abordées pertinentes.
- ✓ Lui offrir la compensation financière pour frais de déplacement et lui faire signer un reçu.
- ✓ Lui remettre la liste de ressources.
- ✓ Préciser qu'il est possible qu'on communique avec lui/elle dans quelques mois pour valider le contenu de l'entrevue.

ANNEXE E : CERTIFICAT ÉTHIQUE

No. Certificat : 2017-1374

Date : 06 décembre 2022

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

Protocole de recherche

Chercheur principal : Mylène Fernet

Unité de rattachement : Département de Sexologie

Titre du protocole de recherche : « Parcours sexo-relationnels d'adultes ayant été victimes d'agression sexuelle durant l'enfance » 430-2016-00951

Source de financement (le cas échéant) : Conseil de la recherche en Sciences Humaines du Canada

Date d'approbation initiale du projet : 28 février 2017

Équipe de recherche

Cochercheurs UQAM : Monique Tardif; Natacha Godbout

Cochercheurs externes : Marie-Marthe Cousineau (UdeM)

Étudiants réalisant un projet de thèse : Amélie Gauthier Duchesne; Roxanne Guyon; Éliane Dussault

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 communiqués rapidement au comité.

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

Le présent certificat est valide jusqu'au **06 décembre 2023**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Gabrielle Lebeau

Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur

Président

ANNEXE F : GRILLE DE CODAGE

RELATIONS INTERPERSONNELLES	HISTOIRE DE VICTIMISATION	TRAJECTOIRES D'ADAPTATION
<p>Structure familiale (enfant)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation familiale (habite avec qui, nombre frère et sœur) • Dynamique familiale (autoritaire, conventionnelle, libertine) • Caractéristiques familiales <p>Relations familiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relation avec les parents • Relation à la mère • Relation au père (ou beau-père) • Relation à la fratrie (frère/sœur, demi) • Relation entre les parents • Relation avec la famille élargie (cousin(e)s, tantes, oncles, etc.) <p>Relation avec les pairs</p> <p>Événements marquants (p/r aux relations interpersonnelles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séparation • Décès • Maladie • Placement • Abandon 	<p>Caractéristiques de l'ASE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte (âge, identité de l'agresseur, fréquence/durée, fin des ASE) • Type d'abus (exposition à la pornographie, exhibitionnisme, touchers, pénétration) • Réactions (ne pas savoir comment réagir, se débattre, s'isoler, ne pas dormir de la nuit) • Stratégies de l'agresseur (manipulation, menaces, cadeaux, drogues) • Témoin (présence de témoin ou pas de témoins autre victime, feeling de l'entourage) <p>Relation à l'agresseur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lien affectif (présence ou absence, avant ou après) • Confrontation (ce que la victime lui a dit ou aurait aimé lui dire, discussion sur l'ASE) • Perception de l'agresseur (quelqu'un de bien, manipulateur, ne se sent pas coupable) 	<p>Déni (doute s'il y a eu AS, oubli, banalisation/minimisation, blocages/dissociation)</p> <p>Évitement (isolement, fuite dans l'imaginaire, décrochage scolaire, consommation alcool/drogues)</p> <p>Prise de conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> • De l'ASE (la personne se rend compte qu'elle a été victime) • Des répercussions (prend conscience des répercussions dans sa vie) <p>Résignation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'impuissance • Abandon/capitulation • Victimisation/apitoiement • Sentiment d'injustice <p>Acceptation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprivoiser les répercussions • Deuil (de sa relation avec l'agresseur, d'une enfance heureuse) • Pardon • Compréhension (raison(s) de l'ASE)

Événements abusifs

- Négligence
- Témoin de violence
- Victime de violence
- Auteur de violence
- Intoxication (se faire droguer)
- Intimidation
- Auteurs de violence

Départ de la maison familiale

- Contexte de départ
- Raison du départ
- Moment du départ

DÉVELOPPEMENT SEXUEL

Climat familial p/r à la sexualité

- Limites
- Valeurs
- Discussion
- Sujet tabou
- Témoin (sexualité des parents)

Éducation sexuelle (par les parents, les amis, la porno)

Perception de l'ASE

- De son ASE (associe à son père)
- Prédilection
- Des AS en général (sur les victimes, sur les agresseurs, climat social)

Répercussions de l'ASE

- Physiques (cancer du sein)
- Psychologiques (détresse psychologique, affirmation de soi, culpabilité, honte, flashbacks)
- Comportementales (troubles alimentaires, violent, prise de risque, tentative de suicide)
- Sexuelles (corps sexué, regard des autres)
- Familiales (rupture familiale)
- Relationnelles (perte de contact, difficultés avec les hommes ou les femmes)
- Économique (difficulté à maintenir un emploi)
- Aucune

Dévoilement

- Absence de dévoilement
- Tentative de dévoilement
- Barrières (peur de ne pas être cru)
- Élément déclencheur (une fois plus grave, quelqu'un à qui dévoiler)
- Contexte (qui, quand, comment, objectif)
- Réactions (soutien parental, pairs, amoureux, réaction de l'agresseur)
- Suites du dévoilement
- Bénéfices

Stratégies d'approche

- Moyens utilisés (en parler, animaux, prendre du temps pour soi, écriture)
- Travail sur soi (ne pleure plus, est la personne qu'elle est devenue, introspection)
- Découvrir ses ressources/son potentiel (avoir une meilleure estime de soi, s'accepter, comme partenaire amoureux ou sexuel)
- Donner un sens à sa vie

Résilience (changements apportés, comment la personne s'en sort)

<p>Première expérience sexuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durant l'enfance • Avec partenaire <p>Intérêt envers la sexualité</p>	<p>Revictimisation (adulte)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'AS • Répercussions (physique, psychologique, sexuelle, etc.) • Dévoilement 	
--	---	--

TRAJECTOIRES RELATIONNELLES	TRAJECTOIRES SEXUELLES	RAPPORT À LA PARENTALITÉ
<p>Situation conjugale actuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut conjugal (en couple, fréquentation, célibataire, polyamour) • Raisons (par choix, n'arrive pas à rencontrer quelqu'un ou à rester dans une relation) • Situation souhaitée (aimerait être en couple, aimerait être avec tel type de personne, préférence) <p>Relations intimes</p>	<p>Représentations de la sexualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception de la sexualité (plaisir, amour, consommation, être à l'aise, douloureux) • Importance de la sexualité • Valeurs p/r à la sexualité <p>Soi sexuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identité sexuelle • Orientation sexuelle • Rapport à la féminité/masculinité • Image corporelle (cicatrice, malformation) <p>Pratiques sexuelles</p>	<p>Désir d'enfant</p> <p>Rôle de parent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation familiale (nb d'enfant(s), garde partagée) • Grossesse • Perception parentalité (contrat, facile, difficile) • Réaction à la naissance • Perception des besoins de l'enfant • Relation aux enfants • Préoccupations liées à l'AS (peur que l'enfant soit victime) <p>Influence de l'ASE sur la parentalité (incapacité, difficulté qui a une répercussion sur l'enfant)</p>

- Rencontre/début (ami, dans un party, Internet)
- Durée
- Attirance envers l'autre
- Sentiment amoureux
- Attachement amoureux (fusion, indépendance/dépendance, différenciation)
- Dynamique de couple (humour, complicité, interaction, respect, honnêteté, contrôle, soumission/domination, répartition des tâches)
- Confiance
- Engagement (évolution du statut relationnel)
- Intimité
- Bien-être (être heureux dans la relation, ne pas se sentir bien)
- Satisfactions
- Déceptions (faire le deuil de la relation)
- Choix de partenaires
- Patrons relationnels
- Apprentissages/leçons
- Célibat (avoir été célibataire)

Communication

- Affirmation de soi
- Expression de ses besoins
- Expression de ses émotions
- Dévoilement/confidences
- Expression de ses sentiments (dire je t'aime, embrasser, enlacer)

- Types de comportement (sexe oral, avec ou sans pénétration, masturbation, BDSM, pratiques dénigrantes, paraphilie)
- Inhibition sexuelle
- Pornographie
- Fantasmes
- Compulsion sexuelle
- Partenaires multiples (plusieurs partenaires réguliers, nombreux partenaires)
- Comportements à risque
- Prostitution (sexualité en échange d'argent, de logement, de drogue)
- Aisance (malaises, pratiques sexuelles, partie de son corps)

Contexte des relations sexuelles

- Motivations sexuelles (besoins affectifs, besoins physiques, faire plaisir au/à la partenaire)
- Types de partenaires
- Consommation alcool/drogue
- Moment/Endroit (matin, soir)

Santé sexuelle

- Satisfaction sexuelle
- Réponse sexuelle (positive)
- Difficultés sexuelles (douleur, sécheresse, éjaculation précoce, pense trop à la sexualité)
- Difficultés du partenaire (dysfonction du partenaire, écart de désir)
- ITSS (infections urinaires, test de dépistage)

TRAJECTOIRES D'AIDE

Recherche d'aide

- Perception des besoins d'aide (écoute, conseils, pas besoin d'aide)
- Soutien social (amis, famille)
- Secteur communautaire (CALACS, CRIPHASE)
- Secteur psychosocial (sexologue, psychologue)
- Secteur judiciaire (plainte à la police, accusation, tribunal, recours collectif)
- Secteur médical
- Autre (IVAC)
- Processus
- Satisfactions/Déceptions
- Réponse obtenue (attentes)

Pistes d'intervention

- Recommandations aux victimes
- Recommandations à l'entourage
- Recommandations à l'agresseur

Difficultés relationnelles

- Sources de difficultés (chicane, difficulté à s'engager, difficultés sexuelles, infidélité, méfiance)
- Gestion des conflits

Rupture

- Déroulement (qui a décidé de rompre, comment ça s'est passé)
- Raisons (violence, peur de s'engager)
- Émotions vécues
- Relation post-séparation (rester amis, absence de contact, sexualité, un qui essaie de revoir l'autre)
- Suite de la rupture (adaptation, comment s'en remettre, prise de conscience)

Violence conjugale

- Violence subie (psychologique, physique, économique)
- Violence sexuelle subie (exploitation)
- Violence infligée (psychologique, physique, sexuelle, économique)
- Violence bidirectionnelle
- Violence post-séparation
- Attitudes p/r à la violence
- Répercussions
- Stratégies d'adaptation

- Contraception (types, raisons, etc.)
- Avortement
- Désir sexuel (lorsque ce n'est pas une difficulté)

Communication sexuelle

- Initier les relations sexuelles
- Parler de sexualité (avec son partenaire)
- Expression des désirs (préférences, envies, besoins sexuels)
- Expression des limites (capable de dire non)

- Recommandations institutionnelles (gouvernement, éducation, financement)

TRAJECTOIRES DE VIE

Parcours de vie

- Parcours scolaire
- Parcours religieux
- Parcours professionnel (type d'emploi, ambiance de travail, relation avec les collègues)
- Loisirs (sport, musique)

- Parcours résidentiel (lieux d'habitation, pays de naissance, milieu urbain ou rural)
- Personnalité (opinion, valeurs, perception des choses/de la vie)
- Événements marquants (itinérance, maladie)
- Rêve/Objectif de vie
- Problèmes de santé mentale ou physique (tentative de suicide, borderline, dépression)
- Comportements à risque (délinquance, fugue, etc.)

AUTRE

- Perception de la recherche
- Non certain
- Non pertinent

ANNEXE G : AVIS FINAL DE CONFORMITÉ



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2017-1374

Date : 20 avril 2023

Nom de l'étudiant.e : Roxanne Guyon (GUYR26569101)

Titre du projet : Être ou ne pas être sexuel ? : Le concept de soi sexuel comme composante-clé du fonctionnement sexuel et adaptatif d'adultes survivant.e.s d'agression sexuelle à l'enfance

Programme d'étude : Doctorat en sexologie (1595)

Unité de rattachement : Département de Sexologie

Direction de recherche : Mylène Fernet (directrice principale) et Natacha Godbout (co-directrice)

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Roxanne Guyon** a réalisé sa thèse de doctorat sous la direction de Mylène Fernet conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2017-1374.

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

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

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2023-04-20 à 11:02

ANNEXE H : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2017-1374

Date : 25 octobre 2023

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

Protocole de recherche

Chercheur principal : Mylène Fernet

Unité de rattachement : Département de Sexologie

Titre du protocole de recherche : « Parcours sexo-relationnels d'adultes ayant été victimes d'agression sexuelle durant l'enfance » 430-2016-00951

Source de financement (le cas échéant) : Conseil de la recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH)

Date d'approbation initiale du projet : 28 février 2017

Équipe de recherche

Cochercheurs UQAM : Monique Tardif; Natacha Godbout

Cochercheurs externes : Marie-Marthe Cousineau (UdeM)

Étudiants réalisant un projet de thèse : Amélie Gauthier Duchesne; Roxanne Guyon; Éliane Dussault

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 communiqués rapidement au comité.

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

Le présent certificat est valide jusqu'au **06 décembre 2024**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2023-10-25 à 19:31

RÉFÉRENCES

- Aaron, M. (2012). The pathways of problematic sexual behavior: A literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(3), 199-218. <https://doi.org/10.1080/10720162.2012.690678>
- Abele, A. E., et Wojciszke, B. (2014). Communal and agentic content in social cognition: A dual perspective model. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 50, pp. 195-255). Academic Press.
- Afifi, T. O., et MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/0706743711105600505>
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., et Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 260-283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- Alaggia, R., et Millington, G. (2008). Male child sexual abuse: A phenomenology of betrayal. *Clinical Social Work Journal*, 36(3), 265-275. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0144-y>
- Anderson, R. E., Cahill, S. P., et Delahanty, D. L. (2018). The psychometric properties of the Sexual Experiences Survey–Short Form Victimization (SES-SFV) and characteristics of sexual victimization experiences in college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(1), 25. <https://doi.org/10.1037/men0000073>
- Andersen, B. L., et Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1079>
- Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., et Espindle, D. (1999). Men's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 645. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.4.645>
- Anguera, M. T., Blanco-Villasenor, A., Losada, J. L., Sánchez-Algarra, P., et Onwuegbuzie, A. J. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name?. *Quality & Quantity*, 52, 2757-2770. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
- Antičević, V., Jokić-Begić, N., et Britvić, D. (2017). Sexual self-concept, sexual satisfaction, and attachment among single and coupled individuals. *Personal Relationships*, 24(4), 858-868. <https://doi.org/10.1111/pere.12217>

- Arias, B. J., et Johnson, C. V. (2013). Voices of healing and recovery from childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(7), 822-841. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.830669>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Banyard, V. L., et Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 275-290. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.016>
- Batchelder, A. W., Safren, S. A., Coleman, J. N., Boroughs, M. S., Thiim, A., Ironson, G. H., Shipherd, J. C., et O'Cleirigh, C. (2021). Indirect Effects From Childhood Sexual Abuse Severity to PTSD: The Role of Avoidance Coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9–10), NP5476–NP5495. <https://doi.org/10.1177/0886260518801030>
- Bennett, S. E., Hughes, H. M., et Luke, D. A. (2000). Heterogeneity in patterns of child sexual abuse, family functioning, and long-term adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(2), 134-157. <https://doi.org/10.1177/088626000015002002>
- 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>
- Bigras, N., Bosisio, M., Daspe, M. È., et Godbout, N. (2020). Who am I and what do I need? Identity difficulties as a mechanism of the link between childhood neglect and adult sexual disturbances. *International Journal of Sexual Health*, 32(3), 267-281. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1796881>
- Bigras, N., Godbout, N., et Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464-483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., et Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444-454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Nolin, M. C., et Bergeron, S. (2021). Associations between childhood sexual abuse and sexual well-being in adulthood: A systematic literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 332-352. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825148>
- Bird, E. R., Seehuus, M., Clifton, J., et Rellini, A. H. (2014). Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 43(5), 953-964. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0191-0>

- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., et Miyoshi, D. K. (2007). Social desirability effects on computerized and paper-and-pencil questionnaires. *Computers in Human Behavior*, 23(1), 463-477. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.10.020>
- Briere, J. (1995). *Trauma symptom inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: PAR.
- Briere, J., et Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 515-527. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2) manual*. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Buzwell, S., et Rosenthal, D. (1996). Constructing a sexual self: Adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*, 6(4), 489-513.
- Byers, E. S., et Macneil, S. (2006). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(1), 53-69. <https://doi.org/0.1080/00926230500232917>
- Byers, E. S., O'Sullivan, L. F., et Hughes, K. (2019). Sexual functioning of late adolescents and young adults in relationships: association with individual characteristics and relationship factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1626982>
- Calhoun, L. G., Cann, A., et Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., et McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>
- Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L., et Fernandes, A. (2016). Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 260-263. <https://doi.org/0.1016/j.ijgo.2016.01.024>
- Castro, Á., Ibáñez, J., Maté, B., Esteban, J., et Barrada, J. R. (2019). Childhood sexual abuse, sexual behavior, and revictimization in adolescence and youth: a mini review. *Frontiers in Psychology*, 10, 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02018>

- Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D., et Coates, T. J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin*, *108*(3), 339. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.339>
- Choate, L. H. (2012). Sexual trauma: an ecological approach to conceptualization and treatment. *Trauma Counseling: Theories and Interventions*, 116-131.
- Chouliara, Z., Karatzias, T., et Gullone, A. (2014). Recovering from childhood sexual abuse: A theoretical framework for practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(1), 69-78. <https://doi.org/10.1111/jpm.12048>
- Chu, J. A. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *1*(3), 259.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., et Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(2), 103-129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Coleman, E., Horvath, K. J., Miner, M., Ross, M. W., Oakes, M., Rosser, B. S., et Men's INternet Sex (MINTS-II) Team. (2010). Compulsive sexual behavior and risk for unsafe sex among internet using men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 1045-1053. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9507-5>
- Conley, T. D., et Garza, M. R. (2011). Gender and sequelae of child versus adult onset of sexual victimization: Body mass, binge eating, and promiscuity. *Journal of Applied Social Psychology*, *41*(11), 2551-2572. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00828.x>
- Connell, R. (2014). Rethinking gender from the South. *Feminist Studies*, *40*(3), 518-539. <https://doi.org/10.1353/fem.2014.0038>
- Crable, A. R., Underwood, L. A., Parks-Savage, A., et Maclin, V. (2013). An examination of a gender-specific and trauma-informed training curriculum: implications for providers. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*(4), 30. <https://doi.org/10.1037/h0100964>
- Crete, G. K., et Singh, A. A. (2015). Resilience strategies of male survivors of childhood sexual abuse and their female partners: A phenomenological inquiry. *Journal of Mental Health Counseling*, *37*(4), 341-354. <https://doi.org/10.17744/mehc.37.4.05>
- Creswell, J. W., et Zhang, W. (2009). The application of mixed methods designs to trauma research. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, *22*(6), 612-621. <https://doi.org/10.1002/jts.20479>
- Cross, S. E., et Madson, L. (1997). Models of the self: self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, *122*(1), 5. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.1.5>

- DeLamater, J., et Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current Psychiatry Reports, 11*(1), 6-11.
- Denov, M. S. (2004). The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: A qualitative study of male and female victims. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(10), 1137-1156. <https://doi.org/10.1177/0886260504269093>
- Deutsch, A. R., Hoffman, L., et Wilcox, B. L. (2014). Sexual self-concept: Testing a hypothetical model for men and women. *The Journal of Sex Research, 51*(8), 932-945. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.805315>
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., et Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review, 16*(7), 619-639. [https://doi.org/0.1016/S0272-7358\(96\)00018-9](https://doi.org/0.1016/S0272-7358(96)00018-9)
- Dixon-Woods, M. (2011). Using framework-based synthesis for conducting reviews of qualitative studies. *BMC Medicine, 9*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-39>
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Draucker, C. B., Martsolf, D. S., Roller, C., Knapik, G., Ross, R., et Stidham, A. W. (2011). Healing from childhood sexual abuse: A theoretical model. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(4), 435-466. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.588188>
- Draucker, C. B., Martsolf, D. S., Ross, R., Cook, C. B., Stidham, A. W., et Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: A qualitative metasynthesis. *Research in Nursing & Health, 32*(4), 366-378. <https://doi.org/10.1002/nur.20333>
- Easton, S. D. (2014). Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 243-251. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.020>
- Easton, S. D., Coohy, C., O'leary, P., Zhang, Y., et Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence, 26*(1), 41-50. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9340-6>
- Easton, S. D., Leone-Sheehan, D. M., Sophis, E. J., et Willis, D. G. (2015). "From that moment on my life changed": Turning points in the healing process for men recovering from child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(2), 152-173. <https://doi.org/0.1080/10538712.2015.997413>
- Easton, S. D., Saltzman, L. Y., et Willis, D. G. (2014). "Would you tell under circumstances like that?": Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men & Masculinity, 15*(4), 460. <https://doi.org/10.1037/a0034223>

- Elo, S., et Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Faulkner, S. L., et Trotter, S. P. (2017). Data saturation. *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*, 1-2. <https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0060>
- Feiring, C., Taska, L., et Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 767-782. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00064-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00064-6)
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., et Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Fernet, M., Hébert, M., Gascon, S., et Lacelle, C. (2012). Agression sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence. *L'agression sexuelle envers les enfants*, 2, 131-170.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., et Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Finkelhor, D., et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., et Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90077-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90077-7)
- Fletcher, K. (2021). A systematic review of the relationship between child sexual abuse and substance use issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 258-277. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1801937>
- Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., et Mauss, I. B. (2018). The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(6), 1075–1092. <https://doi.org/10.1037/pspp0000157>
- Fortier, M. A., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., Peugh, J., DeNardi, K. A., et Gaffey, K. J. (2009). Severity of child sexual abuse and revictimization: The mediating role of coping and trauma symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 33(3), 308-320. doi : 10.1177/036168430903300306
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic behind forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Garcia, L. T. (1999). The certainty of the sexual self-concept. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8(4), 263-263.
- Gartner, R. B. (2005). *Beyond betrayal: Taking charge of your life after boyhood sexual abuse*. John Wiley & Sons.
- Gewirtz-Meydan, A., et Godbout, N. (2023). Between pleasure, guilt, and dissociation: how trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 141, 106195. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106195>
- Gewirtz-Meydan, A., et Lahav, Y. (2021). Childhood sexual abuse and sexual motivations—the role of dissociation. *The Journal of Sex Research*, 58(9), 1151-1160. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1808564>
- Gewirtz-Meydan, A., et Ofir-Lavee, S. (2020). Addressing sexual dysfunction after childhood sexual abuse: A clinical approach from an attachment perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(1), 43-59. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1801543>
- Gewirtz-Meydan, A., et Opuda, E. (2022). The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 265-277. <https://doi.org/10.1177/1524838020939134>
- Giugliano, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(4), 361-375. <https://doi.org/10.1080/10720160601011273>
- Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É., et Hébert, M. (2020). 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., Briere, J., Sabourin, S., et Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H., et Briere, J. (2013). Childhood trauma and couple relationships. *Integrating Science and Practice*, 3(2), 14-17.
- Gold, S. N., et Heffner, C. L. (1998). Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 367-381. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00051-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00051-2)
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807-1.pdf>
- Grave, R., Teixeira, T., Teixeira, P. M., Marques, A. M., et Nogueira, C. (2020). A meta-synthesis about the study of men's sexual behavior through the lens of hegemonic masculinity. *PSICOLOGIA*, 34(2), 225–244. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1661>

- Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., et Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*, *104*, 104481. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
- Guyon, R., Fernet, M., Girard, M., Cousineau, M. M., Tardif, M., et Godbout, N. (2023). Who am I as a sexual being? The role of sexual self-concept between dispositional mindfulness and sexual satisfaction among child sexual abuse survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(7-8), 5591-5612. <https://doi.org/10.1177/08862605221123290>
- Guyon, R., Fernet, M., et Hébert, M. (2021). Relational and sexual experiences of betrayal from the point of view of sexually victimized young women. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(21-22), NP11506–NP11530. <https://doi.org/10.1177/0886260519888197>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., et Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, *6*(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., et Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hall, K. (2008). Childhood sexual abuse and adult sexual problems: A new view of assessment and treatment. *Feminism & Psychology*, *18*(4), 546-556. <https://doi.org/10.1177/0959353508095536>
- Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M., et Berry, A. (2016). The nature of posttraumatic growth in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(2), 201-220. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1119773>
- Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., et Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of Quebec high school students: prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(12), 846-854. <https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., et Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, *11*(3), 203-216. <https://doi.org/10.1177/1077559506287866>
- Hensel, D. J., Fortenberry, J. D., O'Sullivan, L. F., et Orr, D. P. (2011). The developmental association of sexual self-concept with sexual behavior among adolescent women. *Journal of Adolescence*, *34*(4), 675-684. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.09.005>
- Hesse-Biber, S. N. (2007). The practice of feminist in-depth interviewing. *Feminist Research Practice: A primer*, *111148*, 111-138. <https://doi.org/10.4135/9781412984270.n5>

- Hitter, T. L., Adams, E. M., et Cahill, E. J. (2017). Positive sexual self-schemas of women survivors of childhood sexual abuse. *The Counseling Psychologist*, 45(2), 266-293. <https://doi.org/10.1177/0011000017697194>
- Homma, Y., Wang, N., Saewyc, E., et Kishor, N. (2012). The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.032>
- Howard, M. C., et Hoffman, M. E. (2018). Variable-centered, person-centered, and person-specific approaches: Where theory meets the method. *Organizational Research Methods*, 21(4), 846-876. <https://doi.org/10.1177/1094428117744021>
- Howard Sharp, K. M., Schwartz, L. E., Barnes, S. E., Jamison, L. E., Miller-Graff, L. E., et Howell, K. H. (2017). Differential influence of social support in emerging adulthood across sources of support and profiles of interpersonal and non-interpersonal potentially traumatic experiences. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(7), 736-755. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1289999>
- Hsieh, H. F., et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jacob, C. M. A., et Veach, P. M. (2005). Intrapersonal and familial effects of child sexual abuse on female partners of male survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 284. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.284>
- Jeong, S., et Cha, C. (2019). Healing from childhood sexual abuse: a meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1574945>
- Johnson, J. L., Adkins, D., et Chauvin, S. (2020). A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1). <https://doi.org/10.5688/ajpe7120>
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., et Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 385-397. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6203_1
- Kalichman, S. C., et Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 586-601. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Katz, J., et Tirone, V. (2009). Women's sexual compliance with male dating partners: Associations with investment in ideal womanhood and romantic well-being. *Sex Roles*, 60, 347-356. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9566-4>

- Kelley, E. L., et Gidycz, C. A. (2015). Differential relationships between childhood and adolescent sexual victimization and cognitive–affective sexual appraisals. *Psychology of Violence*, 5(2), 144. <https://doi.org/10.1037/a0038854>
- Kendall-Tackett, K. (2012). The long-term health effects of child sexual abuse. *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment*, 49-67. <https://doi.org/10.1002/9781118094822.ch3>
- Ketring, S. A., et Feinauer, L. L. (1999). Perpetrator-victim relationship: Long-term effects of sexual abuse for men and women. *American Journal of Family Therapy*, 27(2), 109-120. <https://doi.org/10.1080/019261899262005>
- Kia-Keating, M., Grossman, F. K., Sorsoli, L., et Epstein, M. (2005). Containing and Resisting Masculinity: Narratives of Renegotiation Among Resilient Male Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(3), 169. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.6.3.169>
- Kia-Keating, M., Sorsoli, L., et Grossman, F. K. (2010). Relational challenges and recovery processes in male survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 666-683. <https://doi.org/10.1177/0886260509334411>
- Kilimnik, C. D., Boyd, R. L., Stanton, A. M., et Meston, C. M. (2018). Identification of nonconsensual sexual experiences and the sexual self-schemas of women: Implications for sexual functioning. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 1633-1647. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1229-0>
- Kilimnik, C. D., et Meston, C. M. (2021). Sexual shame in the sexual excitation and inhibition propensities of men with and without nonconsensual sexual experiences. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 261-272. <https://doi.org/10.1037/tra0000506>
- King, B. M., Duncan, L. M., Clinkenbeard, K. M., Rutland, M. B., et Ryan, K. M. (2019). Social Desirability and Young Men’s Self-Reports of Penis Size. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-4. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1533905>
- Kmet, L. M., Cook, L. S., et Lee, R. C. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. <https://doi.org/10.7939/R37M04F16>
- Kong, L. V., Ting, R. S. K., Chung, K. R., Hidayat, W., Ooi, W. L., et Goh, P. H. (2023). Bidimensional self-esteem and sexual functioning among young adults: A systematic review. *Current Psychology*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04699-7>
- Kouvelis, G., et Kangas, M. (2021). Evaluating the association between interpersonal trauma and self-identity: A systematic review. *Traumatology*, 27(2), 118. <https://doi.org/10.1037/trm0000325>

- Krahé, B., et Berger, A. (2017). Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 63, 261-272. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.004>
- Kuzma, J. M., et Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
- Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M. P., & Sabourin, S. (2018). Adult profiles of child sexual abuse survivors: attachment insecurity, sexual compulsivity, and sexual avoidance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(4), 354-369. doi: 10.1080/0092623X.2017.1405302
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., et Tremblay, R. E. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 247-259. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.011>
- Lanius, R. A., Terpou, B. A., et McKinnon, M. C. (2020). The sense of self in the aftermath of trauma: Lessons from the default mode network in posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1807703. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807703>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing.
- Lemieux, S. R., et Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x>
- Liddon, L., Kinglerlee, R., et Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42-58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., et Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 977-988. <https://doi.org/10.1002/jts.20276>
- Livingston, J. A., Testa, M., et VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13(3), 298-313. <https://doi.org/10.1177/1077801206297339>

- Loeb, T. B., Gaines, T., Wyatt, G. E., Zhang, M., et Liu, H. (2011). Associations between child sexual abuse and negative sexual experiences and revictimization among women: Does measuring severity matter?. *Child Abuse & Neglect*, 35(11), 946-955. <https://doi.org/0.1016/j.chiabu.2011.06.003>
- Loeb, T. B., Rivkin, I., Williams, J. K., Wyatt, G. E., Carmona, J. V., et Chin, D. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 307-345. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559808>
- Lopez, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., et Fernández, M. I. (2017). Impact of childhood sexual abuse on the sexual and affective relationships of adult women. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Lubke, G. H., et Muthén, B. (2005). Investigating population heterogeneity with factor mixture models. *Psychological Methods*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.10.1.21>
- Maas, M. K., et Lefkowitz, E. S. (2015). Sexual esteem in emerging adulthood: Associations with sexual behavior, contraception use, and romantic relationships. *The Journal of Sex Research*, 52(7), 795-806. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.945112>
- MacIntosh, H. B., Fletcher, K., et Ainsworth, L. (2019). Measuring Mentalizing in Emotionally Focused Therapy for Couples With Childhood Sexual Abuse Survivors and Their Partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 18(4), 303-329. <https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1590274>
- Maffly-Kipp, J., Flanagan, P., Kim, J., Schlegel, R. J., Vess, M., et Hicks, J. A. (2020). The role of perceived authenticity in psychological recovery from collective trauma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(5), 419-448. <https://doi.org/10.1521/jscp.2020.39.5.419>
- Maltz, W. (2012). *The sexual healing journey: A guide for survivors of sexual abuse*. New York, NY: William Morrow.
- Mathews, B., et Collin-Vezina, D. (2016). Child sexual abuse: Raising awareness and empathy is essential to promote new public health responses. *Journal of Public Health Policy*, 37(3), 304-314. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.21>
- McCallum, E. B., Peterson, Z. D., et Mueller, T. M. (2012). Validation of the traumatic sexualization survey for use with heterosexual men. *Journal of Sex Research*, 49(5), 423-433. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.585524>
- McGahuey, A. A., Gelenberg, C. J., Laukes, A. F., Moreno, P., Delgado, K. L., McKnight, R. M. et Manber, C. (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>

- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., et Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(3), 1089-1098. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>
- Messman-Moore, T. L., et Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, *23*(4), 537-571. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00203-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00203-9)
- Meston, C. M., et Heiman, J. R. (2000). Sexual abuse and sexual function: an examination of sexually relevant cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(3), 399. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.399>
- Meston, C. M., Heiman, J. R., et Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, *36*(4), 385-395. <https://doi.org/10.1080/00224499909552011>
- Meston, C. M., Rellini, A. H., et Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(2), 229. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.229>
- Meyer, D., Cohn, A., Robinson, B., Muse, F., et Hughes, R. (2017). Persistent complications of child sexual abuse: Sexually compulsive behaviors, attachment, and emotions. *Journal of Child Sexual Abuse*, *26*(2), 140-157. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1269144>
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(1), 48-76. <https://doi.org/10.1177/2345678906292462>
- Morrow, S. L., et Smith, M. L. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, *42*(1), 24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.1.24>
- Murray, S. H. (2018). Heterosexual men's sexual desire: Supported by, or deviating from, traditional masculinity norms and sexual scripts?. *Sex Roles*, *78*, 130-141. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0766-7>
- Murnen, S. K., Wright, C., et Kaluzny, G. (2002). If "boys will be boys," then girls will be victims? A meta-analytic review of the research that relates masculine ideology to sexual aggression. *Sex roles*, *46*, 359-375. <https://doi.org/10.1023/A:1020488928736>
- Murtagh, F., et Legendre, P. (2014). Ward's hierarchical agglomerative clustering method: which algorithms implement Ward's criterion?. *Journal of Classification*, *31*(3), 274-295. <https://doi.org/10.1007/s00357-014-9161-z>
- Muthén, B., et Muthén, L. K. (2004). MPLUS: User's guide (3rd ed.). Los Angeles: Author.

- Naderifar, M., Goli, H., et Ghaljaie, F. (2017). Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3). <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., et Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 517-526. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-6277-6>
- Negriff, S., Schneiderman, J. U., et Trickett, P. K. (2015). Child maltreatment and sexual risk behavior: Maltreatment types and gender differences. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 36(9), 708. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000204>
- Newsom, K., et Myers-Bowman, K. (2017). “I am not a victim. I am a survivor”: Resilience as a journey for female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(8), 927-947. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1360425>
- Niehaus, A. F., Jackson, J., et Davies, S. (2010). Sexual self-schemas of female child sexual abuse survivors: Relationships with risky sexual behavior and sexual assault in adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1359-1374. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9600-9>
- Noble, H., et Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 34-35. <https://dx.doi.org/10.1136/eb-2015-102054>
- Ochocka, J., Nelson, G., et Janzen, R. (2005). Moving forward: negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 315. <https://doi.org/10.2975/28.2005.315.322>
- O’Leary, P., Easton, S. D., et Gould, N. (2017). The effect of child sexual abuse on men: Toward a male sensitive measure. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(3), 423-445. <https://doi.org/10.1177/0886260515586362>
- Orchowski, L. M., Untied, A. S., et Gidycz, C. A. (2013). Social reactions to disclosure of sexual victimization and adjustment among survivors of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(10), 2005-2023. <https://doi.org/10.1177/0886260512471085>
- Orcutt, H. K., Cooper, M. L., et Garcia, M. (2005). Use of sexual intercourse to reduce negative affect as a prospective mediator of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(6), 729-739. <https://doi.org/10.1002/jts.20081>
- Paillé, P. (1994). L’analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche Sociologique* (23), 147-181.

- Palaganas, E. C., Sanchez, M. C., Molintas, M., Visitacion, P., et Caricativo, R. D. (2017). Reflexivity in qualitative research: A journey of learning. *The Qualitative Report*, 22(2), 426-438.
- Parsons, J. T., Rendina, H. J., Moody, R. L., Ventuneac, A., et Grov, C. (2015). Syndemic production and sexual compulsivity/hypersexuality in highly sexually active gay and bisexual men: Further evidence for a three group conceptualization. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1903-1913. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0574-5>
- Perera, B., Reece, M., Monahan, P., Billingham, R., et Finn, P. (2009). Childhood characteristics and personal dispositions to sexually compulsive behavior among young adults. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(2), 131-145. <https://doi.org/0.1080/10720160902905421>
- Phanichrat, T., et Townshend, J. M. (2010). Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(1), 62-78. <https://doi.org/10.1080/10538710903485617>
- Plant, M., Plant, M., et Miller, P. (2005). Childhood and adult sexual abuse: Relationships with 'addictive' or 'problem' behaviours and health. *Journal of Addictive Diseases*, 24(1), 25-38. https://doi.org/10.1300/J069v24n01_03
- Pluye, P., Bengoechea, E. G., Tang, D. L., et Granikov, V. (2019). La pratique de l'intégration en méthodes mixtes. Dans *Évaluation des Interventions de Santé Mondiale*. Éditions science et bien commun et IRD Éditions.
- Pole, K. (2007). Mixed method designs: A review of strategies for blending quantitative and qualitative methodologies. *Mid-Western Educational Researcher*, 20(4), 35-38.
- Potki, R., Ziaei, T., Faramarzi, M., Moosazadeh, M., et Shahhosseini, Z. (2017). Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electronic Physician*, 9(9), 5172. <https://doi.org/10.19082/5172>
- Pulverman, C. S., et Meston, C. M. (2020). Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(3), 291. <https://doi.org/10.1037/tra0000506>
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., et Meston, C. M. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188-200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- QSR. (2018). *NVivo12 pro*. Author.
- Reed, G. M., First, M. B., Billieux, J., Cloitre, M., Briken, P., Achab, S., Brewin, C.R, King, D.L., Kraus, S.W., et Bryant, R. A. (2022). Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: Complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*, 21(2), 189-213. <https://doi.org/10.1002/wps.20960>

- Reid, J. M., Arnold, E., Rosen, S., Mason, G., Larson, M. J., Murphy, T. K., et Storch, E. A. (2011). Hoarding behaviors among nonclinical elderly adults: Correlations with hoarding cognitions, obsessive-compulsive symptoms, and measures of general psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1116-1122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.002>
- Rellini, A. H., et Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 351-362. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9694-0>
- Roller, C., Martsof, D. S., Draucker, C. B., et Ross, R. (2009). The sexuality of childhood sexual abuse survivors. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 49-60. <https://doi.org/10.1080/19317610802661870>
- Rosenberg, M. (1979). Society and the Adolescent self-image: conceiving the self. *New York: Basic Book, inc.*
- Roth, S., et Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Rostosky, S. S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K., et Anderman, E. M. (2008). Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: A possible clue to promoting sexual health?. *Journal of Sex Research*, 45(3), 277-286. <https://doi.org/10.1080/00224490802204480>
- Saha, S., Chung, M. C., et Thorne, L. (2011). A narrative exploration of the sense of self of women recovering from childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 101-113. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.586414>
- Schoenmakers, E. C., van Tilburg, T. G., et Fokkema, T. (2015). Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: how are they related?. *European Journal of Ageing*, 12(2), 153-161. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0336-1>
- Schraufnagel, T. J., Davis, K. C., George, W. H., et Norris, J. (2010). Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behavior: A potential alcohol-use pathway. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 369-378. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.013>
- Secrétariat à la condition féminine (2016). *Les violences sexuelles, c'est NON : stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf
- Secrétariat à la condition féminine (2022). *Contrer la violence sexuelle, la violence conjugale et Rebâtir la confiance : stratégie gouvernementale intégrée 2022-2027*. Gouvernement du Québec. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/Strategie-violence-sexuelle-2022-2027.pdf>

- Shaheen, M., et Pradhan, S. (2019). Sampling in qualitative research. Dans *Qualitative techniques for workplace data analysis* (pp. 25-51). IGI Global.
- Sigurdardottir, S., et Halldorsdottir, S. (2018). Screaming body and silent healthcare providers: A case study with a childhood sexual abuse (CSA) survivor. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1), 94. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010094>
- Sigurdardottir, S., Halldorsdottir, S., et Bender, S. S. (2014). Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(3), 278-286. <https://doi.org/10.1177/1403494813514645>
- Singh, A. A., Garnett, A., et Williams, D. (2013). Resilience strategies of African American women survivors of child sexual abuse: A qualitative inquiry. *The Counseling Psychologist*, 41(8), 1093-1124. <https://doi.org/10.1177/0011000012469413>
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., et Paul, C. (2010). Perceived “out of control” sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 968-978. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9504-8>
- Snell Jr, W. E. (1998). The multidimensional sexual self-concept questionnaire. *Handbook of Sexuality-related Measures*, 521-524. <https://doi.org/10.1007/BF00849744>
- Snell Jr, W. E. (2001). Measuring multiple aspects of the sexual self-concept: The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. Dans W. E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell.
- Snell Jr, W. E., Fisher, T. D., et Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27-55.
- Snell Jr, W. E., et Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26, 256-263. <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.2.340>
- Spiegel, D. (1991). Dissociation and trauma. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry*, Vol. 10, pp. 261–275). American Psychiatric Association.

- Spiegel, J. W. S. (2008). Sexual self-concept and sexually abused males: Early data on the development of a scale. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 147-161. <https://doi.org/10.1080/19317610802239990>
- Stanley, J. L., Bartholomew, K., et Oram, D. (2004). Gay and bisexual men's age-discrepant childhood sexual experiences. *Journal of Sex Research*, 41(4), 381-389. <https://doi.org/10.1080/00224490409552245>
- 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, 341-350. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9773-x>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Tardif, M., Fernet, M., Proulx-Boucher, K., et Parent, G. (2005). Des hommes ayant été victimes d'agressions sexuelles pendant l'enfance: la qualification affective du lien agresseur-victime. *M. Tardif (Éd.) L'agression sexuelle: coopérer au-delà des frontières, Cifas*, 401-433.
- Tolman, D. L., et McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x>
- Tourigny, M., M. Hébert, J. Joly, M. Cyr et K. Baril (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), p. 331-335. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>
- Trickett, P. K., Noll, J. G., et Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Trickett, P. K., et Putnam, F. W. (1993). Impact of child sexual abuse on females: Toward a developmental, psychobiological integration. *Psychological Science*, 4(2), 81-87. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1993.tb00465.x>
- Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R., et Andreini, R. (2012). Relational experiences of complex trauma survivors in treatment: Preliminary findings from a naturalistic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 640. <https://doi.org/10.1037/a0024929>
- Turmel, C. P., et Liles, R. G. (2015). Understanding Male Childhood Sexual Abuse: Consequences and Considerations. *American Counselling Association. VISTAS online*.

- Turner, H. A., Finkelhor, D., et Ormrod, R. (2010). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment, 15*(1), 76-90. <https://doi.org/10.1177/1077559509349444>
- Ungar, M. (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 55*(5), 387-389. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.021>
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Blais-Lecours, S., Labadie, C., Bergeron, S., Sabourin, S., et Godbout, N. (2017). Profiles of Cyberpornography Use and Sexual Well-Being in Adults. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(1), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.10.016>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Bédard, M. G., Charest, É., Briere, J., et Sabourin, S. (2016). Emotional and sexual correlates of child sexual abuse as a function of self-definition status. *Child Maltreatment, 21*(3), 228-238. <https://doi.org/10.1177/1077559516656069>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., et Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 40*, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.024>
- Van Bruggen, L. K., Runtz, M. G., et Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization: The role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment, 11*(2), 131-145. <https://doi.org/10.1177/1077559505285780>
- vanDellen, M. R., Campbell, W. K., Hoyle, R. H., et Bradfield, E. K. (2011). Compensating, resisting, and breaking: A meta-analytic examination of reactions to self-esteem threat. *Personality and Social Psychology Review, 15*(1), 51-74. <https://doi.org/10.1177/1088868310372950>
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 40.
- Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America, 12*(2), 389-411. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30439-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30439-8)
- Vickberg, S. M. J., et Deaux, K. (2005). Measuring the dimensions of women's sexuality: The women's sexual self-concept scale. *Sex Roles, 53*, 361-369. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-6759-y>
- Wager, N. M. (2013). Sexual revictimization: Double betrayal and the risk associated with dissociative amnesia. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(7), 878-899. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.830666>

- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., et Wilson, L. C. (2019). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(1), 67-80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
- Walker-Williams, H. J., Van Eeden, C., et Van der Merwe, K. (2013). Coping behaviour, posttraumatic growth and psychological well-being in women with childhood sexual abuse. *Journal of Psychology in Africa, 23*(2), 259-268. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820622>
- Walsh, K., Fortier, M. A., et DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior, 15*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.06.009>
- Wang, S. J., Chang, J. J., Cao, L. L., Li, Y. H., Yuan, M. Y., Wang, G. F., et Su, P. Y. (2022). The relationship between child sexual abuse and sexual dysfunction in adults: a meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 0*(0). <https://doi.org/10.1177/15248380221113780>
- Watson, L. B., Matheny, K. B., Gagne, P., Brack, G., et Ancis, J. R. (2013). A model linking diverse women's child sexual abuse history with sexual risk taking. *Psychology of Women Quarterly, 37*(1), 22-37. <https://doi.org/10.1177/0361684312454535>
- Weiss, K. G. (2010). Too ashamed to report: Deconstructing the shame of sexual victimization. *Feminist Criminology, 5*(3), 286-310. <https://doi.org/10.1177/1557085110376343>
- Wiederman, M. W. (2005). The gendered nature of sexual scripts. *The Family Journal, 13*(4), 496-502. <https://doi.org/10.1177/1066480705278729>
- Wiederman, M. W., et Allgeier, E. R. (1993). The measurement of sexual-esteem: Investigation of Snell and Papini's (1989) Sexuality Scale. *Journal of Research in Personality, 27*(1), 88-102. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1993.1006>
- Wilcox, R. (2005). Trimming and winsorization. *Encyclopedia of biostatistics, 8*.
- Yancey, C. T., Hansen, D. J., et Naufel, K. Z. (2011). Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: An examination of children presenting to treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(2), 111-127. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.554341>
- Yim, O., et Ramdeen, K. T. (2015). Hierarchical cluster analysis: comparison of three linkage measures and application to psychological data. *The Quantitative Methods for Psychology, 11*(1), 8-21. <https://doi.org/10.20982/tqmp.11.1.p008>