

Université de Montréal

**L'intimité chez les couples dont la femme présente une
vulvodynie : étude des relations entre la réponse
empathique, le dévoilement et le bien-être sexuel**

Par

Katy Bois

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de

Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en psychologie recherche et intervention

option clinique

Avril 2014

© Katy Bois, 2014

Résumé

L'étude de l'intimité a été négligée chez les couples dont la femme présente une vulvodynie, un problème de santé sexuelle qui affecte négativement les femmes et leurs partenaires. Or, l'intimité a été associée à des indicateurs d'adaptation psychologique et conjugale auprès d'autres populations cliniques. L'objectif de la thèse était d'examiner les liens entre l'intimité et le bien-être sexuel chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires.

Le but du premier article était d'examiner l'intimité conjugale et l'intimité sexuelle en lien avec la satisfaction sexuelle, la fonction sexuelle, le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur et l'intensité de la douleur vulvo-vaginale de la femme. Quatre-vingt-onze femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires ont complété des mesures auto-rapportées.

Chez les femmes, une plus grande intimité sexuelle a été associée à une satisfaction sexuelle et à un sentiment d'auto-efficacité plus élevés. Des degrés plus élevés d'intimité conjugale et sexuelle ont été associés à une fonction sexuelle plus élevée. L'intimité sexuelle et conjugale n'ont pas été associées à l'intensité de la douleur.

Le deuxième article visait, par une méthodologie observationnelle et des mesures auto-rapportées, à examiner les associations entre deux composantes centrales de l'intimité – le dévoilement et la réponse empathique – et la satisfaction et la détresse sexuelle chez cinquante femmes et leurs partenaires. Le dévoilement et la réponse empathique ont été évalués selon la perspective d'une observatrice formée et auto-rapportés par les couples après une tâche de discussion. Les femmes et les partenaires ayant une plus grande réponse empathique rapportaient eux-mêmes une satisfaction sexuelle plus élevée. Pendant la discussion, une plus grande réponse empathique chez les femmes a été associée à une plus

grande satisfaction sexuelle chez leurs partenaires. Un plus grand dévoilement chez le couple, tel que perçu par les femmes et leurs partenaires, a été associé à une plus grande satisfaction sexuelle chez les partenaires. Une plus grande réponse empathique chez les femmes a été associée à une plus faible détresse sexuelle chez les partenaires. Un plus grand dévoilement chez le couple, tel que perçu par les partenaires, a été associé à une plus faible détresse sexuelle chez ces derniers. Les implications cliniques, théoriques et méthodologiques de la thèse sont discutées.

Mots-Clés : vulvodynie, vestibulodynie provoquée, intimité, dévoilement, réponse empathique, satisfaction sexuelle, fonction sexuelle, sentiment d'auto-efficacité, détresse sexuelle, couple

Abstract

Intimacy has been a neglected area of research among couples coping with vulvodynia, a sexual health problem which has a negative impact on the sexual well-being of both the woman and her partner. Yet, intimacy has been associated with indicators of psychological and marital adjustment in other clinical populations. The main goal of this thesis was to investigate associations between intimacy and sexual well-being in women with vulvodynia and their partners.

The first article aimed to examine relationship intimacy and sexual intimacy in relation to sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy and pain during intercourse in women. Ninety-one women with vulvodynia and their partners completed self-report questionnaires. Women's higher sexual intimacy was associated with their higher sexual satisfaction and pain self-efficacy. Women's higher relationship intimacy and sexual intimacy were also associated with their higher sexual function. Relationship intimacy and sexual intimacy were not associated with pain intensity.

Using a combination of observational and self-report methodologies, the second article aimed to investigate the associations between two central components of intimacy – empathic response and disclosure – and sexual satisfaction and distress among fifty women and their partners. Disclosure and empathic response were measured from the perspective of a trained observer and self-reported by women and their partners immediately following a discussion task. During the discussion, greater empathic response in women and partners were associated with their own higher sexual satisfaction. Greater women's empathic response was associated with their partners' higher sexual satisfaction. Greater disclosure in couples, as perceived by women and partners, was associated with higher partners' sexual satisfaction. Greater

empathic response in women was associated with partners' lower sexual distress. Greater disclosure in couples, as perceived by partners, was associated with partners' lower sexual distress. Clinical, theoretical, methodological implications of the thesis are discussed.

Keywords : vulvodynia, provoked vestibulodynia, intimacy, self-disclosure, empathic response, sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy, sexual distress, couple

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Article 1	
<i>Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy</i>	<i>17</i>
Article 2	
<i>Empathic response and disclosure among couples coping with vulvodynia in relation to their sexual satisfaction and distress: An observational study</i>	<i>49</i>
Conclusion	83
Références citées dans l'introduction et dans la conclusion	111
ANNEXE A	
<i>Questionnaire sur l'intimité conjugale</i>	<i>xii</i>
ANNEXE B	
<i>Questionnaire sur l'intimité sexuelle</i>	<i>xiv</i>

ANNEXE C

Système de codification de la réponse empathique.....xvi

ANNEXE D

Système de codification du dévoilement..... xxiii

ANNEXE E

Questionnaire sur la perception de l'intimité pendant la discussion..... xxiv

ANNEXE F

Échelle visuelle analogique.....xxvii

ANNEXE G

Mesure d'efficacité personnelle pour les relations sexuelles douloureuses xxix

ANNEXE H

Index de la fonction sexuelle féminine xxxiv

ANNEXE I

Mesure globale de satisfaction sexuelle..... xli

ANNEXE J

Échelle de détresse sexuelle chez la femme xliii

ANNEXE K

Échelle de détresse sexuelle chez le/la partenairexlv

Liste des tableaux

Article 1

Tableau 1

Descriptive statistics of the sample.....45

Tableau 2

Correlations between sexual intimacy, relationship intimacy, sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy, and vulvo-vaginal pain.....47

Tableau 3

Hierarchical regression analyses between sexual and relationship intimacy, and sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy.....48

Article 2

Tableau 1

Descriptive statistics for the sample.....74

Remerciements

J'ai eu le privilège de partager les cinq dernières années avec des personnes significatives qui ont fait en sorte que cette étape épanouissante et de défis se fasse plus en douceur pour moi. Je me sens choyée d'avoir pu approfondir des relations enrichissantes tout au long de mes études.

Je te remercie Sophie Bergeron, pour nos échanges fréquents et précieux. Je te remercie pour ton ouverture et ton regard constructif face à mes idées de recherche, ta contribution inestimable à ma réflexion théorique, clinique et méthodologique ainsi que tes encouragements et ton aide lors d'obstacles. Je te remercie pour ton soutien constant et généreux dans l'apprentissage de la rédaction scientifique ainsi que pour les occasions d'élargir mes champs de connaissances. Merci particulièrement de m'avoir permis de découvrir un domaine de recherche et de pratique clinique qui me passionne.

Je vous remercie Delphine Lamothe Maillé, Nayla Awada et Serena Corsini-Munt, pour les précieux moments de rires, de confidences, de célébrations, de légèreté et de discussions cliniques ainsi que pour nos aventures au Québec tout comme en Nouvelle-Orléans. Merci spécialement pour votre amitié, le doctorat m'aurait semblé aride sans vous.

Je te remercie Mylène Desrosiers, pour les dîners partagés, tes idées créatives et ton aide qui m'ont souvent épargné bien des maux de tête et des délais inutiles.

Je vous remercie Andrée Simoneau et Mélanie Champoux, d'avoir contribué d'une manière aussi significative à ma formation clinique. Je vous remercie de votre générosité et d'avoir fait en sorte que la thérapie de couple me passionne encore plus.

Je te remercie Catherine Grégoire, d'avoir pris autant à cœur mon étude. Ta persévérance et ta sensibilité au cours du recrutement ont permis de convaincre plus de personnes réticentes et que l'étude observationnelle puisse avoir lieu. Je t'en suis très reconnaissante.

Je te remercie Marilyne Dumais, pour ton sens de l'humour et ton implication dans le développement des mesures observationnelles. Je te remercie pour ton appui, ta patience lors des difficultés de recrutement ainsi que ton travail sensible et de qualité.

Je remercie particulièrement les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires qui ont participé au projet de recherche doctoral. Je vous remercie d'avoir été ouverts à vous dévoiler sur un sujet sensible. Particulièrement, je vous remercie de nous avoir fait confiance.

Je vous remercie Delphine Lamothe Maillé et Victoria Ann Hainault, pour votre implication assidue dans la codification de vidéos et de m'avoir permis d'avoir une tranquillité d'esprit.

Je te remercie Natalie Rosen, pour ton soutien au cours du projet de recherche et de la rédaction scientifique, tes suggestions enrichissantes et les moments partagés lors de congrès.

Je vous remercie Pierre McDuff et Audrey Brassard, de m'avoir transmis généreusement et avec humour vos connaissances en lien avec les analyses statistiques.

Je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), la Faculté des études supérieures et postdoctorales et ma directrice de thèse pour leur appui financier qui m'ont permis de me consacrer assidument et plus sereinement à mon projet de recherche doctoral.

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de faire connaître mon projet de recherche doctoral pour leur confiance et d'avoir ainsi contribué à mener cette étude à terme.

Je vous remercie mes parents, de m'avoir tôt encouragée à faire ce que j'aime dans la vie et d'avoir favorisé la persévérance. Je vous remercie de votre soutien pendant mes études et de votre appui lorsque la psychologie a piqué ma curiosité.

Je te remercie Roxanne, pour tes mots d'encouragement, ta tolérance, ton écoute lorsque je doutais et pour les nombreux rires partagés. Merci pour les beaux souvenirs de notre premier voyage ensemble.

Je vous remercie mes ami(e)s, car chacun(e) à votre façon personnelle, vous m'avez offert généreusement votre soutien et vos encouragements. Vous m'avez permis de partager les moments stimulants que je vivais et m'avez fait décrocher pendant les phases stressantes et de sacrifices du doctorat. Vous avez souligné avec moi les étapes franchies avec succès, m'avez permis de m'amuser et de m'entraîner dans le plaisir. De plus, vous m'avez donné un espace indispensable pour vivre des moments épanouissants, d'aventures et de bonheur. Je suis extrêmement choyée de vous avoir à mes côtés, vous m'avez permis de grandir davantage personnellement et professionnellement pendant le doctorat.

Je te remercie mon amoureux, de m'avoir ramené au moment présent, aux petits bonheurs du quotidien, de m'avoir fait sentir aimée et soutenue par de nombreux gestes et attentions. Je suis extrêmement reconnaissante que tu m'aies donné un espace apaisant où je pouvais partager ce qui me passionne, recevoir du réconfort et bénéficier d'une oreille attentive. Ta bonne humeur, ta générosité, ta tolérance et ta patience ont fait toute la différence pour moi.

Liste des abréviations

APIM	Actor-Partner Interdependance Model
ERCS	Empathic Response Card-Sort
FSDS	Female Sexual Distress Scale
FSFI	Female Sexual Function Index
PISES	Painful Intercourse Self-Efficacy Scale
PVD	Provoked vestibulodynia

Introduction

La vulvodynie, ou douleur vulvo-vaginale idiopathique, est un problème de santé fort répandu chez les adolescentes et les femmes adultes. Selon l'*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), la vulvodynie est actuellement définie comme « un inconfort vulvaire, habituellement décrit par une sensation de brûlure, qui survient en l'absence de signes visibles ou d'un trouble neurologique cliniquement identifiable » (traduction libre de Moyal-Barracco, & Lynch, 2004). Des études épidémiologiques révèlent que sa prévalence se situe entre 12 et 21% chez les femmes en âge d'avoir des enfants (Danielsson, Sjöberg, Stenlund, & Wikman, 2003; Harlow & Stewart, 2003; Harlow et al., 2014; Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Une étude québécoise récente montre que la prévalence de la douleur pendant les relations sexuelles chez les adolescentes actives sexuellement serait de 20% (Landry & Bergeron, 2009).

Des facteurs étiologiques biomédicaux, musculaires, interpersonnels, cognitifs, affectifs et comportementaux ont été associés à la vulvodynie (Bergeron, Rosen, & Morin, 2011). La vulvodynie entraîne de nombreuses répercussions négatives sur les femmes, tant sur les plans psychologique, social, relationnel et sexuel (Brauer, Laan, & ter Kuile, 2006; Desrochers, Bergeron, Landry, & Jodoin, 2008; Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1997; Payne et al., 2007; Reed et al., 2000) que du point de vue de leur qualité de vie (Ponte, Klemperer, Sahay, & Chren, 2009). Les femmes présentant de la vulvodynie rapportent que leur fonction sexuelle et leur satisfaction sexuelle sont affectées négativement (Desrochers, Bergeron, Landry, & Jodoin, 2008; Meana et al., 1997; Payne et al., 2007). De plus, les femmes rapportent de la détresse sexuelle, c'est-à-dire que leurs difficultés sexuelles provoquent de la détresse pour elles (Brauer, Ter Kuile, Laan, & Trimbos, 2009). Leur expérience subjective de

leur sexualité est du coup grandement compromise. Les partenaires des femmes présentant de la vulvodynie souffrent aussi de répercussions négatives. En effet, ils rapportent de plus hauts niveaux de dysfonctions sexuelles que des hommes d'un groupe contrôle (Pazmany, Bergeron, Van Oudenhove, Verhaeghe, & Enzlin, sous presse). Une plus grande intensité de douleur chez la femme est également associée à une détresse psychologique plus élevée chez son partenaire (Jodoin et al., 2008). Les partenaires des personnes ayant une dysfonction sexuelle, d'un cancer ou de douleur persistante souffrent eux aussi des conséquences négatives de ces problèmes de santé (p.ex., Manne & Badr, 2010), et peuvent parfois contribuer à améliorer ou à aggraver l'adaptation à la difficulté (p.ex., Cano et al., 2004). Or, peu d'études dans le domaine de la vulvodynie ont étudié les impacts sur le partenaire et ont pris en compte son rôle dans la problématique.

L'une des premières causes de douleur sexuelle chez les jeunes femmes est la vestibulodynie provoquée, un sous-type de vulvodynie. Sa prévalence est de 12 % dans la population générale (Harlow & Stewart, 2003). Dans le cas de la vestibulodynie provoquée, la douleur survient suite à une pression sur le vestibule, par exemple lors de l'insertion d'un tampon, lors d'une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou lors d'un examen gynécologique (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas, & Glazer, 2001). Le sous-type de douleur des femmes ayant été à l'étude dans le cadre de la thèse était la vestibulodynie provoquée. Toutefois, pour des fins de simplicité, le terme utilisé pour décrire la douleur vulvo-vaginale dans le cadre de la thèse sera « vulvodynie ».

La vulvodynie et le couple

La vulvodynie s'insère dans un contexte interpersonnel. La vulvodynie se manifeste principalement pendant des interactions sexuelles entre les femmes et leurs partenaires. Les

femmes décrivent des effets néfastes sur leur perception d'être une partenaire sexuelle adéquate et une "vraie femme" (Ayling & Ussher, 2008). Elles souffrent aussi d'une plus grande distance émotionnelle avec leur partenaire et d'une crainte d'être abandonnée par ce dernier (Donaldson & Meana, 2011; Ponte, Klemperer, Sahay, & Chren, 2009; Sheppard, Hallam-Jones, & Wylie, 2008). Elmerstig, Wijma et Berterö (2008) ont effectué une étude qualitative auprès de femmes de 14 à 20 ans présentant de la vulvodynie, qui révèle que plusieurs femmes ne disent pas à leurs partenaires qu'elles ressentent de la douleur au cours d'un rapport sexuel, pour le protéger du sentiment d'être inadéquat. De plus, ces femmes mentionnent vivre un sentiment de culpabilité, une impression qu'il y a quelque chose d'« anormal » chez elles et craindre que leur partenaire croit qu'elles mentent à propos de la douleur. Ces études permettent de souligner que la vulvodynie s'insère dans un contexte relationnel et n'est pas seulement une expérience douloureuse individuelle, mais aussi une expérience émotionnelle et interpersonnelle.

Les réponses des partenaires face à la douleur. D'abord, les chercheurs s'étant attardés à l'étude des facteurs interpersonnels chez cette population se sont surtout intéressés aux réponses des partenaires face à la douleur. L'étude de Desrosiers et al. (2008) a révélé que les réponses de sollicitude et d'hostilité du partenaire, telles que perçues par la femme, sont associées à un niveau plus élevé de douleur chez cette dernière. Une critique que l'on peut formuler à l'égard de cette étude est que seule la perception de la femme, et non les comportements rapportés par le partenaire lui-même, ont été mesurés. Rosen et al. (2010) ont tenté de pallier à cette limite en s'intéressant aux réponses du partenaire face à la douleur telles que perçues par la femme et par son partenaire. Leurs résultats révèlent que les réponses de sollicitude du partenaire perçues par la femme et les réponses de sollicitude perçues par le

partenaire sont associées à une intensité de douleur plus élevée chez la femme. De plus, les réponses négatives du partenaire sont associées à une satisfaction sexuelle réduite chez la femme. Toutefois, dans cette recherche, les liens entre les réponses des partenaires face à la douleur et la satisfaction et la fonction sexuelle de ces derniers n'ont pas été examinés. Récemment, une autre étude dyadique utilisant des journaux quotidiens a montré que le fonctionnement sexuel d'un homme diminue lorsqu'il exprime plus de réponses négatives face à la douleur de sa partenaire présentant de la vulvodynie (Rosen et al., 2013). Ces résultats suggèrent que les réponses face à la douleur sont associées au fonctionnement sexuel des femmes et à celui de leurs partenaires. Cependant, ces études présentent des limites sur le plan conceptuel en ce qu'elles ont examiné uniquement les réponses des partenaires face à la douleur plutôt qu'une variable interpersonnelle, et qui plus est, seule la dimension comportementale des interactions a été prise en compte.

Limites des études effectuées à ce jour

Conceptualisation comportementale des facteurs interpersonnels. Une critique que l'on peut formuler à l'égard des études effectuées jusqu'à ce jour sur le rôle des facteurs interpersonnels dans l'expérience de la douleur est leur conceptualisation des réponses du partenaire. Les recherches dans le domaine de la vulvodynie et de la douleur persistante ont privilégié des modèles théoriques comportementaux (Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999). Selon le modèle opérant de la douleur chronique, les réponses du partenaire sont conceptualisées comme étant des renforcements qui encouragent ou punissent des comportements de douleur de la femme. Dans la plupart des études fondées sur ce modèle théorique, les réponses du partenaire sont mesurées par des questions auto-rapportées à propos

des comportements du partenaire perçus par la femme ou auto-rapportés par le partenaire. Par exemple, l'échelle 'partenaire' de l'*Inventaire multidimensionnel de la douleur (MPI)* comprend des questions pour la femme et son partenaire quant à la manière dont le partenaire réagit à la douleur de la femme. Dans le cas de la vulvodynie, ce type de mesure a l'avantage de fournir de l'information à propos des réactions comportementales du partenaire en réponse aux comportements de douleur de la femme pendant une relation sexuelle. Toutefois, le contexte relationnel plus large n'est pas questionné, notamment ses aspects affectifs. D'ailleurs, plusieurs auteurs ont émis des recommandations concernant l'importance de se pencher sur l'étude de la dynamique conjugale dans le domaine de la douleur vulvo-vaginale, en particulier à cause de la nature intime de ce type de douleur persistante et de son impact considérable sur la sexualité (Davis & Reissing, 2007; Meana & Lykins, 2009).

Les dimensions affectives des interactions de couple sont peu examinées. La dimension affective des interactions conjugales a été négligée dans les études mentionnées précédemment. Au moment de débiter le projet de recherche doctoral, la dimension interpersonnelle affective était complètement évacuée des études. Une seule recherche avait été effectuée auprès de 428 femmes présentant de la vulvodynie participant à des sites de discussion sur Internet. La majorité des femmes ayant participé (65.1%) rapportait que d'avoir un partenaire compréhensif était le facteur le plus aidant pour s'adapter sur le plan émotionnel à la douleur (Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari, & Sharp, 2003). Par la suite, l'attachement amoureux évitant, caractérisé par l'évitement de l'intimité, a été montré plus prévalent chez les femmes présentant de la vulvodynie que chez les femmes d'un groupe contrôle (Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick, & Yovell, 2011). Ce n'est que tout récemment que deux études corrélationnelles ont montré des liens entre des facteurs

interpersonnels affectifs et la satisfaction sexuelle chez cette population. Plus précisément, l'ambivalence face à l'expression émotionnelle est associée à une plus faible satisfaction sexuelle chez les couples dont la femme présente une vulvodynie (Awada, Bergeron, Steben, Hainault, & McDuff, 2014). L'attachement anxieux et l'attachement évitant sont aussi reliés à une plus faible satisfaction sexuelle chez les femmes présentant de la vulvodynie (Leclerc et al., sous presse). Ainsi, chez les femmes présentant de la vulvodynie, bien que l'étude des dimensions affectives de la dynamique conjugale en soit encore à ses débuts, cette avenue de recherche s'est avérée prometteuse.

L'étude de l'intimité chez les couples dont la femme présente une vulvodynie

Modèle conceptuel de l'intimité. La thèse porte principalement sur le facteur interpersonnel de l'intimité chez les couples dont la femme présente une vulvodynie. L'intimité dans le couple représente une dimension centrale de la dynamique conjugale et aurait une influence sur la sexualité des couples (Basson, 2010; Meana, 2010; Perel, 2010; Schnarch, 1991). Plusieurs conceptualisations de l'intimité ont été proposées et une certaine confusion ressort des écrits scientifiques (Ferreira, Narciso, & Novo, 2012). La thèse visait à identifier une conceptualisation théorique de l'intimité existante qui représente un processus à la fois individuel et interpersonnel et ayant été validée empiriquement. Dans le domaine de la psychologie clinique, Levine (2007) a suggéré que les éléments essentiels au développement de l'intimité chez un couple incluent le dévoilement d'une pensée ou d'une émotion personnelle par l'individu et une réponse de son/sa partenaire qui est empreinte de compréhension, d'attention et d'acceptation. L'intimité consisterait donc en un processus dyadique et aurait deux principales composantes - le dévoilement et la réponse empathique.

Dans le même sens, une revue des écrits scientifiques montre qu'un point commun des définitions de l'intimité est un sentiment d'être proche à travers un échange entre deux personnes (Laurenceau, Rivera, Schaffer, & Pietromonaco, 2004). Dans le domaine de la psychologie sociale, Reis et Shaver (1988) ont proposé une conceptualisation transactionnelle de l'intimité au sein de couples, ayant été validée empiriquement et étudiée par le biais d'une méthodologie observationnelle (p.ex., Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 1998). De plus, cette conceptualisation tient compte des éléments individuels, relationnels et interactifs de l'intimité et propose des lignes directrices pour opérationnaliser et mesurer l'intimité (Laurenceau et al., 2004). Cette conceptualisation permet aussi d'examiner de manière empirique les éléments essentiels de l'intimité proposés par des cliniciens (Levine, 2007; Schnarch, 1991). Dans le cadre de la thèse et des deux articles empiriques qui la composent, la conceptualisation de l'intimité qui a été étudiée est donc fondée sur le modèle théorique nommé le « Interpersonal Process Model of Intimacy » (Reis & Shaver, 1988).

Le Interpersonal Process Model of Intimacy. Selon ce modèle, les membres d'un couple sont susceptibles de se sentir proche pendant une interaction entre eux si deux éléments sont présents ; la réponse empathique et le dévoilement. En d'autres mots, l'intimité se développerait par le biais d'un processus dynamique lors duquel un individu se dévoile, reçoit une réponse de la part de son/sa partenaire et perçoit cette réponse comme étant empathique. Le dévoilement consiste en la communication verbale ou non verbale de pensées, d'informations personnelles et d'émotions significatives. Par exemple, une personne qui se dévoilerait à son partenaire sur son expérience personnelle et émotionnelle au cours d'une activité avec un ami est susceptible de vivre une expérience d'intimité pendant l'interaction. Quant à la réponse empathique, elle se manifeste par la prise en compte de ce qui est dévoilé

ainsi que par des comportements/attitudes de validation, de compréhension et d'acceptation. Par exemple, une personne qui tenterait de montrer à son partenaire qu'elle comprend ce qu'il a vécu et d'en savoir plus sur son expérience émotionnelle est susceptible de vivre une expérience d'intimité pendant d'interaction. Ce modèle d'intimité a été validé empiriquement à l'aide d'une méthodologie à journaux quotidiens auprès d'échantillons de couples de la population générale (Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 1998). Plusieurs autres études dans le domaine des relations de couple permettent d'appuyer cette conceptualisation transactionnelle de l'intimité (p.ex., Laurenceau, Rivera, Schaffer, & Pietromonaco, 2004). De plus, des études auprès de populations cliniques ont apporté un soutien à ce modèle théorique (p.ex., Manne, Ostroff, et al., 2004). Chez les couples dont un individu présente des difficultés de santé ou de la douleur persistante, l'intimité a été associée à des indicateurs d'adaptation psychologique et conjugale chez chacun des membres du couple (p.ex., Manne, Sherman, et al., 2004). Alors que la douleur vulvo-vaginale se manifeste principalement pendant des interactions sexuelles et donc qu'elle sollicite les dimensions affectives de la dynamique conjugale, l'intimité n'a pas été étudiée chez les couples dont la femme présente une vulvodynie.

Pourquoi étudier l'intimité auprès des couples dont la femme présente une vulvodynie?

L'intimité comme facteur associé à une meilleure adaptation chez d'autres populations cliniques. L'intimité n'a pas été étudiée chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires. Ceci est surprenant étant donné qu'auprès d'autres populations cliniques, la présence d'une plus grande intimité dans le couple a été associée à une meilleure adaptation individuelle et conjugale. D'ailleurs, il a été soutenu que la vulvodynie devrait être conceptualisée comme une problématique de douleur persistante (p.ex., Binik, 2005). Pour

cette raison, plusieurs études dans le domaine de la douleur persistante peuvent être considérées comme pertinentes pour développer une compréhension plus complète de l'expérience de la vulvodynie. Ainsi, la dernière décennie a vu se multiplier les appels à prendre davantage en compte le contexte social de la douleur (p. ex., Keefe & Porter, 2007). En particulier, l'investigation de facteurs interpersonnels tels que l'intimité auprès des couples a été encouragée (Cano & Williams, 2010; Goubert et al., 2005). Par exemple, la validation, une forme de réponse empathique qui favorise le sentiment d'être compris et accepté, a été associée à une plus grande satisfaction conjugale chez des couples dont au moins un des membres présente de la douleur persistante (Cano, Barterian, & Heller, 2008). Une étude utilisant des questionnaires auto-rapportés auprès d'une population clinique a également permis d'identifier qu'un individu qui dévoile plusieurs fois sa détresse liée à sa douleur persistante à son/sa partenaire est plus susceptible de recevoir une réponse de validation, ce qui peut favoriser le sentiment d'être proche de son partenaire (Cano, Leong, Williams, May, & Lutz, 2012). De plus, l'intimité a été identifiée comme étant favorable à une meilleure adaptation psychologique et conjugale chez les couples dont l'un des membres présente des difficultés de santé. En effet, chez les couples dont la femme présente du lupus, la réponse empathique a été associée à une plus grande satisfaction conjugale et à moins de détresse psychologique (Fekete, Stephens, Mickelson, & Druley, 2007). Chez les couples dont l'un des membres présente un cancer, l'intimité a été associée à une plus faible détresse psychologique à la fois chez le patient et chez son/sa partenaire et liée à une plus grande satisfaction conjugale (Manne, Sherman, et al., 2004; Manne et al., 2006; Manne & Badr, 2010). Comme l'intimité a été associée à une meilleure adaptation psychologique et conjugale chez plusieurs

populations cliniques, elle pourrait représenter un facteur de protection chez les couples dont la femme présente une vulvodynie.

L'intimité comme levier d'intervention. Par ailleurs, dans les traitements effectués auprès des couples dont la femme présente une vulvodynie, la relation conjugale et les facteurs interpersonnels peuvent représenter un levier d'intervention. L'un des buts des traitements psychologiques auprès de ces couples est d'acquérir ou réacquérir une vie sexuelle satisfaisante (Graziottin & Brotto, 2004). En effet, la présence de douleur vulvo-vaginale lors des rapports sexuels amène souvent les partenaires à renégocier et adapter leur sexualité. Ceci peut impliquer l'exploration de différentes façons d'interagir sexuellement afin de développer un répertoire d'activités sexuelles plus varié et flexible (Gilbert, Ussher, & Perz, 2010). Plus précisément, tel que mentionné par Meana (2009), les couples sont encouragés à communiquer leurs préférences sur le plan de la sexualité ainsi que de favoriser le rétablissement d'une connexion sexuelle. La présence de réponse empathique et de dévoilement pourrait faciliter la communication entre les partenaires et l'exploration d'activités sexuelles, et donc avoir des répercussions positives sur leur bien-être sexuel. D'ailleurs, des hommes qui présentent une dysfonction érectile ont mentionné que la capacité de communiquer leurs besoins sexuels, ainsi qu'une relation de couple positive, les aident à renégocier leur sexualité (Gilbert et al., 2010). De plus, des interventions favorisant le développement de l'intimité, par le dévoilement des pensées et émotions personnelles, puis des réponses empathiques de compréhension, d'ouverture et d'acceptation, faciliteraient l'établissement d'une relation positive de soutien ainsi que la régulation émotionnelle dans le couple (Fruzzetti & Iverson, 2006).

L'intimité serait favorable au bien-être sexuel. Plusieurs études effectuées à ce jour dans le domaine de la sexualité portent à croire que l'intimité pourrait représenter un facteur de

protection contre les conséquences négatives de la vulvodynie. Plus précisément, l'intimité pourrait être favorable au bien-être sexuel chez les femmes et leurs partenaires. La thèse propose d'investiguer les liens entre l'intimité et le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle, le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur, la détresse sexuelle et l'intensité de douleur.

L'intimité, le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuelle

D'abord, chez un échantillon d'hommes et de femmes présentant une dysfonction sexuelle autre que la vulvodynie, une plus faible intimité dans le couple était associée à des degrés plus élevés de dysfonction sexuelle (McCabe, 1997). De plus en plus de cliniciens proposent aussi que l'intimité dans le couple est liée au désir sexuel (p.ex., Basson, 2010; Perel, 2010; Schnarch, 1991). Ceci est reflété dans la nouvelle classification des troubles sexuels chez la femme dans le DSM-V (2013). La sexualité féminine serait fluide et grandement influencée par le contexte entourant la relation sexuelle (Baumeister, 2000) – au premier chef, la relation de couple. D'ailleurs, une étude qualitative auprès de femmes présentant une dysfonction sexuelle et de femmes de la population générale permet de croire que l'intimité serait un moteur du désir sexuel chez les femmes (Brotto, Heiman, & Tolman, 2009). Même si ce lien a été proposé à de nombreuses reprises, aucune étude empirique n'a été effectuée pour l'examiner (voir recension de Ferreira, Narciso, Novo, 2012). Dans la thèse, le lien entre l'intimité et le désir sexuel est examiné chez les femmes présentant de la vulvodynie. De plus, une étude utilisant des journaux quotidiens auprès d'une population non clinique de couples en relation à long terme a montré qu'une plus grande intimité est associée à une plus grande satisfaction sexuelle (Rubin & Campbell, 2012). Dans le même sens, l'intimité a été identifiée par une étude qualitative comme étant l'un des ingrédients centraux

aux expériences sexuelles exceptionnellement satisfaisantes (Kleinplatz et al., 2009). Ces résultats appuient la pertinence d'examiner l'intimité chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires, d'autant plus que la douleur vulvo-vaginale a des effets négatifs sur la fonction sexuelle (incluant le désir sexuel) et la satisfaction sexuelle de la femme et son partenaire.

L'intimité et la détresse sexuelle

Quant à la détresse sexuelle, la présence d'une relation émotionnelle avec le/la partenaire, surtout pendant une relation sexuelle, est liée à une moindre détresse sexuelle (Bancroft, Loftus, & Long, 2003). Qui plus est, Bancroft et al. (2003) ont trouvé que l'association entre la dysfonction sexuelle et la détresse sexuelle devient statistiquement non significative lorsque l'on contrôle statistiquement l'influence de l'intimité. Ce résultat suggère que l'intimité pourrait être associée à une plus faible détresse sexuelle chez les couples. Ainsi, l'intimité pourrait être associée à une plus grande satisfaction sexuelle, à une fonction sexuelle plus élevée et à une moindre détresse sexuelle chez les femmes présentant une vulvodynie et leurs partenaires.

L'intimité et le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur

L'intimité pourrait également être associée à un plus grand sentiment d'auto-efficacité face à la douleur chez la femme. Le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur est défini comme la croyance en sa propre habileté à faire face à la douleur et à la contrôler (p.ex., à quel point la femme est certaine de pouvoir adapter son activité sexuelle afin d'être active mais sans aggraver sa douleur pendant les relations sexuelles). Plus précisément, le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur est un prédicteur d'ajustement à la douleur vulvo-vaginale et représente une autre dimension du bien-être sexuel de plus en plus étudiée et identifiée

comme cible d'intervention. En fait, un sentiment d'auto-efficacité plus élevé a été associé à une plus faible intensité de douleur et à une fonction sexuelle plus élevée chez des femmes ayant reçu un diagnostic de vestibulodynie provoquée (Desrochers, Bergeron, Khalife, Dupuis, & Jodoin, 2009). Dans une étude de traitement menée auprès de la même population, un sentiment d'auto-efficacité plus élevé au pré-traitement était un prédicteur significatif d'une meilleure fonction sexuelle au suivi de six mois post-traitement (Desrochers, Bergeron, Khalife, Dupuis, & Jodoin, 2010). Or, des études ont montré que le soutien social d'un partenaire amoureux est favorable au sentiment d'auto-efficacité (Benight & Bandura, 2004; Knoll, Scholz, Burkert, Roigas, & Gralla, 2009). L'intimité dans le couple, par le soutien émotionnel qu'elle permet (Reis & Shaver, 1988), représente un contexte relationnel positif au développement d'un sentiment d'auto-efficacité plus élevé. En ce sens, le soutien social du/de la partenaire a été associé à un plus grand sentiment d'auto-efficacité à faire un auto-examen de la peau chez les personnes présentant un cancer de la peau (Robinson, Stapleton, & Turrisi, 2008). Qui plus est, chez des femmes ayant survécu à un cancer gynécologique, le soutien élevé du partenaire, par son effet sur la perception de la femme de pouvoir réduire l'adversité d'un événement, était associé à une satisfaction sexuelle plus élevée (Tang, Lai, & Chung, 2010). Ainsi, une femme qui se sent soutenue sur le plan émotionnel par son/sa partenaire peut être plus susceptible de sentir qu'elle aura un impact positif sur sa douleur, ce qui est favorable à ce qu'elle se mobilise d'une façon adaptative face à cette difficulté (p.ex., débiter un traitement).

L'intimité et l'intensité de la douleur vulvo-vaginale

Enfin, l'intimité n'a pas été associée à l'intensité de douleur chez la femme présentant de la douleur persistante. Les résultats de recherche sur cette question étant presque inexistantes,

les liens entre l'intimité et l'intensité de douleur pendant les relations sexuelles sont investigués de façon exploratoire dans le cadre de la thèse.

Considérations méthodologiques à l'étude de l'intimité

Combinaison de questionnaires auto-rapportés et d'une méthodologie observationnelle. D'abord, les questionnaires auto-rapportés permettent de mieux comprendre la perception des couples concernant leurs interactions et leur sexualité. Ce type de mesure est nécessaire afin d'avoir accès à la perception subjective d'une personne quant à jusqu'à quel point elle se sent comprise et acceptée par son/ sa partenaire, tout comme pour connaître s'il/elle est satisfaite de sa vie sexuelle. Le premier article de la thèse met à profit des questionnaires auto-rapportés présentant d'excellentes propriétés psychométriques pour examiner les associations entre la perception de l'intimité des femmes présentant de la vulvodynie, la perception de l'intimité des partenaires et le bien-être sexuel de la femme. Cependant, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés comporte un biais mnésique lorsque les participants doivent répondre de manière rétrospective à des questions à partir de leurs impressions subjectives couvrant une période d'une semaine ou plus. Les questionnaires auto-rapportés ne permettent pas non plus de poser un regard externe sur la dynamique conjugale pour codifier certaines interactions/comportements/attitudes (Keefe, 2007). Ainsi, dans le cadre du deuxième article de thèse, la combinaison de questionnaires auto-rapportés et d'une méthodologie observationnelle a été utilisée afin de recueillir un portrait plus nuancé et complet de l'intimité chez les couples dont la femme présente une vulvodynie. À partir d'une tâche de discussion standardisée, l'intimité chez des couples a été évaluée par une observatrice formée. Les mesures observationnelles et la procédure de l'expérimentation ont été développées à partir de recherches passées, d'écrits cliniques et d'écrits théoriques

(Baumeister, 1999; Kleinplatz et al., 2009; Laurenceau et al., 1998; Manne, Ostroff, et al., 2004; Perel, 2010; Schnarch, 1991). Une étude pilote a également été menée avant de débiter l'expérimentation de la thèse pour développer les mesures de codification observationnelles. Les perceptions de l'intimité de la femme et de son partenaire ont été recueillies par le biais de questionnaires auto-rapportés complétés immédiatement après la tâche de discussion du couple. Ainsi, dans le cadre de la thèse, l'intimité est investiguée par des mesures complémentaires et diverses.

Inclusion dans l'étude des femmes et de leurs partenaires. Tel que mentionné précédemment, dans l'étude de facteurs interpersonnels, il est essentiel d'inclure les deux membres du couple dans les devis des recherche auprès de cette population. Dans le cadre de la thèse, les deux membres du couple ont été inclus et représentent l'unité d'analyse statistique. Le premier article de thèse s'intéresse à la perception subjective de l'intimité chez les femmes et chez leurs partenaires. Le deuxième article de thèse permet d'examiner les liens entre l'intimité et des dimensions du bien-être sexuel à la fois chez les femmes et leurs partenaires. En effet, les partenaires souffrent aussi de répercussions négatives de la vulvodynie sur leur fonctionnement psychologique et sexuel (Jodoin & al., 2008; Pazmany et al., sous presse). Les partenaires ont donc été inclus dans l'étude considérant leur rôle actif dans la dynamique conjugale et le fait qu'ils font face aux difficultés liées à la vulvodynie et doivent s'y adapter tout comme les femmes.

L'objectif général de la thèse est de tenter de pallier aux lacunes des études menées jusqu'à ce jour dans le domaine de la vulvodynie en 1) s'éloignant d'une conceptualisation cognitive-comportementale de la dynamique de couple pour s'attarder à des dimensions affectives par l'étude d'un modèle transactionnel de l'intimité et de ses deux composantes, le

dévoilement et la réponse empathique; 2) en portant un intérêt à la fois aux femmes et à leurs partenaires et 3) en mettant à profit une méthodologie combinant des mesures auto-rapportées et observationnelles. Le premier article de thèse s'attarde aux associations entre l'intimité sexuelle et l'intimité conjugale perçues par les femmes et leurs partenaires et la satisfaction sexuelle, la fonction sexuelle, le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur et l'intensité de douleur chez les femmes. L'étude de l'intimité conjugale permet de connaître la perception des membres du couple du dévoilement et de la réponse empathique dans la relation amoureuse (voir Article 1). L'investigation de l'intimité sexuelle permet de connaître la perception des membres du couple du dévoilement et de la réponse empathique pendant et immédiatement après les relations sexuelles. Cet article est publié dans *The Journal of Sexual Medicine*. Le deuxième article de thèse porte sur les deux composantes de l'intimité, soit 1) le dévoilement et 2) la réponse empathique, en lien avec la satisfaction sexuelle et la détresse sexuelle des femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires. L'investigation des composantes de l'intimité pendant une discussion du couple sur le sujet de la vulvodynie a été faite par le biais d'une méthodologie observationnelle et de questionnaires auto-rapportés. Cet article est soumis pour publication au périodique scientifique *Health Psychology*. Les deux articles de thèse ont permis d'examiner l'intimité sous des angles cohérents et complémentaires (généralement dans la relation de couple, dans la sexualité et pendant une discussion), de dresser un portrait nuancé de ce phénomène, en lien avec des dimensions centrales du bien-être sexuel.

Article 1

Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy

Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Gregoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 2024-2035. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12210>

©John Wiley & Sons, 2013

This article may not exactly replicate the final version published in the John Wiley & Sons journal.

It is not the copy of record.

Running Head: INTIMACY AMONG WOMEN WITH PVD AND THEIR PARTNERS

Sexual and Relationship Intimacy among Women with Provoked Vestibulodynia and their Partners: Associations with Sexual Satisfaction, Sexual Function and Pain Self-Efficacy

Katy Bois¹, Sophie Bergeron¹, Natalie O. Rosen², Pierre McDuff¹, & Catherine Grégoire³

¹ Département de psychologie, Université de Montréal

² Département de psychologie et de neuroscience, Université de Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

³ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

This research has been supported by grants from the Social Sciences and Humanities Research Council and by the Canadian Institutes of Health Research.

Abstract

Introduction. Provoked vestibulodynia (PVD) is the most frequent subtype of dyspareunia.

Women report negative consequences of PVD on their sexual and romantic relationships.

Researchers have recently highlighted the importance of examining interpersonal factors such as intimacy, and of including both women and their partners in study designs. **Aim.** The aim

of this study was to investigate sexual and relationship intimacy as defined by the

Interpersonal Process Model of Intimacy and their associations with sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy and pain intensity among women with PVD and their partners.

Methods. Ninety-one women (M age = 27.34, SD = 6.01) diagnosed with PVD and their partners (M age = 29.33, SD = 7.78) completed measures of sexual and relationship intimacy, sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy and pain intensity. **Main Outcome**

Measures. Dependent measures were the (1) Global Measure of Sexual Satisfaction Scale; (2) Female Sexual Function Index; (3) Painful Intercourse Self-Efficacy Scale and (4) Visual

analog scale of pain intensity during intercourse. **Results.** After controlling for women's age, women's greater sexual intimacy ($\beta = 0.49$, $P < 0.001$) was associated with women's greater sexual satisfaction and higher pain self-efficacy ($\beta = 0.39$, $P = 0.001$), beyond the effects of

partners' sexual intimacy. Also, women's greater sexual intimacy ($\beta = 0.24$, $P = 0.05$) and women's greater relationship intimacy ($\beta = 0.54$, $P = 0.003$) were associated with greater women's sexual function, beyond the effects of partners' sexual and relationship intimacy.

Conclusions. Women self-reported sexual and relationship intimacy in the couple relationship may promote higher sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy among women with PVD.

Introduction

With a prevalence of 12% in community samples, provoked vestibulodynia (PVD) is the most common subtype of dyspareunia and is characterized by a recurrent and burning pain experienced when pressure is applied to the vulvar vestibule, such as during intercourse or the insertion of a tampon^{1,2}. Women with PVD are more likely to report lower sexual functioning, sexual satisfaction as well as more distress in their sexuality than women without PVD³⁻⁵, and a reduced quality of life⁶. Despite the fact that the pain of PVD occurs primarily during sexual activity, involves the partner in its onset, and partners also suffer negative repercussions⁷, there are very few published studies of interpersonal factors in the field of vulvo-vaginal pain⁸. Researchers who have conducted studies focusing on other women's health conditions suggest that intimacy between romantic partners is associated with a better prognosis and adaptation to the condition^{9,10}. Yet to date they have not investigated intimacy in relation to dyspareunia or PVD, in which the partner is closely involved.

Researchers have established links between PVD and negative romantic and sexual consequences. For example, the way in which women perceive their condition seems to have an impact on how close they can be with their partner, and how difficult it can be to show affection to their partner¹¹. Women's experience of PVD also has a detrimental effect on women's sense of being an adequate partner¹² and is associated with a fear of losing one's partner¹³. In terms of interpersonal factors modulating pain and sexuality outcomes in this population, recent empirical work has focused on partner responses to pain. Solicitous and negative partner responses were associated with higher pain intensity¹⁴, whereas facilitative responses were associated with lower pain intensity and higher sexual satisfaction among women with PVD¹⁵. The authors showed that the association between partner solicitous

responses and pain intensity was found when solicitousness was assessed from the perspective of both women and partners. Thus, the partners of women with PVD may play a role in their experience of pain and associated sexual difficulties and it is therefore important to include both members of the couple in the investigation of interpersonal factors in this population.

One criticism of studies focusing on the interpersonal aspects of PVD is their conceptualization of partner responses. In the last decade, researchers in the chronic pain field have mostly privileged a cognitive-behavioral model¹⁶. According to this model, partner responses and interpersonal factors more generally are thought to act as reinforcement, promoting or maintaining pain behaviors, resulting in increased pain intensity. In the study of PVD, this conceptualization has contributed to our understanding of partner *behavioral* reactions when the woman displays expressions of pain. However, this model excludes emotional aspects and broader characteristics of the relationship, such as intimacy. Although several researchers have stressed the importance of studying couple dynamics in sexual pain disorders^{e.g.8}, only one group has indicated that avoidant attachment is more prevalent in women with PVD in comparison to controls¹⁷. Largely, the affective dimension of interpersonal factors in the romantic relationship and sexuality in these women has gone uninvestigated. Scientists have increasingly identified empathy and intimacy as potential contributors to the positive adjustment of individuals living with persistent pain¹⁶. Vulvo-vaginal pain is experienced primarily in a sexual and/or romantic relationship where affective dimensions are central, and in a context where expectations for pleasure predominate. In the present study, we will attempt to fill this gap by focusing on sexual and relationship intimacy from the perspective of women with PVD and their partners.

Intimacy is a central dimension of the relational context and is thought to be associated with sexuality and sexual difficulties^{19, 20}. Several definitions of intimacy have been proposed over the last few decades^{19,21}. According to Schnarch's¹⁹ clinical viewpoint, intimacy is "the recursive process of open self-confrontation and disclosure of core aspects of self in the presence of a partner [...] a multisystemic process – intrapersonal and interpersonal – involving both the discloser's relationship with the partner and his/her relationship with himself/herself". From a social psychology perspective, Reis and Shaver²² have proposed the Interpersonal Process Model of Intimacy. In this model, the authors suggest that intimacy develops in a dynamic process whereby an individual discloses personal information, thoughts and feelings to a partner; receives a response from the partner; and interprets that response as understanding, validating and caring. This model has two key components (1) disclosure (self and partner-perceived disclosure) and (2) partner responsiveness and empathy. It has been used in several studies^{e.g.23} and is empirically validated²⁴. However, this model has not been studied in the context of sexuality. For this purpose, a subtype of intimacy - sexual intimacy, which refers to self and partner disclosure about sexuality and partner responsiveness and empathy during and following sexual interactions - was also included in the present study considering that the study aim is to examine sexual outcomes among women with PVD. Although positively correlated, both sexual and relationship intimacy are important and potentially distinct predictors. Indeed, there is clinical evidence to suggest that couples can have a different perception of their relationship satisfaction and sexual satisfaction²⁵.

PVD is often conceptualized as a pain disorder²⁶ and researchers in the chronic pain field have highlighted the importance of studying intimacy among individuals with chronic

pain conditions^{16, 18}. Furthermore, intimacy appears to be a relevant factor to individual and relationship well-being among couples who are facing sexual dysfunctions and health problems. First, among a sample of men and women (no participant suffered from PVD) having a sexual dysfunction was associated with lower levels of intimacy in several aspects of a couple relationship²⁷. Second, intimacy has been identified as an engine of sexual desire and arousal in women of several age groups²⁸⁻³⁰. More specifically, it has been suggested that the combination of intimacy and an environment conducive to sexual stimuli may allow women to move from a neutral state to a state of sexual desire and arousal³⁰. Considering that pain is an aversive stimulus that is associated with decreased desire and arousal in women with PVD, studying intimacy in this population is relevant because this interpersonal factor could be associated with better overall sexual function and sexual satisfaction. Third, among women affected by cancer, higher intimacy and empathy as defined by Reis and Shaver's model were shown to be associated with higher marital satisfaction and lower distress^{10, 31}. Overall, intimacy may be a protective factor when a couple is facing persistent pain, health problems or sexual difficulties. Researchers have also demonstrated that intimacy is associated with greater sexual satisfaction among non-clinical couples in a long term relationship³². Moreover, when we look specifically at the treatment of women with PVD and their partners, interpersonal factors may act as facilitators for the couple's adaptation to the vulvo-vaginal pain. Indeed, the presence of vulvo-vaginal pain during penetration often forces partners to renegotiate their sexuality. The traditional sexual script purports that vaginal penetration should be the main goal of sexuality¹⁹. This view poses a problem for couples grappling with PVD because vaginal intercourse causes pain. The presence of greater intimacy could facilitate communication between partners and the exploration of different, more varied sexual

activity³³, and therefore have a positive impact in both areas most affected by PVD – sexual function and sexual satisfaction.

In addition to these key outcomes, pain self-efficacy is gaining increased attention from PVD researchers as an important target of intervention³⁴. Pain self-efficacy can be defined as one's beliefs in one's ability to cope with and control the pain. Higher pain self-efficacy is associated with lower pain during sexual intercourse and with better sexual function in women with PVD³⁵. Also, higher pre-treatment levels of self-efficacy in this population are associated with improved sexual function at six-month follow-up after undergoing topical and psychological treatments³⁶. Pain self-efficacy is therefore thought to be a robust predictor of the adjustment to vulvo-vaginal pain. In several studies, social support and partner support promoted self-efficacy³⁷⁻³⁸. The subjective experience of intimacy in a romantic relationship could help one to feel supported and provide a positive context to increase self-efficacy, which is crucial in mobilizing women to engage in pro-active coping behaviors. For instance, partner social support is associated with higher self-efficacy in doing skin self-examination among people suffering from skin cancer³⁹. According to Reis and Shaver²², empathic responding, which is an important form of emotional support, is a central aspect of intimacy. Emotional support appears to promote self-efficacy, which in turn is associated with lower depressive symptoms among people recovering from a surgery⁴⁰. Another goal of the present study was to investigate whether intimacy is associated with pain self-efficacy in women with PVD.

While some studies about intimacy among individuals with persistent pain exist^{16, 41}, the investigation of associations between intimacy and pain intensity perceived by female

patients is rare. Researchers have found that higher expressions of anger and contempt (which are believed to be the opposite of empathic responsiveness – an important dimension of intimacy) by both partners were associated with higher perceptions of pain intensity by partners, but not by patients⁴². However, in another study the association between couples' reciprocal invalidation (e.g. hostility) and more severe pain intensity was found in men, but not in women⁴³. The association between sexual intimacy, relationship intimacy and pain intensity thus remains to be clarified and was investigated in the present sample of women with PVD and their partners.

Aim

The goal of the present study was to investigate sexual and relationship intimacy as defined by the Interpersonal Process Model of Intimacy²² among women with PVD and their partners, and their associations with sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy and pain intensity. Including both members of the couple allows for the examination of the influence of one partner's intimacy above and beyond the effect of the other's. We hypothesized that greater woman sexual and relationship intimacy would be associated with higher levels of sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy among women. We also hypothesized that greater partner sexual and relationship intimacy would be associated with higher levels of sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy in women. Associations between sexual intimacy, relationship intimacy and pain intensity were examined in an exploratory manner, given the inconsistent findings reported to date in this area.

Methods

Participants

Women and their partners were recruited at regularly scheduled clinical appointments to gynecologists and through advertisements in newspapers, websites and on university campuses in two large metropolitan areas (referred to as 'site one' and 'site two'). Five percent of the study sample was recruited at visits to health professionals, 30% recruited through advertisements, 60% recruited via participation in another PVD study and four percent by word of mouth. Seventy-three percent of participants were recruited in site one and 27% were recruited in site two. Participants were screened for eligibility by a semi-structured interview and all participants were examined and diagnosed with PVD by a gynecologist. The inclusion criteria at both sites were the following: (1) pain during penetration which is subjectively distressing, occurs(ed) on 75% of intercourse attempts in the last 6 months, and had lasted for at least 6 months, (2) pain located in the vulvo-vaginal area (i.e. at the entrance of the vagina), (3) pain limited to intercourse and other activities involving pressure to the vestibule (e.g., bicycling) and (4) involved in a committed romantic relationship for at least six months. Exclusion criteria were: (1) vulvar pain not clearly linked to intercourse or pressure applied to the vestibule, (2) absence of sexual activity (defined as manual or oral stimulation, masturbation, intercourse) with the partner in last month and (3) presence of one of the following: active infection previously diagnosed by a physician or self-reported infection, vaginismus (as defined by DSM-IV-TR), pregnancy, and age less than 18 or greater than 45 years. Of the 94 heterosexual couples that met eligibility criteria and agreed to participate, one partner had missing data representing more than 20% of a measure and two couples did not

complete the measures, for a final sample size of 91 (97%) women and their partners. All participants completed all measures described below except for the sexual function questionnaire, which was completed by women at site one only ($N = 66$).

Measures

Relationship Intimacy

Women's relationship intimacy and partners' relationship intimacy were measured based on Reis and Shaver's Model²² using seven items concerning self-disclosure, perceived partner self-disclosure and partner responsiveness in general in the relationship on a 7-point Likert scale (1 = *not at all*; 7 = *a lot*). Examples of relationship intimacy items include *How much do you disclose your private thoughts to your partner?*; *How much does your partner disclose his feelings to you?*; *To what degree do you feel understood by your partner?* This instrument has good construct validity and reliability²⁴. Higher scores indicate greater relationship intimacy and total scores can range from 7 to 49. Cronbach's alphas were respectively .91 and .92 for women and partners' relationship intimacy in this sample.

Sexual Intimacy

Women and partners' sexual intimacy were measured using the Sexual Intimacy Measure, developed by our team in line with Reis and Shaver's Model²² and the Relationship Intimacy measure described above. The objective was to adapt the assessment of self-disclosure, perceived partner self-disclosure and partner responsiveness during and immediately following sexual activity. This self-report questionnaire has seven items on a 7-point Likert scale (1 = *not at all*; 7 = *a lot*). Examples of items include the following: *With*

regard to your sexual relationship with your partner, how much do you disclose your private sexual thoughts to your partner? ; With regard to your sexual relationship with your partner, how much does your partner disclose his or her feelings about sex to you?; During or immediately following sexual activity, how much do you feel your partner accepts you as you are? Higher scores indicate greater sexual intimacy and total scores can range from 7 to 49. Cronbach's alphas were respectively .87 and .86 for women and partners' sexual intimacy in this sample.

Main outcome measures

Sexual satisfaction

Sexual satisfaction was measured using the Global Measure of Sexual Satisfaction Scale composed of five items assessing whether or not sexual experiences are Good versus Bad, Pleasant versus Unpleasant, Positive versus Negative, Satisfying versus Unsatisfying, and Valuable versus Worthless on a 7-point Likert scale. Higher scores indicate greater satisfaction and total scores can range from 5 to 35. This measure has good psychometric properties⁴⁴. Cronbach's alpha was .92 for this sample.

Sexual function

Women's global sexual functioning was assessed with the Female Sexual Function Index (FSFI). The FSFI is a 19-item self-report questionnaire assessing key dimensions of sexual function: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. The FSFI has good psychometric properties⁴⁵. Higher scores indicate better sexual functioning and total scores can range from 2 to 36. Cronbach's alpha was .94 for this sample.

Pain self-efficacy

Women's pain self-efficacy was measured with the Painful Intercourse Self-Efficacy Scale (PISES). The PISES is a 20-item questionnaire with three subscales (1) self-efficacy for sexual function, (2) self-efficacy for controlling other symptoms, and (3) self-efficacy for controlling pain during intercourse on a Likert scale of 0 (*very uncertain*) to 100 (*very certain*). Researchers have previously adapted this questionnaire from the Arthritis Self-Efficacy Scale for studies of women with PVD and found it to correlate with sexual function and pain intensity^{36,46}. Higher scores indicate higher pain self-efficacy and total scores can range from 200 to 2000. Cronbach's alpha was .92 for this sample.

Vulvo-vaginal pain

Women' pain intensity was measured using a Visual Analog Scale assessing pain during intercourse in the last 6 months (0 = *no pain*; to 10 = *worst pain ever*). This measure is positively associated with other measures of pain in women with PVD⁴⁷. In measuring several kinds of pain, the Visual Analog Scale showed good validity and reliability⁴⁸.

Procedure

Participants at site one completed all the materials online and participants at site two completed the materials using paper-and-pen in the Laboratory. All participants completed consent forms, a sociodemographic questionnaire, questionnaires assessing sexual and relationship intimacy. Women completed questionnaires assessing sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy and pain intensity. As compensation, participants received financial compensation (\$20.00) for their participation as well as references to health

professionals who specialize in vulvo-vaginal disease. The present study was approved by each of the two universities' and health centres' institutional review boards.

Results

Sample characteristics

Table 1 shows the descriptive statistics for the sample sociodemographics and provides the mean and standard deviation for each dependent and independent variable. Site two participants reported a moderately higher sexual satisfaction ($M = 25.84$, $SD = 6.81$) compared to site one participants ($M = 21.81$, $SD = 7.16$, $t[89] = -2.42$, $p = .02$, $d = .57$) and higher pain intensity ($M = 7.16$, $SD = 1.25$) compared to site one participants ($M = 6.38$, $SD = 1.73$, $t[88] = -2.04$, $p = .04$, $d = .52$). Participants did not differ on any of the other study variables by site.

Zero-Order Correlations

As preliminary analyses, correlational analyses were conducted to examine the need for controlling for sociodemographic variables. Although, some correlations between participants' age, relationship duration, women and partners' education and outcome variables were significant, only women's age was included as a covariate in subsequent analyses because its correlation with sexual function was greater than .30 ($r = -.37$, $p < 0.001$)⁴⁹.

Table 2 presents the intercorrelations among the study variables. Women's sexual intimacy and partners' sexual intimacy were positively, but not highly, correlated. Higher women's sexual satisfaction was strongly associated with women's higher sexual intimacy and moderately associated with partners' sexual intimacy, strongly correlated with sexual function and moderately associated with pain self-efficacy. Higher sexual function was strongly

associated with women's higher sexual intimacy, moderately associated with women's relationship intimacy and strongly associated with pain self-efficacy. Higher pain self-efficacy was strongly associated with women's higher sexual intimacy, moderately associated with women's relationship intimacy, and weakly associated with lower vulvovaginal pain. Women's sexual intimacy, partners' sexual intimacy, women's relationship intimacy and partners' relationship intimacy were not significantly correlated with pain intensity. Consequently, pain intensity was not examined as an outcome in subsequent analyses.

Intimacy as a Correlate of Women's Sexual Satisfaction

A hierarchical regression analysis was conducted to assess associations between women's sexual and relationship intimacy, partners' sexual and relationship intimacy, and women's sexual satisfaction (Table 3). After controlling for women's age, women's greater sexual intimacy ($\beta = 0.49, p < 0.001$) was associated with their greater sexual satisfaction, above and beyond the effects of partners' sexual intimacy. The overall model of women's sexual intimacy associated with sexual satisfaction was significant, $F(5, 85) = 10.48, p < 0.001$) and accounted for 38% of the variance in sexual satisfaction, with 23% of the variance accounted for by women's sexual intimacy. Although partners' sexual intimacy was correlated with women's sexual satisfaction, neither of women's relationship intimacy and partners' sexual and relationship intimacy were uniquely associated with women's sexual satisfaction in the regression analysis.

Intimacy as a Correlate of Women's Sexual Function

A hierarchical regression analysis was also conducted to assess associations between women's sexual and relationship intimacy, partners' sexual and relationship intimacy, and women's sexual function (Table 3). After controlling for women's age, women's greater sexual intimacy ($\beta = 0.24, p = 0.05$) and women's greater relationship intimacy ($\beta = 0.54, p = 0.003$) were associated with their higher sexual functioning, above and beyond the effects of partners' sexual and relationship intimacy. The overall model was significant, $F(5, 60) = 8.31, p < 0.001$ and accounted for 41% of the variance in sexual function, with 26% of the variance accounted for by women's sexual and relationship intimacy. Partners' sexual and relationship intimacy were not associated with women's sexual function.

Intimacy as a Correlate of Women's Pain Self-Efficacy

A hierarchical regression analysis was conducted to assess associations between women's sexual and relationship intimacy, partners' sexual and relationship intimacy, and women's pain self-efficacy (Table 3). After controlling for women's age, women's greater sexual intimacy was associated with their higher pain self-efficacy ($\beta = 0.39, p = 0.001$), above and beyond the effects of partners' sexual intimacy. The overall model for women's sexual intimacy linked to pain self-efficacy was significant, $F(5, 85) = 5.68, p = 0.001$ and accounted for 25% of the variance in pain self-efficacy, with 22% accounted for by women's sexual intimacy. Although women's relationship intimacy was associated with women's pain self-efficacy, this variable and partners' sexual and relationship intimacy were not uniquely associated with women's pain self-efficacy in the regression analysis.

Discussion

Based on the Interpersonal Process Model of Intimacy²², the aim of the present study was to investigate the associations between sexual and relationship intimacy and sexual satisfaction, sexual function, pain self-efficacy and pain intensity among women with PVD and their partners. The hypothesis that sexual and relationship intimacy perceived by women would be associated with sexual outcomes and pain self-efficacy was supported, although there was no association between intimacy and pain intensity. Women's higher sexual intimacy was associated with their higher sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy. Also, women's higher relationship intimacy was associated with their higher sexual function. The associations were significant above and beyond the effects of partners' intimacy. Findings support our contention that sexual and relationship intimacy are correlated with important indicators of sexual well-being among women with PVD.

Women's greater sexual intimacy was correlated with their greater sexual satisfaction. Considering that the authors of a recent systematic review showed that PVD is associated with decreased sexual satisfaction⁵⁰, identifying an interpersonal factor that might protect this important dimension of sexuality in women who experience painful sex is important. This result is consistent with findings from a daily diary study: increased intimacy was associated with greater sexual satisfaction in non-clinical couples involved in a long-term relationship³². However, being empathic and engaging in self-disclosure in general in a relationship might not be enough to promote sexual satisfaction; intimacy specifically related to sexuality seems to be necessary. Kleinplatz et al.⁵¹ identified "major components of great sex" using semi-structured interviews with couples and sex therapists who described having experienced

greatly satisfying sexual encounters. One major component was deep sexual and erotic intimacy (e.g. caring, acceptance, empathy and sharing of themselves in a sexual relationship), which is in line with our results. Moreover, findings from a national survey supported the assertion that the presence of an emotional relationship with the partner, especially during sexual activity, is associated with lower sexual distress⁵². Sexual intimacy appears to nurture the sexual satisfaction of women with PVD and although this finding is cross-sectional, it may be worthwhile to target the improvement of sexual intimacy to promote sexual satisfaction in this population.

As hypothesized, women's higher sexual and relationship intimacy were both associated with their higher sexual function. These results are consistent with those from a recent study conducted among people reporting sexual difficulties³³. In this study, participants reported that positive communication, including the ability to communicate their sexual needs, in addition to a positive romantic relationship, are what helped them to renegotiate their sexuality. In another study, among women with a sexual dysfunction (excluding PVD), the level of dysfunction was predicted by the importance of intimacy in their couple relationship, such that decreased intimacy was associated with higher levels of dysfunction²⁷. Sexual and relationship intimacy may be protective factors for individuals suffering from a sexual dysfunction; especially considering that intimacy moderated the association between some aspects of sexual functioning and distress, whereby low intimacy was associated with higher distress in people reporting low sexual desire⁵³.

Moreover, many women with PVD report a loss of sexual desire, difficulties with sexual arousal and orgasms, as well as a reduced frequency of intercourse³⁻⁵. Recent theorizing

and empirical evidence about sexual function has led researchers to suggest that sexual desire is concomitant to, rather than strictly an antecedent to, other phases of women's sexual response, and may reinforce other phases of the sexual response^{19, 54, 55-57}. To this end, relational dynamics, of which intimacy is an integral part, have been proposed to be a major etiological factor in women suffering from low sexual desire. It is possible that sexual and relationship intimacy may influence different aspects of the sexual response cycle through their effects on sexual desire. For example, Schnarch¹⁹ proposed a clinical model of intimacy by which he demonstrated the complexity of intimacy dynamics in partners at different levels of differentiation, and their effects on sexual desire. Differentiation is defined as the balance between partners' attachment/connection to one another and individual self-regulation/autonomy. He argued that individuals with a lower level of differentiation have a higher need for reciprocity and a lower tolerance of intimacy, which is believed to have a detrimental effect on sexual desire. Sexual desire might be the linking mechanism for the association between intimacy and other facets of sexual function in women. The current study findings add to the growing body of literature showing the relevance of interpersonal factors such as intimacy in sexual function among women.

Women's higher sexual intimacy was associated with their higher pain self-efficacy. Although researchers have shown that self-efficacy – an important intra-individual predictor of persistent pain and related disability^{35, 36} – is associated with several positive outcomes among women with PVD, such as lower distress, lower pain, higher sexual function, and more frequent attempts at intercourses, no interpersonal factors have been associated with higher pain self-efficacy to date. In other related areas however, social support helped individuals to

cope with stress more efficiently^{38, 57}. Women with PVD face a stress that is often characterized by fear, anxiety and catastrophic thoughts⁵⁸. It is possible that validation (a form of empathic response) affects emotion regulation in a positive manner⁵⁹. In the case of PVD, sexual intimacy might help women to better regulate the stress of pain via reciprocal disclosure and perceived empathic responding from their partner. As a result, women could have more emotional resources available to cope with the pain and may feel more empowered in terms of engaging in sexual activities and controlling their pain and other symptoms.

We did not find support for our hypothesis regarding associations between women's relationship intimacy and their sexual satisfaction and pain self-efficacy. A greater global level of intimacy in a couple relationship (e.g. partners disclose and feel understood in their relationship in general) might not be enough to promote higher sexual satisfaction and pain self-efficacy. Sexual interactions involve increased vulnerability, therefore it seems essential to develop intimacy between partners around the highly sensitive context of sexuality in order to positively impact sexual satisfaction and pain self-efficacy. This result is in line with researchers and clinicians who have highlighted the importance of sex therapy with couples presenting with a sexual dysfunction, as opposed to focusing only on individual psychological difficulties or general relationship complaints of the couple^{19, 60-62}.

Furthermore, partners' sexual intimacy was not significantly associated with women's outcomes. Associations between partners' sexual intimacy and women's outcomes above and beyond the effects of women's sexual intimacy were investigated. It is possible that any potential influence of partners' sexual intimacy was overshadowed by the more robust effect of woman-perceived intimacy. Still, the fact that there were no significant associations

between partner intimacy and women's outcomes does not decrease the importance of the couple dynamic. Specifically, in the present study, greater women's sexual and relationship intimacy means that the women feel comfortable disclosing to their partner, perceive that the partner discloses to them, and that they receive an empathic response from him. The way intimacy is perceived by a woman seems to be more important to her sexual well-being than how intimacy is perceived by her partner. Our results are in line with those of Rosen et al.¹⁴, who showed that women-perceived solicitous responses were associated with women's sexual satisfaction, but partner-perceived solicitous responses were not. Taken together, what seems crucial is the woman's subjective experience of the relationship dynamic.

Sexual and relationship intimacy were not associated with pain intensity. Apart from partner responses to pain, researchers have been challenged to identify relationship correlates of pain intensity, even more so among women. Some studies in the persistent pain field have been conducted to examine intimacy or empathy but no significant associations with pain were found in women, although some were found in men⁶³. In the present study, two correlates of sexual function and one of sexual satisfaction were identified, but there were no correlates of vulvo-vaginal pain intensity. Even if sexual function and vulvo-vaginal pain are associated, they remain two distinct phenomena. Sexuality is an interpersonal experience and women's perception of a relationship with a partner is believed to influence their sexuality, for better or worse⁶⁴. Intra-individual factors (e.g. fear, avoidance, self-efficacy) and partner responses, which are interpersonal factors but refer to specific partner behavioural reactions to pain, are correlates of pain intensity^{14, 16, 47}. Given these findings, as well as our results, it seems as though broader interpersonal factors such as intimacy may not impact sexuality and pain in the

same way. Considering that the investigation of interpersonal factors in PVD is in its infancy, future research is needed to understand the associations between interpersonal factors and women's experience of vulvo-vaginal pain and to delineate the respective contributions of intra-individual versus interpersonal factors.

As Ferreira, Narciso and Novo²¹ reviewed and Schnarch¹⁹ summarized past work on intimacy, this concept has been defined in multiple ways throughout the scientific and clinical literature. Two dimensions of intimacy have been confirmed as important, namely (1) self and partner's disclosure and (2) partner responsiveness/empathy. We have demonstrated the relevance of both sexual and relationship intimacy as correlates of sexual well-being and pain self-efficacy in women with PVD. Given that emotional dimensions of couple dynamics are associated with sexual function, satisfaction, and pain self-efficacy, there is a clear need to study intimacy in couples living with a sexual dysfunction. To this effect, future research in which sexual dysfunction is the focus may need to move beyond a behavioural perspective to incorporate cognitive, affective and broader aspects of romantic relationships. Strengths of the present study include the fact that all participants were diagnosed with PVD via a standardized gynaecological examination, that the intimacy measures were consistent across the sexual and relationship domains, and were developed from a validated theoretical model of intimacy, which focuses on the couple dynamic. Finally, both partners of the couple relationship were the unit of analyses. Women's intimacy and partners' intimacy were both included as correlates in the analyses, so that, statistically, associations between women-perceived intimacy and women outcomes represent the part of intimacy that does not overlap with partner-perceived intimacy.

This study also has some limitations. The cross-sectional design implies that no causal inferences between the variables can be drawn. Future research using prospective designs is needed in order to verify the direction of the associations; the present design does not allow us to address whether intimacy positively impacts sexual well-being, whether sexual well-being enhances intimacy, or if the effects are reciprocal. The sample in the present study included women aged 18 to 45 years old who were involved in a committed heterosexual romantic relationship for at least six months. Future research is needed to determine whether the results are generalizable to all women suffering from PVD. Another limitation is the self-report methodology. Intimacy is a complex, dynamic, and multisystemic phenomenon that may only be partly captured by self-report questionnaires. Developing and using more diverse measures of intimacy, such as observational and qualitative methodologies, may prove valuable to obtain a more complete picture of empathic responses and disclosure.

Conclusion

In conclusion, investigating interpersonal factors is a promising area of research in women with PVD and their partners. Specifically, women's greater sexual intimacy is associated with their greater sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy. Also, women's greater relationship intimacy is associated with their higher sexual function. Promoting intimacy in interventions could potentially be beneficial for decreasing the negative consequences associated with PVD and fostering the sexual well-being of afflicted women.

References

1. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med.* 2004;49: 772-777.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281: 537-544.
3. Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther.* 2008;34: 198-226.
4. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1997;90: 583-589.
5. Payne KA, Binik YM, Pukall CF, Thaler L, Amsel R, Khalife S. Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Arch Sex Behav.* 2007;36: 289-300.
6. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol.* 2006;107: 617-624.
7. Jodoin M, Bergeron S, Khalife S, Dupuis M-J, Desrochers G, Leclerc B. Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress. *J Sex Med.* 2008;5: 2862-2870.
8. Bergeron S, Rosen NO, Morin M. Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain.* 2011;152: 1223-1225.
9. Druley JA, Stephens MA, Coyne JC. Emotional and physical intimacy in coping with lupus: women's dilemmas of disclosure and approach. *Health Psychol.* 1997;16: 506-514.
10. Manne S, Sherman M, Ross S, Ostroff J, Heyman RE, Fox K. Couples' Support-Related Communication, Psychological Distress, and Relationship Satisfaction Among Women With Early Stage Breast Cancer. *J Consult Clin Psych.* 2004;72: 660-670.
11. Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren MM. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60: 70-76.
12. Ayling K, Ussher JM. "If sex hurts, am I still a woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behav.* 2008;37: 294-304.

13. Sheppard C, Hallam-Jones R, Wylie K. Why have you both come? Emotional, relationship, sexual and social issues raised by heterosexual couples seeking sexual therapy (in women referred to a sexual difficulties clinic with a history of vulval pain). *Sex Relation Ther.* 2008;.23: 217-226.
14. Rosen NO, Bergeron S, Leclerc B, Lambert B, Steben M. Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *J Sex Med.* 2010;7: 3715-3724.
15. Rosen NO, Bergeron S, Glowacka M, Delisle I, Baxter ML. Harmful or helpful: perceived solicitous and facilitative partner responses are differentially associated with pain and sexual satisfaction in women with provoked vestibulodynia. *J Sex Med.* 2012;9: 2351-2360.
16. Cano A, Williams AC. Social interaction in pain: reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain.* 2010;149: 9-11.
17. Granot M, Zisman-Ilani Y, Ram E, Goldstick O, Yovell Y. Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *J Sex Marital Ther.* 2011;.37: 1-16.
18. Goubert L, Craig KD, Vervoort T, et al. Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain.* 2005;118: 285-288.
19. Schnarch DM. *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy.* Norton: New York, 1991.
20. Levine BS, Risen BC, Althof SE. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals.* Routledge: New York, 2010.
21. Ferreira LC, Narciso I, Novo RF. Intimacy, sexual desire and differentiation in couplehood: A theoretical and methodological review. *J Sex Marital Ther.* 2012;.38: 263-280.
22. Reis HT, Shaver P. Intimacy as an interpersonal process. In: Duck SW, ed. *Handbook of Personal Relationships.* Chichester: Wiley, 1988, 367-389.
23. Laurenceau J-P, Rivera LM, Schaffer AR, Pietromonaco PR. Intimacy as an Interpersonal Process: Current Status and Future Directions. In: Mashek NJ, ed. *Handbook of closeness and intimacy.* Erlbaum: New Jersey, 2004: 61-78.
24. Laurenceau J-P, Barrett LF, Pietromonaco PR. Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74: 1238-1251.
25. Birnbaum GE, Reis HT, Mikulincer M, Gillath O, Orpaz A. When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *J Pers Soc Psychol.* 2006;91: 929-943.

26. Binik YM. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Arch Sex Behav.* 2005;34: 11-21.
27. McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex Marital Ther.* 1997;23: 276-290.
28. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav.* 2002;31: 275-287.
29. Brotto LA, Heiman JR, Tolman DL. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *J Sex Res.* 2009;46: 387-398.
30. Basson R. Women's difficulties with low sexual desire and sexual avoidance. In: Levine, Stephen B, ed. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals.* Routledge: New York, 2003: 111-130.
31. Manne SL, Ostroff JS, Norton TR, Fox K, Goldstein L, Grana G. Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho Oncol.* 2006;15: 234-247.
32. Rubin H, Campbell L. Day-to-Day Changes in Intimacy Predict Heightened relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary analysis. *Soc Psycho Pers Sci.* 2012; 1-8.
33. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. *Arch Sex Behav.* 2010;39: 998-1009.
34. Bergeron S, Rosen NO, Pukall CF. Genital pain in women and men: It can hurt more than your sex life. In: Binik YM, Hall K, ed. *Principles and Practice of Sex Therapy*, 5th edition. The Guilford Press: New York, in press.
35. Desrochers G, Bergeron S, Khalife S, Dupuis MJ, Jodoin M. Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *Clin J Pain.* 2009;25: 520-527.
36. Desrochers G, Bergeron S, Khalife S, Dupuis MJ, Jodoin M. Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behav Res Ther.* 2010;48: 106-115.
37. Knoll N, Scholz U, Burkert S, Roigas J, Gralla O. Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1-year follow-up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. *Int J Psychol.* 2009;44: 129-137.
38. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther.* 2004;42: 1129-1148.

39. Robinson JK, Stapleton J, Turrisi R. Relationship and partner moderator variables increase self-efficacy of performing skin self-examination. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58: 755-762.
40. Khan CM, Iida M, Stephens MAP, Fekete EM, Druley JA, Greene KA. Spousal support following knee surgery: Roles of self-efficacy and perceived emotional responsiveness. *Rehabil Psychol.* 2009;54: 28-32.
41. Issner JB, Cano A, Leonard MT, Williams AM. How do I empathize with you? Let me count the ways: relations between facets of pain-related empathy. *J Pain.* 2012;13: 167-175.
42. Johansen AB, Cano A. A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain.* 2007;132: S86-S95.
43. Leong LEM, Cano A, Johansen AB. Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters. *J Pain.* 2011;12: 1140-1148.
44. Lawrance K-A, Byers E. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Pers Relationship.* 1995;2: 267-285.
45. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26: 191-208.
46. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum.* 1989;32: 37-44.
47. Desrosiers M, Bergeron S, Meana M, Leclerc B, Binik YM, Khalife S. Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: partner solicitousness and hostility are associated with pain. *J Sex Med.* 2008;5: 418-427.
48. Turk DC, Melzack R. *Handbook of pain assessment.* 3rd edition. New York: Guilford Press; 2010.
49. Frigon J-Y, Laurencelle L. Analysis of covariance: A proposed algorithm. *Educ Psychol Meas.* 1993;53: 1-18.
50. Smith KB, Pukall CF. A systematic review of relationship adjustment and sexual satisfaction among women with provoked vestibulodynia. *J Sex Res.* 2011;48: 166-191.
51. Kleinplatz PJ, Menard AD, Paquet M, et al. The Components of Optimal Sexuality: A Portrait of "Great Sex". *Can J Hum Sex.* 2009;18: 1-2.

52. Bancroft J, Loftus J, Long J. Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Arch Sex Behav.* 2003;32: 193-208.
53. Stephenson KR, Meston CM. When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *J Sex Med.* 2010;7: 3683-3694.
54. Basson R. Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. In: Levine, Stephen B, ed. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals.* Routledge: New York, 2010: 159-179.
55. Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 2004;33: 527-538.
56. Mitchell KR, Wellings KA, Graham C. How Do Men and Women Define Sexual Desire and Sexual Arousal. *J Sex Marital Ther.* 2012; in press.
57. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98: 310-357.
58. Basson R. The Recurrent Pain and Sexual Sequelae of Provoked Vestibulodynia: A Perpetuating Cycle. *J Sex Med.* 2012;9: 2077-2092.
59. Fruzzetti AE, Iverson KM. Intervening With Couples and Families to Treat Emotion Dysregulation and Psychopathology. In: Snyder, DK ed. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health.* American Psychological Association: Washington, 2006: 249-267.
60. Perel E. The double flame: Reconciling intimacy and sexuality, reviving desire. In: Leiblum, SR ed. *Treating sexual desire disorders: A clinical casebook.* Guilford Press: New York, 2010: 23-43.
61. Master WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy,* Little Brown: Boston, 1970.
62. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain.* 2011;91: 237-306.
63. Leong LEM, Cano A, Johansen AB. Sequential and base rate analysis of emotional validation and invalidation in chronic pain couples: Patient gender matters. *J Pain.* 2011;.12: 1140-1148.
64. Sims KE, Meana M. Why did passion wane? A qualitative study of married women's attributions for declines in sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2010;36: 360-380.

Table 1. Descriptive statistics of the sample ($N = 91$).

	<i>M</i> or <i>N</i>	<i>SD</i> or %
Characteristic		
Age (years)		
Women	27.38	6.04
Partner	29.37	7.79
Women duration of pain (years)	5.63	4.86
Education level (years)		
Women	15.96	2.68
Partner	15.66	2.81
Marital status		
Co-habiting	47	51.65
Married	34	37.36
Committed but not co-habiting	10	10.99
Duration of the relationship (years)	5.63	4.86
Couple's annual income		
\$0 – 19,999	8	8.79
\$20,000 – 39,999	15	16.48
\$40,000 – 59,999	17	18.68
> \$60,000	49	53.85
Women's Cultural Background		
English Canadian	58	63.74
French Canadian	25	27.47
Other	8	8.79
Partners' Cultural Background		
English Canadian	53	58.24

French Canadian	25	27.47
Other	13	14.29
Independent variables		
Sexual intimacy		
Women	37.03	8.33
Partners	37.95	6.85
Relationship intimacy		
Women	38.30	8.79
Partner	37.16	9.14
Dependent variables (<i>N</i> = 91)		
Vulvo-vaginal pain	6.60	1.64
Sexual satisfaction (GMSEX)	22.92	7.25
Sexual function (FSFI) (<i>N</i> = 66)	18.87	6.95
Pain self-efficacy (PISES)	1270.55	314.59

Vulvo-vaginal pain = pain intensity on a Visual Analogue Scale of 0 to 10; Sexual satisfaction = Global Measure of Sexual Satisfaction; Sexual Function = Female Sexual Function Index; Pain self-efficacy = Painful Intercourse Self-Efficacy Scale

Table 2. Correlations between sexual intimacy, relationship intimacy, sexual satisfaction , sexual function, pain self-efficacy and vulvo-vaginal pain (N = 91).

	Partners' sexual intimacy	Women's relationship intimacy	Partners' relationship intimacy	Sexual satisfaction	Sexual function	Pain self-efficacy	Vulvo-vaginal pain
Women's sexual intimacy	.28**	.34**	.06	.59**	.50**	.47**	-.01
Partners' sexual intimacy	-	.01	.29**	.30*	.20	.08	.06
Women's relationship intimacy	-	-	.69**	.24	.41**	.30**	.12
Partners' relationship intimacy	-	-	-	.09	.11	.08	.10
Sexual satisfaction	-	-	-	-	.57**	.40**	.04
Sexual function	-	-	-	-	-	.53**	.09
Pain self-efficacy	-	-	-	-	-	-	-.24**

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

Vulvo-vaginal pain = pain intensity on scale of 0 to 10; Sexual satisfaction = Global Measure of Sexual Satisfaction; Sexual Function = Female Sexual Function Index; Pain self-efficacy = Painful Intercourse Self-Efficacy Scale

Table 3. Hierarchical regression analyses between sexual and relationship intimacy, and sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy

	Women's sexual satisfaction			Women's sexual function			Women's pain self-efficacy		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Step 1									
Women's age	-0.29	0.12	-0.24*	-0.38	0.14	-0.34*	-8.40	5.64	-0.16
Partners' sexual intimacy	0.26	0.11	0.25*	0.10	0.12	0.10	1.12	5.18	0.02
Partners' relationship intimacy	.00	.08	.00	.06	.08	.08	2.09	3.79	0.06
Step 2									
Women's age	-0.13	0.11	-0.11	-0.18	0.12	-0.17	-1.44	5.23	-0.03
Partners' sexual intimacy	0.16	0.11	0.15	.19	.12	.19	-0.30	5.34	-0.01
Partners' relationship intimacy	-0.05	.11	-0.06	-.22	.12	-.31	-3.87	5.38	-0.11
Women' sexual intimacy	0.42	0.09	0.49**	.19	.10	0.24*	14.60	4.40	0.39**
Women' relationship intimacy	0.08	0.12	0.09	.38	0.12	0.54*	8.73	5.75	0.24

** $p < .01$; *** $p \leq .05$

Note. Women's Sexual Satisfaction $R^2 = 0.14$ for Step 1; $\Delta R^2 = 0.24$ for Step 2

Women's Sexual Function $R^2 = 0.15$ for Step 1; $\Delta R^2 = 0.26$ for Step 2

Women's Pain Self-Efficacy $R^2 = 0.03$ for Step 1; $\Delta R^2 = 0.22$ for Step 2

Sexual satisfaction = Global Measure of Sexual Satisfaction; Sexual function = Female Sexual Function Index; Pain self-efficacy = Painful Intercourse Self-Efficacy Scale

Article 2

Empathic response and disclosure among couples coping with vulvodynia in relation to their sexual satisfaction and distress: An observational study

Article soumis pour publication au périodique *Health Psychology*

©APA, 2014

This article may not exactly replicate the final version published in the APA journal.
It is not the copy of record.

Empathic response and disclosure among couples coping with vulvodynia in relation to their sexual satisfaction and distress: An observational study

Katy Bois¹, Sophie Bergeron¹, Natalie O. Rosen², Marie-Hélène Mayrand³, & Audrey Brassard⁴

¹ Département de psychologie, Université de Montréal

² Département de psychologie et de neuroscience, Université de Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

³ Département d'obstétrique et de gynécologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

⁴ Département de psychologie, Université de Sherbrooke

This research has been supported by grants from the Social Sciences and Humanities Research Council and by the Canadian Institutes of Health Research.

Abstract

Objective. Vulvodynia is a prevalent idiopathic pain condition with deleterious consequences on the sexuality of afflicted women and their spouses. Intimacy has been identified as a facilitator of adjustment to health difficulties in couples. The present study aimed to investigate two central components of intimacy among couples with vulvodynia – empathic response and disclosure – in relation to their sexual satisfaction and sexual distress. *Methods.* Using an observational design, 50 women (M age = 24.50, SD = 4.03) diagnosed with vulvodynia and their spouses (M age = 26.10, SD = 5.70) took part in a filmed discussion focusing on the impact of vulvodynia on their lives. Empathic response and disclosure were assessed by a trained observer and self-reported by participants after engaging in the discussion task. The Actor-Partner Interdependence Model (APIM) guided the data analyses. *Results.* Actor and partner effects emerged. Greater empathic response in women was associated with higher women's sexual satisfaction. Greater empathic response in spouses was associated with higher spouses' sexual satisfaction. Greater empathic response in women was associated with higher spouses' sexual satisfaction. Greater disclosure, as reported by women and spouses, was associated with higher spouses' sexual satisfaction. Greater empathic response in women was associated with lower spouses' sexual distress. Higher spouses' perception of disclosure was associated with their lower sexual distress. *Conclusions.* Empathic response and disclosure may buffer against the sexual distress and sexual dissatisfaction of couples coping with vulvodynia. Promoting intimacy through couple interventions may enhance sexual well-being in this population.

Vulvodynia is a common idiopathic vulvo-vaginal pain condition with a prevalence of 8-12% in reproductive-aged women from the general population (Harlow & Stewart, 2003). It is often described as a burning pain provoked by pressure to the vestibule, such as in vaginal penetration, gynecologic examinations, or tampon insertion (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas, & Glazer, 2001). Controlled studies show that vulvodynia is associated with deleterious consequences for women's subjective sexual well-being, including decreased sexual satisfaction and increased sexual distress (Brauer, Ter Kuile, Laan, & Trimbos, 2009; Sutton, Pukall, & Chamberlain, 2009). Spouses also suffer from the negative impacts of vulvodynia as they report higher levels of sexual dysfunction than men from a control group (Pazmany, Bergeron, Van Oudenhove, Verhaeghe, & Enzlin, in press) and fluctuating levels of sexual satisfaction (Jodoin, Bergeron, Khalife, Dupuis, Desrochers, & Leclerc, 2008). Using an observational methodology among both women with vulvodynia and their spouses, the present study's primary goal was to investigate intimacy and its associations with sexual satisfaction and sexual distress.

Relatively few studies have been conducted on the role of interpersonal factors in the experience of vulvodynia. Of these, most focused exclusively on the impact of partner responses to pain on women's sexuality (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010). This paucity of research is striking given that the couple relationship is considered as an important factor in individuals' adaptation to persistent pain and other health problems. Specifically, intimacy is believed to be a central dyadic process within romantic relationships and has been positively associated with indicators of psychological adjustment to chronic pain and illness (Cano & Williams, 2010; Manne & Badr, 2010). Findings from a recent cross-

sectional study showed that intimacy was associated with sexual well-being in women with vulvodynia (Bois, Bergeron, Rosen, McDuff, & Gregoire, 2013). However, prior vulvodynia studies have relied on self-report measures, limiting their ability to capture the complexity of couples' intimate interactions. Using an observational design to move beyond prior methodological limitations, the present study aimed to investigate two components of intimacy among couples with vulvodynia – empathic response and disclosure – in relation to their sexual satisfaction and sexual distress.

The Interpersonal Context of Vulvodynia

Vulvovaginal pain occurs mainly during partnered sexual interactions. Women with vulvodynia report that the pain experience makes them feel sexually inadequate and contributes to an increased emotional distance in their romantic relationships, as well as to a fear of losing their partner (Ayling & Ussher, 2008). These findings suggest that vulvodynia is not only a pain condition but also an interpersonal and affective experience. However, most quantitative studies on interpersonal factors to date have adopted a cognitive-behavioral perspective. The majority focused on partner responses to women's pain during intercourse. Associations were found between higher partners' facilitative responses, lower pain intensity and higher sexual satisfaction in women (Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle, & Baxter, 2012). A recent dyadic daily diary study showed that partners' and women's sexual function decreased on days when s/he perceived higher solicitous and negative male partner responses (Rosen, Bergeron, Sadikaj, Glowacka, Delisle & Baxter, 2013). These studies conceptualized the role of the spouse as one of reinforcement of women's expressions of pain and increased pain intensity (Cano et al., 2010). Only recently have researchers begun examining the role of affective factors in the experience of vulvodynia. Two cross-sectional studies showed that

couples' ambivalence over emotional expression was associated with their lower sexual satisfaction (Awada, Bergeron, Steben, Hainault, & McDuff, 2014), and that attachment anxiety and avoidance were associated with women's reduced sexual satisfaction (Leclerc, Bergeron, Brassard, Bélanger, Steben, & Lambert, in press). These findings suggest that how couples regulate the affective aspects of their relationship may influence their subjective sexual experience. The present observational study examined whether couples' intimate interactions about vulvodynia were associated with their sexual well-being.

Studying Intimacy in Women with Vulvodynia and their Spouses

According to the Interpersonal Process Model of Intimacy (Reis & Shaver, 1988), intimacy develops through a dynamic and reciprocal process of ongoing self and spouse disclosure and empathic responsiveness. Intimacy is associated with improved psychological well-being among women struggling with low sexual desire, is believed to nourish a fulfilling sex life, and is thus targeted in sex and couple therapy interventions (Basson, 2010). Despite this, the role of intimacy in clinical populations' sexual outcomes has rarely been studied empirically.

Recently, Bois et al. (2013) suggested that intimacy might be a protective factor promoting a better adaptation to vulvodynia because of its associations with central dimensions of sexuality. They found that in women with vulvodynia, higher sexual intimacy was associated with greater sexual satisfaction and sexual function. Interestingly, Bancroft, Loftus et Long (2003) found that the association between sexual dysfunction and sexual distress became statistically non-significant when emotional intimacy was controlled for, suggesting that intimacy in the romantic relationship could be related to lower sexual distress in women. Intimacy could also facilitate adjustment to pain for spouses. Spouses of

individuals suffering from cancer who reported higher intimacy in their relationship showed lower psychological distress in comparison to those who reported lower intimacy (Manne et al., 2010).

The Current Research

The present laboratory study aimed to investigate intimacy among women with vulvodynia and their spouses. The Interpersonal Process Model of Intimacy framework was adopted because it 1) has been validated in both community and clinical samples (Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 1998; Manne, Ostroff, Rini, Fox, Goldstein, & Grana, 2004) and 2) has been associated with sexual well-being in women with vulvodynia (Bois et al., 2013). Two complementary approaches were used to assess the complex process of intimacy given that the type of methodology (observational or self-report) may impact findings about disclosure in couples (Manne et al., 2010). First, data collected from the observation of the couple interaction during a filmed discussion task between the woman and her spouse allowed for the assessment of the two key components of intimacy, namely 1) disclosure of personal thoughts and emotions about vulvodynia (Cano et al., 2010) and 2) empathic response communicated verbally and non-verbally. Second, considering that intimacy is a subjective emotional experience, each individual's perspective about disclosure and empathic response – defined as the feeling of being understood, validated and cared for by the spouse – was assessed by self-report following the discussion task (Laurenceau et al., 1998; Reis et al., 1988). The combination of these two approaches had the advantage of capturing a more complete picture of the interactional process of disclosure and empathic response. It also allowed for a fine-grained objective measurement of participants' behaviors during a standardized situation. Importantly, the self-report aspect of the present study tapped into both women and spouses'

subjective experience of intimacy in their shared recent discussion with minimal retrospective bias.

The main goal of this study was to investigate, in women with vulvodynia and their spouses, the associations between two key components of intimacy, disclosure and empathic response, and two sexuality outcomes, sexual satisfaction and sexual distress. Disclosure and empathic response were measured in two ways, namely from the perspective of an observer and self-reported by women with vulvodynia and their spouses. The Actor-Partner Interdependence Model (Kenny, Kashy, & Cook, 2006) was used to control for the potential non-independence of the data and to allow the assessment of actor and partner effects. Gender was included as a covariate because of established gender differences in empathy and disclosure (Dindia & Allen, 1992). Actor and partner effects were expected. It was predicted that greater empathic response in women during the discussion would be associated with their own greater sexual satisfaction but lower sexual distress as well as associated with greater sexual satisfaction but lower sexual distress in their spouses. The corresponding effects were expected in spouses between empathic response, sexual satisfaction and sexual distress. It was also hypothesized that greater disclosure between the woman and the spouse during the discussion would be associated with women's greater sexual satisfaction but lower sexual distress as well as associated with greater sexual satisfaction but lower sexual distress in their spouses. The corresponding effects between disclosure, sexual satisfaction and sexual distress were expected for spouses.

Method

Participants

The sample included 26% of women recruited at regularly scheduled clinical appointments with the study gynecologists, 64% through advertisements in newspapers, websites and on university campuses in a large metropolitan area, 8% at visits to health professionals, and 2% by word of mouth. Sociodemographic characteristics did not differ between groups. Women were screened for eligibility by a semi-structured interview focusing on vulvodynia symptomatology, and 94% were examined and diagnosed with vulvodynia by a gynaecologist. Six percent were selected based solely on the semi-structured interview because they did not present themselves to the gynecological examination. Their sociodemographics did not differ from those of the other participants. The diagnostic gynecological examination included a standardized form of the “cotton swab test” (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas, & Glazer, 2001). The inclusion criteria for women with vulvodynia were the following: (1) pain during vaginal penetration which is subjectively distressing, occurs(ed) on 75% of intercourse attempts in the last 6 months, and had lasted for at least 6 months, (2) pain located in the vulvo-vaginal area (i.e. at the entrance of the vagina), (3) pain limited to intercourse and other activities involving pressure to the vestibule (e.g., bicycling), and (4) involved in a committed romantic relationship for at least 6 months. Exclusion criteria were: (1) vulvar pain not clearly linked to intercourse or pressure applied to the vestibule, (2) absence of sexual activity (defined as manual or oral stimulation, masturbation, intercourse) with the spouse in the last month, and (3) presence of one of the following: active infection previously diagnosed by a physician or self-reported infection, vaginismus (as defined by DSM-IV-TR), pregnancy, and age less than 18 or greater than 45 years. The reasons for ineligibility were: 24 (28%) were not in a relationship, 20 (23%) indicated that they lived too far away to come to the laboratory to participate, 19 (22%) had partners who declined

participation, and 24 (28%) were ineligible for other reasons (i.e. fibromyalgia, pregnancy, chronic vaginal infections). Of the 53 (38%) couples who met eligibility criteria and agreed to participate, three (6%) did not complete the study, for a final sample size of 50 women and their spouses (49 heterosexual couples and one same-sex couple).

Procedure

Eligible couples presented themselves at the investigators' university laboratory and provided informed consent. Participants attended a three-hour lab session during which they 1) completed questionnaires about their sociodemographics, sexual satisfaction and sexual distress; 2) engaged with their spouse in a discussion recorded on video; and 3) completed a short post-discussion questionnaire about empathic response, disclosure, and intimacy. Prior to the videotaped discussion task, couples were asked to complete a warm up task consisting of talking together for five minutes about something they recently read in the newspaper or saw on television (Manne et al. 2004). The discussion task procedure was developed based on standard observation studies (e.g. Gottman, 1979), on feedback from couples who participated in our pilot study and on researchers' recommendations to generate disclosure in couples (Cano et al., 2010). During the discussion, members of each couple took turns being a speaker for 10 to 15 minutes and a listener for 10 to 15 minutes. First, one member of the couple (the speaker) was asked to share with his/her spouse the ways in which vulvodynia has impacted his/her life. The listener was asked to react as he/she would like. The couples were asked to talk about this subject together in the manner they would like, as naturally as possible and to behave as they would at home. Second, the other member of the couple then shared about the same subject following the same instructions. The topic of the discussion was selected to allow for the assessment of the couples' degree of disclosure and empathic response around

the subject with which they encounter difficulties – vulvodynia. The order of speakers (woman with pain or spouse) was random. Finally, participants completed questionnaires about their perception of the discussion, including a 5-item Likert scale (1= Not at all; 5 = Very much) asking *To what extent does the discussion you had with your partner resemble a discussion you would have had at home?* Women's ($M = 3.96$, $SD = 0.92$) and spouses' ratings ($M = 3.92$, $SD = 0.99$) indicated that they perceived their discussion to be realistic. Each couple received \$50 for their participation in the study, as well as psychoeducational information about vulvo-vaginal pain and references to local health professionals with expertise in vulvodynia. The current study was approved by the health center and university's Institutional Review Boards where the research took place.

Observational Measures

Observed empathic response. Women and spouses' empathic response were assessed using the Empathic Response Card-Sort (ERCS) which was developed for this study. The ERCS was designed during a pilot study with couples from the same population (unpublished data) whereby a great variety of potential behaviors was captured, and in collaboration with senior psychologists in couple therapy. The ERCS is a 44-item measure designed to assess the quality of empathic response during couple interactions. This rating system was developed in accordance with Reis and Shaver's (1988) model of intimacy and the clinical literature on intimacy (Schnarch, 1991). The ERCS was also designed building on previous observational couple studies (e.g. Cano, Leong, Heller, Lutz, 2009; Manne et al., 2004). The ERCS includes items describing potential empathic response (e.g., minimal empathic verbal attention; empathic attempt to understand the other by asking questions on his/her behaviors and/or personal experiences) and nonempathic response (e.g., listener reprimands or criticizes the

speaker; speaker expresses distress to the listener, but listener is not aware of it, ignores it, or does not respond to it). These items are sorted by an observer into five piles. The piles reflected the degree to which the item represented behaviors the listener had engaged in during the interaction (-2= very unlike her/his behavior to 2= very similar to her/his behavior). A randomly selected 20% of videotaped interactions were coded independently by two raters, who prior to this, completed an exhaustive theoretical and practical training with the lead author. Inter-rater reliability was very good, as indicated by intraclass correlation (ICC = .85). As expected, the ERCS and relationship intimacy measure from Laurenceau et al. (1998) and described in Bois et al. (2013), were positively correlated within person for women ($r = 0.32$, $p < .001$) and spouses ($r = 0.48$, $p < .001$). The score of the nonempathic response items was reversed before the calculation of the total score. Higher scores indicate greater observed empathic response during the discussion and a total score can range from -88 to 88. Cronbach's alphas were respectively .91 and .88 for women and spouses' observed empathic response in this sample.

Observed disclosure. Women and spouses' observed disclosure was measured by the Disclosure Coding System which was developed for this study. This measure was also designed in accordance with Reis and Shaver's Model of Intimacy (Reis et al., 1988), based on previous research (Manne et al., 2004; Laurenceau et al., 1998) and revised during piloting. The measure has seven items designed to assess the extent to which the speaker discloses verbally and non-verbally his/her personal thoughts and hopes (e.g. the speaker discloses her thoughts/perceptions to the listener), emotions (e.g., the speaker discloses her/his negative emotions to the listener), and impacts of the pain (e.g., the speaker discloses about the impact the pain has on his/her life), and the centrality of the disclosure (e.g., the speaker is central to

the experience when s/he self-discloses). Ratings were made by trained observers on a 5-point Likert scale (1= Not at all, 5= Very much). For example, an individual had a higher score if s/he self-disclosed few but personal thoughts and had a lower score if s/he self-disclosed a lot of impersonal facts. Inter-rater reliability was conducted on a random sample of 20% of videotaped interactions of the couples by two trained raters and was found to be adequate (ICC = .70). Higher scores indicate greater observed disclosure during the discussion and a total score can range from 7 to 35. Cronbach's alphas were respectively .74 and .85 for women and spouses' observed disclosure in this sample.

Self-report Measures

Women and spouses individually completed the two following measures after engaging in the discussion task. Measures were adapted in accordance with the Interpersonal Process Model of Intimacy (Reis et al., 1988) and Laurenceau et al.'s (1998) research.

Perceived disclosure. Participants rated their perception of the disclosure during their discussion with their spouse. They completed a 16-item scale consisting of 8 items measuring their perception of their self-disclosure and 8 items measuring their perception of their spouse's disclosure during the discussion of thoughts, information, positive emotions, negative emotions, hopes and behaviors (e.g., during the discussion, to what extent did you disclose your thoughts to your partner?), as well as about their sexuality (e.g., during the discussion, to what extent did your partner self-disclose about his/her sexuality?) and the impacts of pain on their life (e.g., during the discussion to what extent did you self-disclose to your partner about how the pain affects your life?). Ratings were made on a 5-point Likert scale (1= Not at all, 5 = Very much). Higher scores indicate greater perceived disclosure during the discussion and a

total score can range from 16 to 80. Cronbach's alphas were respectively .87 and .92 for women and spouses' perceived disclosure in this sample.

Perceived empathic response. Participants rated their perception of spouse empathic response during the discussion. They completed a 3-item scale assessing to what degree they felt understood (during the discussion, to what degree did you feel understood by your partner?), accepted (during the discussion, to what degree did you feel accepted by your partner?) and cared for (during the discussion, to what degree did you feel cared for by your partner?). Ratings were made on a 5-point Likert scale (1= Not at all, 5 = Very much). Higher scores indicate higher perceived empathic response during the discussion and a total score can range from 3 to 15. Cronbach's alphas were respectively .82 and .88 for women and spouses' perceived empathic response in this sample.

Sexual Satisfaction. Women and spouses' sexual satisfaction was assessed by the Global Measure of Sexual Satisfaction Scale, which included 5 items asking whether or not sexual experiences are Good versus Bad, Pleasant versus Unpleasant, Positive versus Negative, Satisfying versus Unsatisfying, and Valuable versus Worthless on a 7-point Likert scale. Higher scores indicate greater satisfaction and total scores can range from 5 to 35. This measure has good psychometric proprieties (Lawrance & Byers, 1995). Cronbach's alphas were respectively .91 and .89 for women and spouses' sexual satisfaction in this sample.

Sexual distress. Women's sexually related personal distress was measured using the Female Sexual Distress Scale (FSDS) and spouses' sexual distress was measured using an adapted version of this scale. The FSDS is a 12-item self-report questionnaire assessing how often in the last month a sexual difficulty has caused distress (e.g., how often did you feel distressed about your sex life? frustrated by your sexual problems?) on a 5-point Likert scale

(0= Never, 4= Always). This measure has excellent psychometric properties including good discriminant validity and reliability and has been validated in women presenting with sexual dysfunction (Derogatis, Rosen, Leiblum, Burnett, & Heiman, 2002). For spouses, the adapted version included 8 items identical to those of the FSDS and 4 adapted items assessing the sexual distress related to the woman's sexual problem (i.e. How often did you feel frustrated by the sexual problems of your partner?). Cronbach's alphas were respectively .89 and .93 for women and spouses' sexual distress in this sample.

Data Analyses

The dyadic nature of the data collected among women and their spouses and the fact that women and spouses had interactions together during the discussion increased the chance that members of the couple had influenced each other and thus the potential non-independence of the data (Kenny et al., 2006). Given the interdependency of the data, the Actor-Partner Interdependence Model (APIM) (Kenny et al., 2006) guided the analyses. This model allows to position the couple as the unit of analyses and to assess 1) actor effects (e.g., effect of women's empathic response on their own sexual satisfaction) while controlling for partner effects, and 2) partner effects (e.g. effect of women's empathic response on their spouse's sexual satisfaction) while controlling for actor effects. Actor and partner effects are believed to be particularly relevant in couples formed of one person having a diagnosis of a health condition and of one undiagnosed person (Reed, Butler, & Kenny, 2013). Using SPSS, a dyad-structure data set was created, the data were standardized and gender was recoded (Women with vulvodynia= 1; Spouses= -1).

Results

Table 1 presents the mean, range, and standard deviation for both women and spouses' sociodemographics, intimacy measures, sexual satisfaction and sexual distress. No sociodemographic variables were included as covariates in subsequent analyses because none of their correlations with the outcomes was higher than .30 (Frigon & Laurencelle, 1993). Women reported higher sexual distress ($M = 28.82$, $SD = 9.14$) than their spouses ($M = 15.10$, $SD = 10.44$, paired $t[98] = 6.99$, $p < .001$, $d = .90$). Women and spouses did not significantly differ on sexual satisfaction.

Zero-order Correlations

The expression *observed empathic response* and *observed disclosure* refers respectively to empathic response and disclosure as assessed during the discussion task by a trained observer. The expressions *perceived empathic response* and *perceived disclosure* refer to empathic response and disclosure perceived and self-reported by women and spouses following the discussion task. Pearson correlations showed that women's observed empathic response was positively associated with spouses' observed empathic response ($r = 0.43$, $p = .002$), women's sexual satisfaction ($r = 0.42$, $p = .002$), spouses' sexual satisfaction ($r = 0.59$, $p = .001$), women's sexual distress ($r = -0.30$, $p = .03$) and spouses' sexual distress ($r = -0.62$, $p = .001$). Spouses' observed empathic response was associated with women's sexual satisfaction ($r = 0.33$, $p = .02$), spouses' sexual satisfaction ($r = 0.47$, $p = .001$) and spouses' sexual distress ($r = -0.43$, $p = .002$). Women's perceived empathic response was positively associated with spouses' perceived empathic response ($r = 0.40$, $p = .004$), spouses' sexual satisfaction ($r = 0.34$, $p = .02$), and women's sexual distress ($r = -0.35$, $p = .01$). Spouses' perceived empathic response was positively associated with women's sexual satisfaction ($r = 0.37$, $p = .01$), spouses' sexual satisfaction ($r = 0.49$, $p = .001$), women's sexual distress ($r = -0.29$, $p =$

.04) and spouses' sexual distress ($r = -0.60, p = .04$). Women's observed disclosure was positively associated with spouses' observed disclosure ($r = 0.42, p = .001$). Women's perceived disclosure was positively related to spouses' perceived disclosure ($r = 0.43, p = .002$), women's sexual satisfaction ($r = 0.32, p = .03$), spouses' sexual satisfaction ($r = 0.45, p = .001$) and spouses' sexual distress ($r = -0.29, p = .045$). Spouses' perceived disclosure was positively related to women's sexual satisfaction ($r = 0.31, p = .03$), spouses' sexual satisfaction ($r = 0.45, p = .001$), women's sexual distress ($r = -0.34, p = .02$) and spouses' sexual distress ($r = -0.40, p = .004$).

Analyses drawing on the APIM (Kenny et al., 2006) were conducted to control for the non-independence of the data. Separate analyses were conducted for observed empathic response, perceived empathic response, observed disclosure and perceived disclosure in relation to 1) sexual satisfaction and 2) sexual distress. Gender was entered in the model of analyses and gender effects on actor and partner effects were tested.

Empathic Response and Disclosure in Relation to Sexual Satisfaction and Sexual Distress

Women's sexual satisfaction. Actor and partner effects emerged. First, during the discussion, greater observed empathic response in women was associated with their own higher sexual satisfaction ($\beta = 0.35, t(47) = 2.42, p < .05$). Second, spouses' perception of higher empathic response in women during the discussion was related to women's higher sexual satisfaction ($\beta = 0.34, t(47) = 2.30, p < .05$).

Spouses' sexual satisfaction. Actor and partner effects emerged. First, during the discussion, greater observed empathic response in spouses was associated with their higher sexual satisfaction ($\beta = 0.26, t(47) = 2.08, p < .05$). Second, during the discussion, greater

observed empathic response in women was associated with spouses' higher sexual satisfaction ($\beta = 0.43, t(47) = 3.84, p < .01$). Third, women's perception of higher disclosure between both members of the couple during the discussion was associated with spouses' higher sexual satisfaction ($\beta = 0.31, t(47) = 2.33, p < .05$). Fourth, spouses' perception of higher disclosure between both members of the couple during the discussion was related to their higher sexual satisfaction ($\beta = 0.29, t(47) = 2.31, p < .05$). Fifth, women's perception of higher empathic response in spouses during the discussion was related to spouses' higher sexual satisfaction ($\beta = 0.38, t(47) = 3.09, p < .01$). No significant gender differences were found for these effects.

Women's sexual distress. No effects emerged for women's sexual distress.

Spouses' sexual distress. Actor and partner effects emerged. First, during the discussion, greater observed empathic response in women was associated with spouses' lower sexual distress ($\beta = -0.45, t(47) = -4.35, p < .001$). Second, spouses' perception of higher empathic response in women during the discussion was related to spouses' lower sexual distress ($\beta = -0.51, t(47) = -4.74, p < .001$). Third, spouses' perception of higher disclosure during the discussion was related to their lower sexual distress ($\beta = -0.29, t(47) = -2.33, p < .05$). The partner effect of observed empathic response for spouses differed significantly from the effect of observed empathic response in women ($p < .05$) with regard to sexual distress. No significant gender differences were found for these effects.

Discussion

Using a combination of observational and self-report methodologies, this study aimed to examine the associations between empathic response, disclosure, sexual satisfaction, and sexual distress in women with vulvodynia and their spouses. First, greater participant empathic

response during a video-recorded discussion task, as rated by an observer and perceived by their spouse, was associated with the participants' own higher sexual satisfaction. This pattern of effects emerged in both women with vulvodynia and their spouses. Greater women's empathic response rated by an observer was associated with spouse's higher sexual satisfaction. Greater disclosure during the discussion task, as perceived by women and spouses, was associated with spouses' higher sexual satisfaction. Greater empathic response in women during the discussion task, as rated by an observer and perceived by their spouse, was associated with spouses' lower sexual distress. Higher spouses' perception of disclosure during the discussion was associated with spouses' lower sexual distress. Findings support an intimacy process model of interaction and suggest that disclosure about the impact of vulvodynia and subsequent empathic response might enhance sexual satisfaction and lessen sexual distress among couples coping with this idiopathic pain problem.

Empathic response and sexual satisfaction. Women showing empathic response during a filmed discussion task, as rated by a trained observer and perceived by their spouse, reported higher sexual satisfaction. This finding is consistent with that from a self-report study on women with vulvodynia, showing that their perception of greater sexual intimacy in their relationship was associated with their higher sexual satisfaction (Bois et al., 2013). Spouses having greater empathic response, as rated by an observer and as perceived by women with vulvodynia, also reported higher sexual satisfaction. Providing an empathic response is thus associated with a more satisfying sexuality. Laurenceau and Kleinman (2006) suggested that the experience of intimacy might not only happen when an individual receives an empathic response, but also when s/he provides an empathic response. Women's observed empathic response was associated with spouses' sexual satisfaction. In line with theoretical models of

intimacy, empathy communicates validation, understanding, and caring in response to the speaker's disclosure (Reis & Shaver, 1988). In previous research among older participants, optimal sexual experiences were more likely to occur when open, expressive, responsive, and empathically attuned communication was present (Kleinplatz & Ménard, 2007). The nuances of nonverbal communication in empathic response, assessed in the present study, were also highlighted as an important feature of emotional connection and optimal sexuality (Kleinplatz et al., 2007). Emotional connection and responsiveness have been argued to be central to women's sexual satisfaction (Basson, 2010), and more recently to men's (Kleinplatz, Ménard, Paradis, Campbell, & Dalglish, 2013). Greater women's empathic response rated by a trained observer, but not perceived by spouses, was also associated with spouses' higher sexual satisfaction. This finding suggests that the women's empathic response does not necessarily need to be perceived by the spouse to be related to the spouse's sexual satisfaction.

Specifically, in vulvodynia, the presence of pain during intercourse often forces the couple to adapt their sexuality to pain-free and pleasurable sexual activities for the woman. In women in nondistressed unions, relationship closeness has been associated with sexual satisfaction above and beyond the effect of frequency of sexual activity, her arousal and her desire (Hurlbert, Apt, & Rabehl, 1993). Empathic response in couples might nourish their emotional connection and facilitate the exploration of eroticism in sexuality, despite the presence of pain.

Disclosure and sexual satisfaction. Greater disclosure during the discussion task, as perceived by women and their spouses, was associated with spouses' higher sexual satisfaction. This result is consistent with those of correlational self-report studies showing associations between: 1) indirect communication about sexual intimacy and lower sexual

satisfaction in a sample of married couples (Theiss, 2011); 2) disclosure of sexual likes and dislikes and higher sexual satisfaction (Rehman, Rellini, & Fallis, 2011); 3) daily increases in intimacy in both women and their spouses and greater sexual satisfaction (Rubin & Campbell, 2012). In the present study, disclosure was found to be associated with spouses' sexual satisfaction but not with women's. The examination of gender differences in sexual communication and disclosure has yielded inconsistent results (Holmberg & Blair, 2009). Meta-analyses and research findings provide support for the idea that gender differences in sexuality could be smaller than thought in popular belief and may not be sufficient to explain differences in sexual experiences (Hyde, 2005). The expected positive association between disclosure and sexual satisfaction might not have been found in women because of individual differences in the interpretation of disclosure. The discussion task involved couples sharing their thoughts and emotions about the impacts of vulvodynia. For some women, disclosure might be viewed as an important component of developing an emotional connection with a spouse, yet women could also differ in their response to disclosure. Some women with vulvodynia describe the tendency to try to fulfill their spouse's need for penetrative sex (Ayling & Ussher, 2008). Spouses' disclosure about the impact of vulvo-vaginal pain could accentuate this tendency, and lead to decrease women's sexual satisfaction. Discussing the impacts of vulvo-vaginal pain could also increase women's catastrophizing and anxiety about their pain and sexuality, which are associated with higher pain intensity (Desrochers, Bergeron, Khalife, Dupuis, & Jodoin, 2009). Future research is needed to capture a more nuanced picture of the association between disclosure and sexual satisfaction.

Empathic response, disclosure and sexual distress in spouses. Greater empathic response in women during the discussion task, as perceived by a trained observer and perceived by their spouse, was associated with spouses' lower sexual distress. Among chronic pain couples, a similar pattern of effects was found; female patients and spouses' observed behaviors of non-empathic response were associated with greater spouse depressive symptoms (Leong, Cano, & Johansen, 2011). Higher spouses' perception of disclosure between the women and their spouse during the discussion was associated with spouses' lower sexual distress. This result was also found in cancer patients and their spouses (Manne et al., 2010). The process by which personal disclosure is shared and followed by an empathic response by a spouse is believed to be essential to emotional regulation in couples (Fruzzetti & Iverson, 2006). Moreover, intimacy in a romantic relationship promotes higher levels of social support and is positively associated with mental health (Reis & Frank, 2005). Women's empathic response and disclosure may lessen spouses' sexual distress by helping them to cope more adaptively with the negative effects of vulvodynia.

Empathic response, disclosure and sexual distress in women. Empathic response and disclosure during the discussion task were not associated with sexual distress in women. This result was unexpected considering recent theoretical formulations highlighting that interpersonal factors are central to women's sexual well-being (Basson, 2010). Although vulvodynia is a shared adversity in a couples' relationship, sexual distress in women and their spouses could be experienced differently. The distress in women with vulvodynia is consistently found to be high (Brauer et al., 2009). In contrast, results of the few studies having focused on spouses suggest that distress in spouses can vary (Jodoin et al., 2008; van

Lankveld, Brewaeys, Ter Kuile, & Weijnen, 1995). Given that spouses do not experience pain during intercourse themselves, their experience of distress is important but might be of a lower intensity than that of women. In the present study, women reported almost twice the sexual distress reported by their spouses. Thus, the impacts of disclosure and empathic response alone might not be sufficient for women to experience a decrease in their sexual distress. In a nonclinical sample, intimacy was more strongly associated with sexual satisfaction than distress (Stephenson & Meston, 2012). In a clinical sample, higher sexual distress was more strongly associated with lower sexual functioning than lower satisfaction (Stephenson et al., 2012). Even though intimacy is positively associated with sexual satisfaction in women with vulvodynia, an increase in sexual function may be necessary to see a decrease in sexual distress.

Strengths and Limitations

Findings support the examination of intimacy using an observational methodology among women with vulvodynia and their spouses. A major strength of the present study was the assessment of both an observational and a subjective perception of empathic response and disclosure close in time to a specific discussion task about vulvodynia. Further, the combination of observational and self-report measures matched the conceptual approach of intimacy put forward in the current study (Cano et al., 2010). It allowed for the collection of independent reports as well as the examination of actor and partner effects on sexual satisfaction and distress. Women with vulvodynia suffer from sexual distress (Brauer et al., 2009). The present study is to our knowledge the first to investigate interpersonal correlates of sexual distress. Finally, this study represents an effort to move beyond a behavioral conceptualization of partner responses in vulvodynia to an intimacy model of couple

interactions. It included spouses as active members in an intimate and emotional experience from which they also suffer.

Limitations of the present study warrant consideration. First, the participation rate was low, but reasonable considering couples had to be open to being filmed during a discussion about the impacts of vulvodynia on their life. For this reason, the generalizability of the results is limited. Second, it is also limited by the fact that the majority of participants were young and heterosexual. Third, even though couples rated their discussions in the study as fairly representative of their discussions at home, the laboratory context of the procedure did not promote high ecological validity. Nevertheless, the observational methodology increased the capture of intimacy as a transactional and dynamic process, with a minimal recall bias and the inclusion of nonverbal communication.

Conclusions

A number of important conclusions emerged from the current study. Findings point toward the importance of understanding the interpersonal context of vulvodynia and examining its affective dimensions. Results complement existing cross-sectional evidence showing that couple dynamics and intimacy are related to women and spouses' subjective sexual well-being (Stephenson, Rellini, & Meston, 2013). Empathic response and disclosure may represent protective factors that buffer against the sexual dissatisfaction and sexual distress of couples struggling with vulvodynia. Future longitudinal studies are needed to assess intimacy at multiple time points and to take into account its ebbs and flows (Laurenceau et al., 2006). Finally, the treatment of vulvodynia often necessitates a multi-dimensional approach (Bergeron et al., 2011), but has focused primarily on the woman. Sexual well-being could

potentially be facilitated by a focus on intimacy in therapeutic interventions involving both members of the couple.

Table 1. *Descriptive statistics for the sample (N = 50 couples).*

	<i>M</i> (range) or <i>N</i>	<i>SD</i>	%
Characteristic			
Women Age (years)	24.50 (18-34)	4.03	-
Spouses Age (years)	26.10 (19-46)	5.70	-
Women's pain intensity	6.95 (1-10)	1.35	-
Women's duration of pain (months)	51.50 (6-180)	43.34	-
Education level (years)			
Women	15.92 (12-22)	2.06	-
Spouses	15.54 (9-21)	2.42	-
Marital status			
Cohabiting	26	-	52
Married	3	-	6
Committed	21	-	42
Relationship length (years)	3.45 (0 – 14)	2.99	--
Couple's annual income			
\$0 – 19,999	11	-	22
\$20,000 – 39,000	10	-	20
\$40,000 – 59,000	11	-	22
\$60,000 and over	18	-	36
Independent variables			
Observed empathic response			
Women	22.04 (-28.00-54.00)	21.97	-
Spouses	30.22 (-13.00-63.00)	19.89	-
Perceived empathic response			
Women	13.38 (7-15)	2.19	-
Spouses	13.02 (7-15)	2.34	-
Observed disclosure			
Women	7.62 (5-10)	1.63	-
Spouses	6.40 (3-10)	1.78	-
Perceived disclosure			
Women	63.96 (42-79)	9.07	-
Spouses	66.46 (43-80)	9.73	-
Dependent variables			
Sexual Satisfaction-GMSEX			
Women	23.94 (8-34)	6.75	-
Spouses	26.04 (7-34)	6.04	-
Sexual Distress-FSDS			
Women	28.82 (4-48)	9.13	-
Spouses	15.10 (1-44)	10.44	-

References

- Awada, N., Bergeron, S., Steben, M., Hainault, V.A., & McDuff, P. (2014). To Say or not to Say: Dyadic Ambivalence over Emotional Expression and Its Associations with Pain, Sexuality, and Distress in Couples Coping with Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12463>
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 294-304. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. (2003). Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023420431760>
- Basson, R. (2010). Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. In Levine, S.B., Risen, C.B. & Althof, S.E.(2.ed.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (pp. 159-179). New York, Routledge.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., & Glazer, H. I. (2001). Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 45-51.
- Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain*, 152(6), 1223-1225. doi: S0304-3959(11)00042-X10.1016/j.pain.2011.01.035
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Gregoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners:

- Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 2024-2035. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12210>
- Brauer, M., Ter Kuile, M. M., Laan, E., & Trimbos, B. (2009). Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(1), 1-24. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230802525604>
- Cano, A., Leong, L., Heller, J. B., & Lutz, J. R. (2009). Perceived entitlement to pain-related support and pain catastrophizing: Associations with perceived and observed support. *Pain*, 147(1-3), 249-254. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.09.023>
- Cano, A., & Williams, A. C. (2010). Social interaction in pain: reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain*, 149(1), 9-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.010>
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230290001448>
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *The Clinical Journal of Pain*, 25(6), 520-527. doi: 10.1097/AJP.0b013e31819976e3.
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112(1), 106-124. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.106>

- Frigon, J. Y., & Laurencelle, L. (1993). Analysis of covariance: A proposed algorithm. *Educational and Psychological Measurement, 53*(1), 1-18.
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2006). Intervening With Couples and Families to Treat Emotion Dysregulation and Psychopathology. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families : Pathways to dysfunction and health* (pp.249-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Empirical investigations*. New York : Academic Press.
- Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: Have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of the American Medical Women's Association, 58*, 82-88.
- Holmberg, D., & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research, 46*(1), 57-66. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490802645294>
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & Rabehl, S. M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy, 19*(2), 154-165.
<http://dx.doi.org/10.1080/00926239308404899>
- Hyde, J. S. (2005). The Gender Similarities Hypothesis. *American Psychologist, 60*(6), 581-592. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.581
- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis, M.-J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (2008). Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their

implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress.

Journal of Sexual Medicine, 5(12), 2862-2870. doi: 10.1111.j/1743-6109.2008.00950.x

Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, NY: Guilford Press.

Kleinplatz, P. J., & Menard, A. (2007). Building Blocks Toward Optimal Sexuality:

Constructing a Conceptual Model. *The Family Journal*, 15(1), 72-78.

<http://dx.doi.org/10.1177/1066480706294126>

Kleinplatz, P. J., Menard, A., Paradis, N., Campbell, M., & Dalglish, T. L. (2013). Beyond sexual stereotypes: Revealing group similarities and differences in optimal sexuality.

Canadian Journal of Behavioural Science, 45(3), 250-258. doi :10.1037/a0031776

Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1238-1251.

Laurenceau, J.-P., & Kleinman, B. M. (2006). Intimacy in Personal Relationships. In Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (Eds.) *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 637-653). New York, NY: Cambridge University Press.

Lawrance, K.-A., & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285.

Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, M., Steben, M., & Lambert, B. (in press). Attachment, sexual assertiveness and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Archives of Sexual Behavior*.

- Leong, L. E. M., Cano, A., & Johansen, A. B. (2011). Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters. *Journal of Pain, 12*(11), 1140-1148.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.04.004>
- Manne, S., & Badr, H. (2010). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Psycho-Oncology, 19*(9), 941-954.
<http://dx.doi.org/10.1002/pon.1645>
- Manne, S., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2004). The Interpersonal Process Model of Intimacy: The Role of Self-Disclosure, Partner Disclosure, and Partner Responsiveness in Interactions Between Breast Cancer Patients and Their Partners. *Journal of Family Psychology, 18*(4), 589-599.
<http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.589>
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(3), 234-247.
- Pazmany, E., Bergeron, S., Van Oudenhove, L., Verhaeghe, J., & Enzlin, P. (in press). Sexual communication, dyadic adjustment and psychosexual well-being in pre-menopausal women with dyspareunia and their partners: A controlled study. *Journal of Sexual Medicine*.
- Reed, R. G., Butler, E. A., Kenny, D. A. (2013). Dyadic models for the study of health. *Social and Psychology Compass, 7*, 228-245. <http://dx.doi.org/10.1111/spc3.12022>

- Rehman, U. S., Rellini, A. H., & Falli, E. (2011). The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3108-3115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02439.x>
- Reis, H. T., & Franks, P. (1994). The role of intimacy and social support in health outcomes: Tow processes or one? *Personal Relationships*, 1(2), 185-197.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In Duck, S. W. (Eds.), *Handbook of Personal Relationships* (pp.367-389). Chichester: Wiley.
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M. L. (2012). Harmful or helpful: perceived solicitous and facilitative partner responses are differentially associated with pain and sexual satisfaction in women with provoked vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2351-2360. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02851.x>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3715-3724. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M.-L. (2013). Impact of Male Partner Responses on Sexual Function in Women With Vulvodynia and Their Partners:A Dyadic Daily Experience Study. *Health Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034550>
- Rubin, H., & Campbell, L. (2012). Day-to-Day Changes in Intimacy Predict Heightened relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary

analysis. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 224-231.

<http://dx.doi.org/10.1177/1948550611416520>

Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. Norton: New York.

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2012). Consequences of impaired female sexual functioning: Individual differences and associations with sexual distress. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(4), 344-357.

<http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2012.738905>

Stephenson, K. R., Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2013). Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 143-152. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9961-3>

Sutton, K. S., Pukall, C. F., & Chamberlain, S. (2009). Pain ratings, sensory thresholds, and psychosocial functioning in women with provoked vestibulodynia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(4), 262-281. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230902851256>

Tarabulsky, G. M., Provost, M. A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D. R., . . . Pierce, T. (2009). Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother-infant interaction. *Infant Behavior & Development*, 32(1), 132-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.09.006>

Theiss, J. A. (2011). Modeling dyadic effects in the associations between relational uncertainty, sexual communication, and sexual satisfaction for husbands and wives. *Communication Research*, 38(4), 565-584.

<http://dx.doi.org/10.1177/0093650211402186>

van Lankveld, J. J. D. M., Brewaeys, A. M. A., Ter Kuile, M. M., & Weijnenborg, P. T. M. (1995). Difficulties in the Differential Diagnosis of Vaginismus, Dyspareunia and Mixed Sexual Pain Disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *16*(4), 201-209. <http://dx.doi.org/10.3109/01674829509024470>

Conclusion

Résumé des objectifs

L'objectif principal de la thèse et des deux articles empiriques était d'examiner l'intimité chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires en lien avec des dimensions du bien-être sexuel. La conceptualisation de l'intimité utilisée dans la thèse provient de la théorie de l'*Interpersonal Process Model of Intimacy* (Reis & Shaver, 1988). Selon ce modèle, les deux composantes principales de l'intimité sont le dévoilement et la réponse empathique. Ce modèle a été validé auprès d'échantillons cliniques et de la population générale (Laurenceau, Barrett, & Rovine, 2005; Manne, Ostroff, et al., 2004). Sur le plan clinique, l'intimité a été identifiée comme facteur facilitateur de l'adaptation d'un couple à la présence de douleur persistante ou de difficultés de santé (Cano & Williams, 2010; Manne, Badr, & Kashy, 2012).

Premier article

D'abord, le premier article de thèse a porté sur l'intimité conjugale et l'intimité sexuelle chez les couples, telles que perçues par la femme présentant de la vulvodynie et son partenaire, en lien avec la satisfaction sexuelle, la fonction sexuelle, le sentiment d'auto-efficacité par rapport à la douleur vulvo-vaginale et l'intensité de douleur des femmes. Il était attendu qu'une plus grande intimité conjugale et qu'une plus grande intimité sexuelle perçues par la femme seraient associées à une plus grande satisfaction sexuelle, une fonction sexuelle plus élevée et à un plus grand sentiment d'auto-efficacité chez la femme. Aussi, il était attendu qu'une plus grande intimité conjugale et une plus grande intimité sexuelle perçues par le partenaire seraient associées à une plus grande satisfaction sexuelle, une fonction sexuelle plus élevée et à un plus grand sentiment d'auto-efficacité chez la femme. Les associations entre

l'intimité sexuelle, l'intimité conjugale et l'intensité de douleur chez la femme ont été examinées de façon exploratoire.

Chez les femmes seulement, les résultats ont montré une association significative entre (1) une plus grande intimité sexuelle et une plus grande satisfaction sexuelle, (2) une plus grande intimité sexuelle et un sentiment d'auto-efficacité par rapport à la douleur plus élevée et (3) une plus grande intimité sexuelle et une fonction sexuelle plus élevée. Les résultats ont indiqué aussi qu'une plus grande intimité conjugale perçue par la femme est associée à une fonction sexuelle plus élevée chez elle. L'intimité sexuelle et l'intimité dans la relation perçues par l'homme n'a pas été pas significativement associées à la fonction sexuelle, la satisfaction sexuelle et le sentiment d'auto-efficacité de la femme. Il est possible que l'effet de la perception de l'intimité de la femme sur son bien-être sexuel soit plus grand que celui de la perception de l'intimité du partenaire. Ce même type de patron de résultats avait été trouvé entre la réponse de sollicitude du partenaire perçu par la femme et sa satisfaction sexuelle (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010). La deuxième étude de la thèse poursuivra l'investigation des associations entre les variables des deux membres du couple. L'intimité sexuelle et l'intimité conjugale n'ont pas été significativement associées à l'intensité de la douleur de la femme. Les résultats sont congruents avec ceux rapportés dans des études récentes (p.ex., Gilbert et al., 2010; Kleinplatz et al., 2009; McCabe, 1997; Rubin & Campbell, 2012; Stephenson & Meston, 2010). Ces études démontrent que l'intimité est associée à une plus grande satisfaction sexuelle chez les couples non-cliniques étant dans une relation à long terme (Rubin & Campbell, 2012) d'une part, et d'autre part, qu'elle est identifiée comme élément central des expériences sexuelles grandement satisfaisantes, selon

des études qualitatives (Kleinplatz et al., 2009). Les résultats de la première étude appuient également les résultats de recherche montrant que l'intimité est favorable à une meilleure fonction sexuelle et à une renégociation de la sexualité lors de l'apparition de difficultés sexuelles (Basson, 2010; Gilbert et al., 2010). Les résultats permettent de postuler que l'intimité sexuelle pourrait agir à titre de soutien social chez la femme, favorisant une meilleure régulation émotionnelle du stress de la douleur (pensées catastrophiques, peur, anxiété face à la douleur) (Benight & Bandura, 2004; Cohen & Wills, 1985). Par le fait même, il est possible que l'intimité sexuelle aide la femme à avoir plus de ressources disponibles pour s'adapter à la douleur et qu'elle puisse percevoir qu'elle a davantage de contrôle sur sa douleur vulvo-vaginale. Ainsi, les résultats de cette première étude de thèse appuient l'importance de l'intimité pour le bien-être sexuel des femmes présentant de la vulvodynie.

Deuxième article

Ensuite, la thèse avait pour but principal d'examiner l'intimité par le biais d'une méthodologie observationnelle. La conceptualisation de l'intimité sur laquelle est basée le deuxième article provient aussi de la théorie de *The Interpersonal Process Model of Intimacy* (Reis & Shaver, 1988). Ainsi, deux composantes centrales de l'intimité, le dévoilement et la réponse empathique, ont été évaluées pendant une tâche de discussion ayant lieu entre les femmes et leurs partenaires. Une méthodologie observationnelle combinée à des questionnaires auto-rapportés a été utilisée. Le dévoilement et la réponse empathique ont été examinés en lien avec la satisfaction sexuelle et la détresse sexuelle chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires. Ainsi, le dévoilement et la réponse empathique pendant une tâche de discussion ont été évalués de la perspective d'une observatrice formée à cette tâche, ainsi que

de la perspective subjective de la femme et de celle de son partenaire immédiatement après la tâche de discussion. Ces deux composantes de l'intimité ont été examinées en relation avec la satisfaction sexuelle et la détresse sexuelle chez les femmes et leurs partenaires.

La thèse a permis d'identifier des associations significatives entre la réponse empathique et la satisfaction sexuelle. Premièrement, les femmes ayant une plus grande réponse empathique pendant la tâche de discussion, tel que rapportée par leurs partenaires et évaluée par une observatrice, ont rapporté une satisfaction sexuelle plus élevée. Ce résultat va dans le même sens que l'un des résultats du premier article de thèse. En effet, les femmes qui présentent une vulvodynie percevant une plus grande intimité sexuelle avec leur partenaire rapportaient être plus satisfaites de leur sexualité. Deuxièmement, les partenaires ayant une plus grande réponse empathique pendant la tâche de discussion, tel que rapportée par les femmes et évaluée par une observatrice, ont rapporté aussi une satisfaction sexuelle plus élevée. Ainsi, émettre une réponse empathique était associé à une sexualité plus satisfaisante. Ce résultat porte à croire que l'expérience de l'intimité ne se produirait pas seulement quand une personne reçoit une réponse empathique, mais aussi lorsqu'elle en exprimerait une (Laurenceau & Kleinman, 2006). Dans le même sens, des patients qui présentent un cancer qui reçoivent ou offrent du soutien à leur partenaire se sentiraient plus proches de l'autre dans leur relation de couple (Belcher et al., 2011). La même association a été trouvée chez les partenaires d'individus présentant un cancer. Troisièmement, une plus grande réponse empathique chez les femmes, telle qu'évaluée pendant la tâche de discussion par une observatrice, a été associée à une plus grande satisfaction sexuelle chez leurs partenaires. Selon le modèle théorique d'intimité, une réponse empathique facilite l'émergence d'un sentiment d'être accepté, compris et pris en

considération chez la personne qui se dévoile et qui reçoit une réponse empathique (Reis & Shaver, 1988). Or, il a été identifié que des expériences sexuelles « optimales » ont plus de chances de se produire lorsqu'une communication ouverte, expressive, sensible et empathique est présente (Kleinplatz & Menard, 2007). Par ailleurs, la réponse empathique évaluée par une observatrice était associée à la satisfaction sexuelle des partenaires alors que la perception des partenaires de la réponse empathique de la femme n'a pas été associée à la satisfaction sexuelle de ces derniers. Ceci suggère que la réponse empathique de la femme n'a pas nécessairement besoin d'être consciemment perçue par son partenaire pour être associée à sa satisfaction sexuelle. Dans le même sens, dans leur étude menée auprès de couples de la population générale, Debrot, Cook, Perrez, & Horn (2012) ont rapporté des résultats portant à croire que la réponse empathique d'une personne n'a pas besoin d'être perçue par son/sa partenaire pour influencer l'intimité dans la relation. Plus précisément, cette étude montre que les gestes empathiques d'une personne sont associés au sentiment d'être proche d'elle chez son/sa partenaire, même en contrôlant pour la perception du partenaire de sa réponse empathique et le sentiment d'être proche précédent l'interaction. Il est possible que la réponse empathique et le dévoilement puissent être exprimés d'une façon si subtile, que le partenaire ne le décrit pas dans son questionnaire auto-rapporté. Il semble que dans ce cas, la réponse empathique et le dévoilement seraient aussi favorables à son bien-être sexuel. En fait, dans le domaine du soutien social, des études ont tenté d'identifier le soutien le plus efficace lorsque l'on compare par exemple le soutien donné par l'individu A et le soutien perçu par l'individu B de la part de l'individu A. Le soutien le plus bénéfique serait celui qui n'est pas interprété comme du soutien ou qui n'est pas remarqué par l'individu qui reçoit le soutien (p.ex., qui passe sous le radar) (Bolger, & Amarel, 2007; Bolger, Zuckerman, & Kessler, 2000). Même si

la réponse empathique de la femme n'est pas consciemment perçue par le conjoint, il est possible que la présence d'une réponse empathique chez la femme favorise des interactions davantage connectée sur le plan émotionnel dans le couple, qui en retour pourraient favoriser une plus grande satisfaction sexuelle chez les conjoints.

Par ailleurs, des associations entre le dévoilement et la satisfaction sexuelle ont été identifiées dans la présente étude. Un plus grand dévoilement pendant la discussion entre les deux membres du couple, tel que perçu par les femmes et leurs partenaires, a été associé à une plus grande satisfaction sexuelle chez les partenaires. Dans le même sens, une étude recueillant des données à partir de journaux quotidiens a montré que les variations journalières de l'intimité perçue dans la relation ont été associées positivement à la satisfaction sexuelle chez des couples engagés dans une relation à long terme (Rubin & Campbell, 2012). De même, les écrits scientifiques ont montré les effets positifs d'une communication ouverte entre les membres d'un couple en ce qui concerne leur sexualité. Plus précisément, le dévoilement de préférences sexuelles a été associé à une plus grande satisfaction sexuelle chez les hommes et les femmes (Rehman, Rellini, & Fallis, 2011). Une communication indirecte à propos de la sexualité a été associée à l'insatisfaction sexuelle chez des couples mariés (Theiss, 2011).

Enfin, la réponse empathique et le dévoilement ont été associés à la détresse sexuelle des partenaires. Ainsi, une plus grande réponse empathique chez les femmes durant la tâche de discussion, telle que perçue par une observatrice et rapportée par leurs partenaires, ont été associée à une plus faible détresse sexuelle chez ces derniers. Pour terminer, un plus grand dévoilement rapporté par les partenaires durant la tâche de discussion a été associé à une détresse sexuelle plus faible chez ces derniers. De manière similaire, les partenaires

d'individus présentant un cancer qui rapportaient une plus grande intimité dans leur relation de couple montraient une plus faible détresse sexuelle que ceux qui rapportaient une plus faible intimité (Manne & Badr, 2010).

Intégration des résultats et avenues de recherche

Reis and Shaver (1988) et Levine (2007) défendent une conceptualisation similaire de l'intimité. Reis and Shaver (1988) décrivent qu'une expérience d'intimité peut être vécue entre deux individus comme résultante du dévoilement et de la réponse empathique. Levine (2007), quant à lui, postule que lorsque deux individus échangent et présentent tous deux de bonnes habiletés d'écoute et de dévoilement de soi, un lien significatif peut être créé (« bond »). Un attachement et le sentiment de se sentir proche de l'autre peuvent se développer. L'intimité se développerait alors graduellement entre les deux individus. La définition de l'intimité comme ayant deux composantes -la réponse empathique et le dévoilement de soi – a permis d'identifier des associations avec des dimensions du bien-être sexuel chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires.

Implications du lien entre l'intimité et la fonction sexuelle

Tel que mentionné, la thèse a permis d'identifier des associations positives entre l'intimité, la fonction sexuelle et la satisfaction sexuelle. Parmi les dimensions du bien-être sexuel examinées dans la thèse, le désir sexuel, un aspect central de la fonction sexuelle, a été le plus étudié en lien avec l'intimité dans le couple. Plus précisément, les cliniciens œuvrant auprès de couples ont décrit la complexité du lien entre l'intimité et le désir sexuel. Certains ont aussi défendu qu'une intimité trop grande entre deux amoureux peut provoquer un étouffement du

désir sexuel (Mitchell, 2002; Perel, 2010). Selon ces auteurs, le désir aurait besoin d'une certaine distance avec l'autre, d'inconnu et d'incertitude pour être nourri. Également, se mettre à nu et être vulnérable en présence de l'autre dans la sexualité demande de la sécurité dans le lien, un attachement et de la prévisibilité. Il reste beaucoup à comprendre des liens bidirectionnels entre l'intimité et le désir sexuel et pour identifier ce que pourrait représenter l'équilibre entre l'incertitude et la prévisibilité qui nourrirait le désir. Face à cette question, Schnarch (1991) a proposé un modèle clinique de l'intimité qui soulève la complexité avec laquelle l'intimité se joue entre deux personnes selon leur niveau de différenciation. La différenciation est définie comme l'équilibre entre l'attachement / connexion de partenaires et l'auto-régulation/l'autonomie des individus. Schnarch (1991) avance qu'il y aurait des liens entre la différenciation de soi et le désir sexuel. Il a fait valoir que les individus ayant un faible niveau de différenciation de soi rapportent des difficultés au niveau de leur désir sexuel. Il postule que ces individus se caractérisent par un besoin plus élevé de réciprocité et une tolérance inférieure à l'intimité (p.ex., difficulté à maintenir une identité individuelle claire et à réguler l'anxiété provoquée par le dévoilement). Ce modèle demeure peu validé empiriquement mais présente une valeur heuristique, ainsi qu'une contribution à l'approche systémique en intervention de couple pour les problématiques sexuelles. Les résultats de la thèse ajoutent aux écrits scientifiques et cliniques qui suggèrent que la présence d'intimité peut nourrir le désir sexuel chez la femme et la satisfaction sexuelle des femmes et des hommes. De plus, compte tenu du fait que des données empiriques indiquent que le désir sexuel serait concomitant et non seulement antécédent à d'autres phases de la réponse sexuelle (Basson, 2010; Cohen & Wills, 1985; Graham, Sanders, Milhausen, & McBride, 2004; Mitchell, Wellings, & Graham, 2012; Schnarch, 1991), il est possible que l'intimité puisse

influencer l'excitation et le plaisir sexuel par ses effets sur le désir sexuel. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de vérifier cette hypothèse.

Implications des liens entre l'intimité, la détresse sexuelle et le sentiment d'auto-efficacité

La thèse a aussi mené à identifier des liens entre l'intimité, la détresse sexuelle et le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur. Les écrits théoriques et scientifiques sur la validation suggèrent que lorsqu'une personne exprime ses pensées personnelles et ses émotions et se sent comprise et acceptée par son/sa partenaire, elle est plus susceptible de pouvoir réduire son activation émotionnelle négative et de percevoir les situations difficiles comme tolérables (Fruzzetti & Fantozzi, 2008; Fruzzetti & Iverson, 2006). Les résultats de la thèse appuient cette hypothèse. En effet, l'intimité a été associée à un sentiment d'auto-efficacité plus élevé chez les femmes et donc à une croyance plus grande dans leur capacité à s'adapter et à contrôler la douleur. De plus, l'intimité a été associée à moins de détresse chez les partenaires. Cependant, l'intimité n'a pas été significativement associée à la détresse sexuelle des femmes. Ceci est contraire à ce qui était attendu. En effet, une étude a montré qu'avoir une relation émotionnelle pendant les activités sexuelles est associée à moins de détresse sexuelle (Bancroft et al., 2003). Peut-on donc postuler une différence de genre quant à l'impact de l'intimité sur la détresse sexuelle? Les résultats des études ayant seulement examiné les différences de sexe sont contradictoires et ne permettent pas de conclure quant aux différences de sexe dans la communication sexuelle et le dévoilement sexuel (Holmberg & Blair, 2009). Des méta-analyses récentes suggèrent que les différences de sexe seraient moins grandes qu'à première vue et que le sexe est insuffisant à lui seul pour expliquer des différences dans les expériences sexuelles (Hyde, 2005; Kleinplatz, Menard, Paradis, Campbell, & Dalglish,

2013). Pour tenter de répondre à ce questionnement, Carothers et Reis (2013) ont utilisé une méthodologie taxométrique et ont identifié que l'intimité est un concept dimensionnel plutôt que dichotomique. En d'autres mots, ils suggèrent qu'il serait inapproprié d'étudier l'intimité en faisant des catégories en fonction du sexe. Ils indiquent que l'intimité est un concept dimensionnel et que la majorité des gens sont capables d'avoir des relations intimes, quel que soit leur sexe. Ainsi, ils soulèvent que les personnes des deux sexes se situent à différents points sur un continuum, en ce qui a trait à être prêt à vivre une expérience d'intimité. Du coup, examiner le lien entre l'intimité et la détresse sexuelle en fonction du sexe ne serait pas l'avenue la plus révélatrice. Des études futures sont donc nécessaires pour mieux comprendre les liens entre l'intimité et la détresse sexuelle. Une autre avenue explicative provient d'études récentes portant sur l'intimité et la détresse sexuelle, indépendamment du genre. Les résultats de ces recherches permettent d'énoncer l'hypothèse que la présence d'intimité dans la relation doit être combinée à d'autres facteurs de protection pour être associée à une plus faible détresse sexuelle. Après d'un échantillon non-clinique, l'intimité était associée plus fortement à la satisfaction sexuelle qu'à la détresse sexuelle (Stephenson & Meston, 2012). Le lien entre la fonction sexuelle et la détresse sexuelle était modéré par la conjonction de l'intimité et de l'attachement romantique (Stephenson & Meston, 2010). Plus précisément, le fonctionnement sexuel était plus fortement associé à la détresse sexuelle chez les femmes ayant une faible intimité que chez celles ayant une grande intimité dans leur relation de couple. Ceci a cependant seulement été trouvé chez les femmes présentant une plus grande anxiété d'attachement (Stephenson et al., 2010). Les difficultés dans la relation de couple ont été identifiées comme étant le facteur le plus fortement associé à la détresse sexuelle (Bancroft et al., 2003), mais il semble complexe d'identifier des facteurs interpersonnels protecteurs de

la détresse sexuelle chez les femmes présentant de la vulvodynie. Des recherches supplémentaires seront donc nécessaires pour vérifier si la combinaison de plusieurs facteurs interpersonnels (p.ex., intimité, sécurité d'attachement) pourrait être associée à une plus faible détresse sexuelle chez les femmes.

Implications de l'absence de lien entre l'intimité et l'intensité de douleur

La thèse avait aussi pour objectif d'investiguer de façon exploratoire le lien entre l'intimité et l'intensité de douleur vulvo-vaginale perçue par la femme. Aucune association significative n'a été trouvée entre l'intimité dans la relation, l'intimité sexuelle, le dévoilement de soi, la réponse empathique et l'intensité de douleur vulvo-vaginale. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux liens entre l'intimité et l'intensité de douleur vulvo-vaginale. Dans le domaine de la douleur persistante, des chercheurs ont encouragé l'étude de l'intimité pour favoriser la régulation émotionnelle saine chez les couples ainsi qu'un meilleur fonctionnement conjugal (Cano & Williams, 2010). Il est postulé que l'intimité constitue une forme de soutien social pour la personne présentant des difficultés de santé (p.ex., Manne, Sherman, et al., 2004). Dans le domaine de la santé, le dévoilement de soi et la réponse empathique ont été associés au sentiment d'être proche de son partenaire chez les couples dont la femme présente un cancer du sein (Manne, Ostroff, et al., 2004). Dans le même sens, Manne, Ostroff, Norton, Fox, Goldstein et Grana (2006) ont effectué une étude longitudinale chez des couples dont la femme présente un cancer du sein. Ils ont montré que le dévoilement mutuel de pensées et d'émotions en lien avec l'enjeu du cancer est associé à moins de détresse et à plus de satisfaction conjugale autant chez la femme que chez son partenaire. Chez les couples en détresse dont l'homme présente un cancer de la prostate, un traitement favorisant

spécifiquement une augmentation de l'intimité a permis une amélioration de la satisfaction conjugale et une diminution de la détresse (Manne et al., 2011). Chez les femmes qui décrivent une baisse de désir, l'intimité dans le couple a été reliée à une amélioration du désir sexuel (Basson, 2010). Ainsi, la vaste majorité des études porte sur les liens entre l'intimité et le fonctionnement psychologique, social et sexuel des couples. Les liens entre l'intimité et les symptômes physiques liés à une maladie n'ont pas été examinés; ce domaine en est à un stade embryonnaire. Dans les quelques études s'étant penchées sur cette question chez les patients souffrant de douleur persistante, l'intimité n'a à ce jour pas été associée à l'intensité de douleur chez les femmes. Chez les hommes présentant de la douleur persistante, une seule étude a montré que des réponses invalidantes réciproques dans le couple ont été associées à une intensité de douleur plus élevée (Leong, Cano, & Johansen, 2011). Ce résultat a été trouvé en examinant les séquences de comportements invalidants de façon dynamique et précise, par opposition au niveau général d'invalidation dans l'interaction. Des réponses invalidantes (p.ex., ignorer et faire preuve d'hostilité) correspondent à des comportements non-empathiques qui nuisent à la régulation émotionnelle et accentueraient la distance émotionnelle chez un couple (Fruzzetti & Iverson, 2006). Dans le cadre de la thèse, des réponses non-empathiques ont été mesurées par une méthodologie observationnelle rigoureuse qui tenait compte de l'aspect dynamique des interactions. Ceci n'a pas permis néanmoins d'identifier d'associations entre l'invalidation et l'intensité de la douleur de la femme. Alors, quels sont les corrélats de la douleur vulvo-vaginale? Des facteurs biomédicaux (p.ex., infections vaginales répétées, l'utilisation de contraceptifs oraux de manière précoce et prolongée, infections urinaires répétées) et lié à un dysfonctionnement des muscles du plancher pelvien (p.ex., hypertonicité, hypersensibilité) ont été associés à la douleur

vulvovaginale (p.ex., Bergeron et al., 2011). Des facteurs intra-individuels (p.ex., peur, anxiété, catastrophisation) ont aussi été associés à une intensité de douleur plus élevée chez la femme (p.ex., Desrochers et al., 2009). Des modèles théoriques tels que le *Fear - Avoidance Model* ont été étudiés auprès des femmes présentant de la vulvodynie pour examiner les liens entre les facteurs intra-individuels et l'intensité de douleur (Desrochers et al., 2009). Sur le plan interpersonnel, les réponses du partenaire face à la douleur (p.ex., réponses de sollicitude) ont été associées à l'intensité de douleur vulvo-vaginale. Il s'agit de facteurs interpersonnels qui correspondent à des réactions comportementales du partenaire face à la douleur de la femme (p.ex., Il suggère que nous arrêtons nos activités sexuelles). Une étude a montré que les réponses de sollicitude du partenaire face à la douleur sont différentes des réponses empathiques (Cano et al., 2008). La thèse montre que du point de vue des facteurs interpersonnels, l'intimité n'est pas directement associée à l'intensité de la douleur de la femme. Une première hypothèse à vérifier est que l'intimité influencerait sur les réponses face à la douleur du partenaire, qui viennent à leur tour influencer l'intensité de la douleur de la femme. Dans le même sens, l'intimité pourrait être associée à l'intensité de douleur par le biais de facteurs intra-individuels comme l'anxiété ou la catastrophisation. Une deuxième hypothèse à investiguer est que l'intimité ne serait pas un corrélat de l'intensité de douleur vulvo-vaginale, tel que trouvé dans la thèse, mais plutôt que ce facteur favoriserait le bien-être sexuel sans influencer la douleur. Les questions de recherche ayant trait à l'intimité auprès des couples dont la femme présente une vulvodynie sont prometteuses pour favoriser une compréhension accrue des aspects interpersonnels et subjectifs de la sexualité chez des individus ayant des problèmes de santé ou des dysfonctions sexuelles. Les résultats de la thèse

suggèrent qu'à cette avenue devront être ajoutés les facteurs intra-individuels et d'autres éléments de la dynamique conjugale pour mieux comprendre le phénomène de la douleur.

Implications des liens entre le dévoilement auto-rapporté et le bien-être sexuel

La thèse a également permis d'investiguer le dévoilement tel que défini par un modèle théorique d'intimité. Plus précisément, dans le premier article, le dévoilement était mesuré en termes de degré auquel les femmes et leurs partenaires dévoilent leurs pensées et leurs émotions à propos de la sexualité. Dans le deuxième article, le dévoilement était mesuré en termes de degré auquel les femmes et leurs partenaires dévoilent leurs pensées et leurs émotions durant leur discussion sur les impacts de la douleur vulvo-vaginale sur leur vie. Les études précédentes portant sur le dévoilement se sont majoritairement attardées à investiguer le degré d'ouverture à exprimer ses préférences sexuelles à un partenaire selon une mesure auto-rapportée (MacNeil & Byers, 2009; Rehman et al., 2011). Comme le dévoilement tel que défini par le modèle d'intimité est associé à plusieurs dimensions du bien-être sexuel, il est pertinent de poursuivre son investigation plutôt que de seulement focaliser sur l'expression des préférences sexuelles. En ce sens, la thèse a permis d'affiner notre compréhension théorique de ce que constituent le dévoilement et ses liens avec différentes dimensions de la sexualité. Elle a de plus permis une avancée méthodologique en ce qui concerne la mesure du dévoilement en lien avec la sexualité, par le biais de sa méthode observationnelle et l'inclusion des deux membres du couple.

Implications de l'absence de liens significatifs entre le dévoilement observé et le bien-être sexuel

Contrairement aux hypothèses de la thèse, aucun lien significatif n'a été trouvé entre le dévoilement observé et les dimensions du bien-être sexuel à l'étude. La thèse a permis d'identifier des implications méthodologiques pour la mesure du dévoilement observé et la procédure de l'expérimentation observationnelle. En fait, une moins grande attention a été portée dans les dernières années à l'investigation du dévoilement de soi qu'à celle de la réponse empathique. Aucune mesure observationnelle de codification du dévoilement de soi n'avait été développée auparavant alors qu'une mesure observationnelle de certains comportements empathiques existait déjà. Une étude pilote a été menée précédant l'expérimentation de thèse pour développer une mesure observationnelle du dévoilement. Or, aucun résultat n'a été trouvé en lien avec le dévoilement observé. Ceci pourrait être expliqué par un manque de sensibilité de la mesure utilisée. En effet, la mesure observationnelle du dévoilement était composée de beaucoup moins d'énoncés représentant des comportements/attitudes à prendre en compte lors de la cotation de la tâche de discussion, comparativement à la mesure observationnelle des réponses empathiques. Des études futures sont donc nécessaires afin de développer des mesures observationnelles permettant de mieux capturer le dévoilement.

De plus, la thèse a permis de proposer des implications méthodologiques pour les recherches futures quant au type de consigne pertinente à utiliser dans la procédure d'expérimentation. Dans le cadre de la thèse, les études antérieures ont guidé le choix de la question à poser

pendant la tâche de discussion pour favoriser le dévoilement émotionnel. En effet, les couples auraient plus de chances de dévoiler leurs pensées et leurs émotions en lien avec la douleur s'il leur était directement demandé de le faire (Cano & Williams, 2010). En fait, demander aux couples de s'exprimer sur les impacts de la douleur vulvo-vaginale sur leur vie permettait d'évaluer le degré de dévoilement et de réponse empathique spécifiquement sur le sujet avec lequel ils rencontraient des difficultés. Les résultats du premier article de thèse avaient aussi permis d'identifier que l'intimité sexuelle était associée à plus de dimensions du bien-être sexuel que l'intimité dans la relation. Ainsi, le dévoilement de soi pendant et après les relations sexuelles était plus important pour le bien-être sexuel que le dévoilement de soi sur un sujet général discuté par le couple. Dans le même sens, les études de traitement de dysfonctions sexuelles ont montré qu'il est important d'adresser la sexualité de façon spécifique, et non la dynamique conjugale de façon générale, pour voir une diminution des symptômes reliés aux dysfonctions sexuelles (Bergeron, Binik, et al., 2011; Master & Johnson, 1970; Perel, 2010; Schnarch, 1991). Ainsi, la procédure de l'expérimentation consistait à demander aux couples de discuter des impacts de la douleur vulvo-vaginale sur leur vie. Or, il est possible qu'une consigne demandant aux couples de discuter de leur vie sexuelle ait donné lieu à plus de dévoilements émotionnels que la consigne demandant de discuter des impacts de la vulvodynie sur leur vie. En effet, au cours de l'expérimentation, les couples qui voyaient peu de conséquences de la vulvodynie sur leur vie avaient tendance à moins se dévoiler plutôt que de discuter de comment la douleur affecte peu leur vie. Les résultats en ce qui concerne les associations entre le dévoilement observé, la satisfaction sexuelle et la détresse sexuelle étaient non-significatifs. Cependant, les résultats ont montré une tendance négligeable dans le sens contraire de ce qui était attendu. Ceci peut être expliqué

par le fait que certains participants ayant un bien-être sexuel plus faible se sont peut-être davantage dévoilés sur les impacts de la douleur vulvo-vaginale, se traduisant parfois par une cotation plus élevée du dévoilement observé. De ce fait, il reste à investiguer si l'utilisation d'une consigne les amenant à discuter de leur sexualité aurait mieux permis de faire émerger la capacité de dévoilement émotionnel du couple. Ceci aurait peut-être permis de trouver une association positive entre le dévoilement observé et la satisfaction sexuelle, ainsi qu'une association négative entre le dévoilement observé et la détresse sexuelle. Enfin, une consigne demandant de discuter à propos de la sexualité aurait peut-être fait en sorte que plus de couples auraient accepté de participer à l'étude. En effet, cette question aurait peut-être été perçue comme étant moins confrontante par les femmes que la consigne de parler des impacts de la douleur sur leur vie. Ceci aurait pu avoir pour effet d'augmenter la puissance statistique qui aurait peut-être permis de détecter des liens entre le dévoilement observé et le bien-être sexuel. En bref, des études supplémentaires sont nécessaires afin de développer une procédure et une mesure observationnelle du dévoilement qui permettront d'examiner d'une façon plus sensible le dévoilement tel que défini par le modèle transactionnel de l'intimité.

Contributions principales de la thèse

Contributions théoriques

La thèse s'appuie sur la conceptualisation de l'intimité par deux composantes – la réponse empathique et le dévoilement de soi – qui est fondée sur un modèle théorique validé et qui a été mis à profit dans des études récentes (Manne, Ostroff, et al., 2004; Reis & Shaver, 1988). Ceci a permis de mesurer ce concept par une méthode observationnelle et auto-rapportée et d'identifier des associations avec des dimensions du bien-être sexuel chez les femmes

présentant de la vulvodynie et leurs partenaires. La thèse offre une première investigation des liens entre l'intimité et le bien-être sexuel chez cette population, ainsi qu'une première investigation des liens entre l'intimité et une problématique sexuelle, quelle qu'elle soit, allant au-delà des mesures auto-rapportées. Qui plus est, elle a permis d'aller plus loin que le modèle cognitif-comportemental mis de l'avant dans les domaines de la sexualité et de la douleur persistante, en examinant des facteurs émotionnels de la dynamique conjugale. En effet, le dévoilement de pensées personnelles et d'émotions ainsi que le sentiment d'être compris se manifestent chez les membres du couple par des comportements verbaux et non-verbaux, par des pensées et par des changements physiologiques (Kiecolt-Glaser, Gouin, & Hantsoo, 2010), tout en représentant des dimensions affectives de la dynamique conjugale. Ainsi, une interaction où l'on se sent proche de l'autre peut amener des émotions positives mais aussi un sentiment de vulnérabilité accru. Ainsi, l'étude du processus affectif individuel et dyadique par lequel les membres d'un couple sont plus susceptibles de se sentir proches et connectés a été investigué. De plus, la thèse a également eu pour objet l'étude de la satisfaction sexuelle et de la détresse sexuelle chez les partenaires, alors que la majorité des études s'est seulement attardée aux dimensions du bien-être sexuel de la femme présentant de la vulvodynie et aux réponses comportementales des partenaires face à sa douleur. En fait, très peu d'études dans le domaine de la sexualité se sont penchées sur les partenaires et/ou sur l'impact d'une dysfonction sexuelle de l'un des membres du couple sur l'autre membre du couple, pourtant étroitement concerné par la problématique sexuelle de son/sa conjoint(e). Enfin, les résultats de la thèse indiquent que de recevoir une réponse empathique ainsi que de donner une réponse empathique sont tous deux associés à un plus grand bien-être sexuel. À notre connaissance, aucune étude empirique n'a montré cette association dans le domaine de la sexualité.

Plus précisément, il est possible de soulever des implications supplémentaires découlant des résultats des deux études de la thèse. Premièrement, les résultats se rejoignent, car l'expérience de l'intimité de la femme est associée à sa satisfaction sexuelle. Deuxièmement, les deux études laissent croire qu'il y a plus de liens entre l'expérience de l'intimité de la femme et son bien-être sexuel que de liens entre l'expérience de l'intimité du conjoint et le bien-être sexuel de la femme. La thèse ne laisse pas croire que les effets partenaire ne sont pas pertinents à investiguer, car conclure que la perspective de la femme de l'intimité pour son bien-être est davantage centrale que la perspective de l'homme de l'intimité représenterait un avancement des connaissances tout autant que de conclure que les deux perspectives sont importantes. D'ailleurs, l'étude observationnelle a permis d'identifier que le sentiment d'être compris et accepté du partenaire est associé à une plus grande satisfaction sexuelle chez la femme. Troisièmement, il semblerait que chez les conjoints, des effets partenaire sur le bien-être sexuel sont plus nombreux ou plus faciles à détecter que chez les femmes. De façon globale, les résultats de la thèse permettent de faire un premier pas significatif vers l'identification de liens entre la dynamique d'intimité des deux membres du couple et leur bien-être sexuel. Les études scientifiques sur les relations interpersonnelles et les études sur la sexualité se font trop fréquemment en vase clos. Ceci a pour effet que deux domaines de recherche se développent en parallèle et tiennent peu compte du fait que la relation et la sexualité sont interreliées. La thèse montre qu'un plus grand chevauchement entre ces deux domaines de recherche serait profitable. Quatrièmement, les résultats de la thèse semblent indiquer que le bien-être sexuel des partenaires est plus facile à prédire que le bien-être sexuel des femmes. Dans ce cas-ci, la femme est celle qui ressent de la douleur pendant les relations sexuelles. Il est possible que si la thèse avait porté sur l'homme présentant de la douleur pelvienne ou une dysfonction

sexuelle, l'expérience de l'homme aurait probablement été celle la plus difficile à prédire comparativement à celle de sa partenaire. Les femmes avec de la vulvodynie ont des niveaux plus élevés de d'anxiété, d'amplification somatosensorielle et d'anxiété spécifique à la santé comparativement aux femmes de groupes témoins (p.ex. Meana et al., 2009). Les femmes présentant de la vulvodynie rapportent aussi de plus nombreuses attitudes négatives vis-à-vis la sexualité (p.ex. Meana et al., 1997). Les études effectuées à ce jour ne nous permettent pas d'en savoir beaucoup sur les partenaires des femmes présentant de la vulvodynie. Il commence à être clair que les partenaires souffrent aussi des impacts de la présence de la vulvodynie dans leur relation de couple (Pazmany et al., sous presse). Cependant, les conséquences semblent moins grandes pour eux que pour les femmes qui souffrent elles-mêmes. Il est possible que l'expérience des partenaires soit plus facile à prédire que celle des femmes parce que moins de facteurs viennent interférer avec leur bien-être sexuel que chez les femmes. L'intimité peut alors avoir des effets plus visibles sur eux que sur les femmes. Pour cette raison, il a été proposé que la combinaison de plusieurs facteurs de protection dans la relation de couple puisse être favorable au bien-être sexuel de la femme, plutôt que l'unique effet de l'intimité. Enfin, les résultats de la thèse n'ont pas permis de connaître le sens de l'association entre l'intimité et le bien-être sexuel chez les couples. Il est possible qu'il y ait une influence mutuelle et qu'ils puissent être favorables l'un à l'autre. Sans un minimum de dévoilement non verbal et/ou verbal entre deux individus, un rapprochement sexuel satisfaisant est peu susceptible de se produire. La sexualité peut aussi avoir le potentiel de devenir un espace où un couple peut se sentir proche sur le plan émotionnel, Réciproquement, le sentiment d'être connecté à l'autre peut être favorable à la satisfaction sexuelle. Levine (2007) avance que l'intimité et la sexualité se stimuleraient l'une et l'autre comme dans une boucle. À travers une

relation à long terme, un couple peut traverser des phases de connexion, déconnexion et de reconnexion. Effectuer des études longitudinales permettrait de mieux comprendre l'évolution de l'intimité à travers le temps et ses liens avec le bien-être sexuel. Des études futures ayant une méthodologie permettant la mesure de l'intimité à plusieurs moments dans le temps (p.ex., journaux quotidiens) permettra de mieux comprendre le processus par lequel l'intimité et la sexualité du couple s'inter-influencent.

Contributions méthodologiques

Dans les deux articles, l'intimité a été mesurée de façons complémentaires, ce qui a permis d'obtenir un portrait plus nuancé de ce concept en prenant en compte sa complexité et son aspect multidimensionnel. La deuxième étude a permis d'investiguer l'intimité par le biais d'une méthodologie observationnelle. Les interactions des couples ont donc pu être codifiées par une observatrice formée. Ceci permet d'évaluer de façon précise la réponse empathique et le dévoilement de soi à partir d'une tâche de discussion standardisée. Les mesures observationnelles de la thèse ont été développées à partir de plusieurs écrits théoriques, empiriques et cliniques (Baumeister, 1999; Laurenceau et al., 1998; Manne, Ostroff, et al., 2004; Manne, Sherman et al., 2004; Perel, 2010; Schnarch, 1991). Plus précisément, le développement de la procédure a été inspiré d'études observationnelles passées et des recommandations de chercheurs visant à favoriser le dévoilement de soi chez les couples (p. ex. Cano & Williams, 2010; Gottman, 1979). Une étude pilote a précédé l'expérimentation de la deuxième étude et a aussi permis de tester les mesures et recevoir les commentaires des couples. Qui plus est, la communication non verbale a été mesurée étant donné qu'elle a été identifiée comme ayant un rôle important à jouer dans l'expérience d'une connexion

émotionnelle et d'une sexualité « optimale » (Kleinplatz et al., 2009). Aussi, la perception subjective de la discussion des membres du couple a été capturée étant donné que l'expérience de l'intimité est subjective et émotionnelle (p.ex., il est impossible de voir de l'extérieur à quel point une personne s'est sentie comprise), en ce que les couples ont complété les questionnaires auto-rapportés tout de suite après la discussion, ce qui diminue le biais de mémoire. À notre connaissance, aucune étude observationnelle n'avait été menée auprès de cette population et plus globalement, auprès de couples présentant un problème sexuel. Or, des études avec un devis observationnel avaient été menées auprès de personnes souffrant de difficultés de santé et avaient permis d'identifier l'intimité comme étant un facteur de protection (p.ex. Manne, Ostroff, et al., 2004).

Enfin, les deux membres du couple ont été inclus dans les études de la thèse. Dans le domaine de la sexualité, seule la perception de la personne présentant une dysfonction sexuelle a été étudiée, et ce même quand des facteurs interpersonnels étaient investigués (p.ex. McCabe, 1997; Stephenson & Meston, 2010). Il en résulte que le couple est étudié en ayant de l'information partielle sur la dynamique conjugale, puisque les études n'incluent que le patient identifié. Dans le domaine de la douleur persistante, les partenaires sont de plus en plus inclus dans les recherches sur les facteurs interpersonnels (p.ex. Issner, Cano, Leonard, & Williams, 2012; Leong et al., 2011). Cependant, ce n'est que récemment que les chercheurs dans le domaine de la vulvodynie ont emboîté le pas (p.ex. Rosen et al., 2010). L'inclusion du partenaire permet de mieux comprendre les effets des difficultés sexuelles de la femme sur ce dernier. Aussi, elle permet d'identifier des réactions chez les partenaires qui sont favorables à la diminution des impacts de la douleur vulvo-vaginale sur la sexualité du couple, tout comme

les réactions chez les partenaires qui sont associées à une exacerbation des difficultés. Dans la thèse, les femmes et les partenaires représentaient l'unité d'analyses statistiques et l'interdépendance des données a été considérée, car l'intimité est un phénomène dynamique où le dévoilement et la réponse empathique de l'un influence le dévoilement et la réponse empathique de l'autre. En fait, obtenir des données sur les deux membres du couple quant à l'intimité a permis de dresser un portrait plus nuancé et complet et a pu faciliter l'identification de liens avec les dimensions du bien-être sexuel.

Contributions cliniques

Face à une demande de consultation de la part d'une femme présentant de la douleur vulvo-vaginale, une approche multidimensionnelle est dans la plupart des cas pertinente quant à la conceptualisation, l'évaluation et le traitement de cette problématique (Bergeron, Meana, Binik, & Khalife, 2010; Bergeron et al., 2011). Ainsi, il est recommandé que des facteurs cognitifs, affectifs, comportementaux, biomédicaux et interpersonnels soient ciblés. Les facteurs interpersonnels ont été étudiés un peu plus au cours des dernières années, mais il reste encore beaucoup à comprendre quant à leurs liens avec le bien-être sexuel des couples de cette population. La thèse a permis d'investiguer l'intimité, un facteur interpersonnel central mais négligé de la dynamique de couple. Bien que la thèse ne représente pas une étude de traitement permettant de tirer des conclusions causales, il est possible de formuler des pistes d'intervention découlant des résultats. D'abord, l'intimité et ses deux composantes, le dévoilement de soi et la réponse empathique, pourraient représenter des éléments protecteurs du bien-être sexuel des femmes présentant de la vulvodynie et de celui de leurs partenaires. Ainsi, les résultats du premier article suggèrent que des interventions favorisant le

dévoilement d'émotions et de pensées personnelles en lien avec la sexualité chez les femmes et leurs partenaires et le développement d'une réponse empathique pendant et après les relations sexuelles semblent bénéfiques pour la fonction sexuelle, la satisfaction sexuelle et le sentiment d'auto-efficacité face à la douleur chez les femmes présentant de la vulvodynie. La perception de la femme de l'intimité sexuelle dans le couple semble plus importante pour son bien-être sexuel que la perception de l'intimité sexuelle de son partenaire. Il n'en demeure pas moins que des interventions avec les femmes et leurs partenaires sont essentielles pour faire grandir le dévoilement et la réponse empathique dans le couple et qu'en conséquence la femme perçoit une plus grande intimité sexuelle. Pour ajouter quant à l'importance du partenaire, rappelons que le sentiment d'être compris du partenaire a été associé à la satisfaction sexuelle de la femme dans le deuxième article de thèse. Aussi, les résultats de l'article observationnel mettent en lumière que des interventions favorisant une réponse empathique et le dévoilement de soi réciproque pourraient favoriser la satisfaction sexuelle chez le couple et une moindre détresse sexuelle chez les partenaires. Jusqu'à tout récemment, les traitements développés pour limiter les conséquences négatives de la vulvodynie sur les couples visaient uniquement les femmes (Bergeron et al., 2001). Or, amorcer des changements dans la dynamique conjugale et sexuelle des couples nécessite bien souvent l'implication des deux membres du couple. Les femmes ont souvent peur de perdre leur partenaire et rapportent des effets négatifs multiples sur leur sexualité. De plus, les partenaires, bien que ne souffrant pas de vulvodynie eux-mêmes, font face aux défis posés par cette problématique dans leur sexualité. En effet, ils rapportent un niveau plus faible de fonctionnement sexuel que des hommes d'un groupe contrôle (Pazmany et al., sous presse). De plus, les partenaires de l'échantillon de la thèse ont rapporté de la détresse cliniquement significative. Les résultats de

la thèse portent à croire que des interventions liées à l'intimité seraient pertinentes et pourraient minimiser les conséquences négatives de la vulvodynie sur la sexualité des couples.

Le degré de confort des couples à échanger à propos de la sexualité lorsqu'il y a présence de vulvodynie est variable. À un extrême du continuum, les femmes présentant de la vulvodynie ont parfois tendance à ne pas dévoiler la présence de douleur pendant les relations sexuelles à leur partenaire pour éviter qu'il ne se sente inadéquat (Elmerstig et al., 2008). Par ailleurs, chez un échantillon de femmes présentant de la vulvodynie, Nguyen et al. (2011) ont trouvé que 67% des femmes étaient à l'aise de parler de leur douleur vulvo-vaginale avec leur partenaire. Les résultats de la thèse indiquent qu'il pourrait être aidant d'accompagner la femme dans le dévoilement de la présence de douleur pour que les deux membres du couple puissent échanger sur le sujet, s'offrir un soutien mutuel et développer une plus grande intimité. De l'autre côté du continuum, certains couples sont en mesure d'échanger à ce sujet, avec un degré de confort variable, tout comme cela a été vu dans le cadre de l'expérimentation de la thèse. Chez les femmes consultant en thérapie individuelle pour traiter leur vulvodynie, il pourrait être bénéfique pour un intervenant d'encourager la femme à échanger avec son partenaire sur leur sexualité. Elle pourrait aussi l'amener à inviter le partenaire à s'impliquer dans la démarche thérapeutique. Par la suite, le couple pourrait graduellement être amené à ouvrir un dialogue à propos de leur sexualité. L'établissement d'un contexte de sécurité deviendrait prioritaire pour que chacun devienne plus à l'aise vis-à-vis sa vulnérabilité, son expérience émotionnelle et ses pensées personnelles en présence de l'autre. D'ailleurs, une fréquence plus élevée de discussions à propos de la douleur entre les femmes avec de la douleur persistante et leurs partenaires a été associée à une plus grande satisfaction face à la

communication dans le couple (Newton-John & de C. Williams, 2006). Aussi, la proximité dans la relation a été associée positivement à la satisfaction sexuelle chez les femmes ne présentant pas de dysfonction sexuelle, au-delà de l'effet de la fréquence des activités sexuelles, l'excitation et le désir sexuel chez la femme (Hurlbert, Apt, & Rabehl, 1993). Des interventions dans le moment présent de la séance lors des échanges du couple pourraient être effectuées pour favoriser un dévoilement réciproque et développer une réponse empathique. Ce climat d'ouverture dans le couple pourrait aussi être favorable pour le succès d'un traitement en physiothérapie visant les muscles du plancher pelvien des femmes. En effet, il est observé en clinique que les femmes présentant de la vulvodynie vont parfois éviter de faire les exercices liés à leur traitement en raison notamment de peur/ anxiété/pensées catastrophiques. Chez une femme présentant de la vulvodynie, développer un plus grand confort à dévoiler ses pensées personnelles à son partenaire et se sentir comprise et soutenue par lui pourrait représenter une forme importante de soutien social pour faire face au stress de la douleur et l'aider à sortir de l'évitement (Fruzzetti & Iverson, 2006). En ce sens, le premier article de thèse a montré que l'intimité sexuelle est associée à un plus grand sentiment d'auto-efficacité chez la femme. Bien sûr, le développement de l'intimité chez le couple s'insérerait parmi les cibles multidimensionnelles visées simultanément par le traitement.

Limites de la thèse

Les deux études qui composent la thèse présentent des limites méthodologiques.

Premièrement, les participants inclus dans la thèse étaient des femmes âgées de 18 à 45 ans et leurs partenaires. Ils devaient être engagés dans une relation de couple depuis au moins 6 mois. Hormis un couple de femmes, tous les participants étaient hétérosexuels. Comme les

deux études de la thèse visaient les couples, les femmes n'ayant pas dévoilé la présence de douleur à leur partenaire n'ont pas pu faire partie de l'échantillon de l'étude. Il est donc nécessaire d'effectuer d'autres études avant de généraliser les résultats à l'ensemble des femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires.

La méthodologie utilisée dans les études de la thèse est corrélationnelle et ne permet pas d'identifier des effets de causalité ni la direction de l'association entre l'intimité et les dimensions du bien-être sexuel à l'étude. Bien que l'utilisation d'une méthodologie observationnelle soit une force de la thèse, le taux de participation en a été plus faible parce que les couples devaient prendre part à une discussion filmée. Certains effets ont pu ne pas être détectés en raison du petit échantillon de l'étude observationnelle. Cependant, le taux de participation demeure raisonnable considérant que les couples devaient parler des impacts de la douleur vulvo-vaginale sur leur vie.

Conclusions

La thèse a permis de mieux comprendre et d'identifier des associations entre l'intimité et des dimensions centrales du bien-être sexuel chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires. Elle a permis de s'éloigner d'un modèle cognitif-comportemental pour investiguer des composantes émotionnelles de la dynamique conjugale. En effet, le partenaire n'était pas conceptualisé comme un agent de renforcement des comportements liés à la douleur chez la femme. Le partenaire était plutôt vu comme un membre actif d'une dynamique conjugale où il peut avoir un effet protecteur sur les conséquences négatives de la douleur vulvo-vaginale sur lui-même et sur la femme, dans une expérience sexuelle et émotionnelle à travers laquelle il souffre aussi. La combinaison d'une méthodologie observationnelle et de questionnaires auto-

rapportés a permis d'obtenir un portrait plus nuancé de l'intimité, une sphère centrale de la relation de couple. Des dimensions centrales de la sexualité ont été examinées. Des cibles d'interventions ont été suggérées à partir des résultats des articles de thèse, ainsi que des pistes de recherche futures. Pour conclure, la thèse démontre que l'intimité peut être un facteur de protection du bien-être sexuel chez les femmes présentant de la vulvodynie et leurs partenaires.

Références citées dans l'introduction et dans la conclusion

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Awada, N., Bergeron, S., Steben, M., Hainault, V.A., & McDuff, P. (2014). To Say or not to Say: Dyadic Ambivalence over Emotional Expression and Its Associations with Pain, Sexuality, and Distress in Couples Coping with Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12463>
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 294-304. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. (2003). Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023420431760>
- Basson, R. (2010). Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. In Levine, S.B., Risen, C.B. & Althof, S.E.(2e.éd.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (pp. 159-179). New York, Routledge.
- Baumeister, R. F. (1999). Passion, intimacy, and time: passionate love as a function of change in intimacy. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 49-67. <http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr03013>
- Baumeister, R.F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126, 347-374.

- Belcher, A. J., Laurenceau, J.-P., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: Maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology, 30*(6), 665-673.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024705>
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*(10), 1129-1148.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., Pagidas, K., Glazer, H. G., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain, 91*, 237-306. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00449-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00449-8)
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., & Glazer, H. I. (2001). Vulvar Vestibulitis Syndrome: Reliability of Diagnosis and Evaluation of Current Diagnostic Criteria. *Obstetrics & Gynecology, 98*(1), 45-51.
- Bergeron, S., Meana, M., Binik, Y. M., & Khalife, S. (2010). Painful sex. In Levine, S.B., Risen, C.B. & Althof, S.E.(2e.éd.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (pp. 193-214). New York: Routledge.
- Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain, 152*(6), 1223-1225.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.035>

- Basson, R. (2010). Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. In Levine, S.B., Risen, C.B. & Althof, S.E.(2e.éd.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (pp. 159-179). New York: Routledge.
- Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, *34*, 11-21.
- Bolger, N. & Amarel, David. (2000). Effects of Social Support Visibility on Adjustment to Stress: Experimental Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(3), 458-475.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 953-961.
- Brauer, M., Laan, E., & ter Kuile, M. M. (2006). Sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, *35*(2), 191-200.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-9001-7>
- Brauer, M., Ter Kuile, M. M., Laan, E., & Trimbos, B. (2009). Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *35*(1), 1-24. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230802525604>
- Brotto, L. A., Heiman, J. R., & Tolman, D. L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research*, *46*(5), 387-398.
<http://dx.doi.org/10.1080/00224490902792624> 19291528
- Cano, A., Barterian, J. A., & Heller, J. B. (2008). Empathic and nonempathic interaction in chronic pain couples. *The Clinical Journal of Pain*, *24*(8), 678-684.
<http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31816753d8>

- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain, 107*(1-2), 99-106.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.003>
- Cano, A., Leong, L. E., Williams, A. M., May, D. K., & Lutz, J. R. (2012). Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse. *Pain, 153*(12), 2441-2447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.015>
- Cano, A., & Williams, A. C. (2010). Social interaction in pain: reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain, 149*(1), 9-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.010>
- Carothers, B. J., & Reis, H. T. (2013). Men and women are from Earth: Examining the latent structure of gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 104*(2), 385-407.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0030437>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Danielsson, I., Sjoberg, I., Stenlund, H., & Wikman, M. (2003). Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scandinavian Journal of Public Health, 31*(2), 113-118.
<http://dx.doi.org/10.1080/14034940210134040>
- Davis, H. J., & Reissing, E. D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy, 22*(2), 245-254. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990601026601>

- Debrot, A., Cook, W. L., Perrez, M., & Horn, A. B. (2012). Deeds matter: Daily enacted responsiveness and intimacy in couples' daily lives. *Journal of Family Psychology, 26*(4), 617-627. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028666>
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *The Clinical Journal of Pain, 25*(6), 520-527. <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31819976e3>
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2010). Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy, 48*(2), 106-115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.014>.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., & Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex and Marital Therapy, 34*(3), 198-226. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230701866083>
- Desrosiers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y. M., & Khalife, S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *Journal of Sexual Medicine, 5*(2), 418-427. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00705.x>
- Donaldson, R. L., & Meana, M. (2011). Early dyspareunia experience in young women: Confusion, consequences, and help-seeking barriers. *Journal of Sexual Medicine, 8*(3), 814-823. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02150.x>

- Elmerstig, E., Mijma, B., & Bertero, C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *Journal of Adolescent Health, 43*(4), 357-363.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.02.011>
- Fekete, E. M., Stephens, M. A. P., Mickelson, K. D., & Druley, J. A. (2007). Couples' support provision during illness: The role of perceived emotional responsiveness. *Families, Systems, & Health, 25*(2), 204-217. <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.25.2.204>
- Ferreira, L. C., Narciso, I., & Novo, R. F. (2012). Intimacy, sexual desire and differentiation in couplehood: A theoretical and methodological review. *Journal of Sex Marital Therapy, 38*(3), 263-280. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.606885>
 22533870
- Fruzzetti, A. E., & Fantozzi, B. (2008). Couple therapy and the treatment of borderline personality and related disorders. In Gurman, A. S. (4e.éd.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 567-590). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2006). Intervening With Couples and Families to Treat Emotion Dysregulation and Psychopathology. In Snyder, D. K., Simpson, J. E., Hughes, J. N. (éd), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 249-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. *Archives of Sexual Behavior, 39*(4), 998-1009. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9416-z>
- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: Responses to a web-based

survey. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(Suppl1), 45-58.

<http://dx.doi.org/10.1080/713847126>

Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Empirical investigations*. New York : Academic Press.

Goubert, L., Craig, K. D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M. J., de, C. Williams. A. C., . . .

Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*, 118(3), 285-288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.10.025>

Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 527-538.

<http://dx.doi.org/10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.f0>

Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E., Goldstick, O., & Yovell, Y. (2011). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.533563>

Graziottin, A., & Brotto, L. A. (2004). Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Clinical Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(3), 125-139.

<http://dx.doi.org/10.1080/00926230490258866>

Harlow, B. L., Kunitz, C. G., Nguyen, R. H., Rydell, S. A., Turner, R. M., & MacLehose, R. F. (2014). Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(1), 40.e1-40.e48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.033>

- Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*, *58*(2), 82-88.
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, *5*(7), 1681-1693. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x>
- Holmberg, D., & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research*, *46*(1), 57-66. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490802645294>
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & Rabehl, S. M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *19*(2), 154-165. <http://dx.doi.org/10.1080/00926239308404899>
- Hyde, J. S. (2005). The Gender Similarities Hypothesis. *American Psychologist*, *60*(6), 581-592. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.581>
- Issner, J. B., Cano, A., Leonard, M. T., & Williams, A. M. (2012). How do I empathize with you? Let me count the ways: Relations between facets of pain-related empathy. *The Journal of Pain*, *13*(2), 167-175. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.10.009>
22225968
- Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B., & Wald, L. H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioural model

of chronic pain. *Pain*, 81(1-2), 95-104. <http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959%2899%2900005-6>

Jodoin, M., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis, M.-J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (2008).

Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress.

Journal of Sexual Medicine, 5(12), 2862-2870. <http://dx.doi.org/10.1111.j/1743-6109.2008.00950.x>

Keefe, F. J., & Porter, L. (2007). Pain catastrophizing in the context of satisfaction with spousal responses: New perspectives and new opportunities. *Pain*, 131(1-2), 1-2.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.05.016>

Kiecolt-Glaser JK, Gouin JP, & Hantsoo LV (2010). Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 35, 33-38.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.09.003>

Kleinplatz, P. J., & Menard, A. (2007). Building Blocks Toward Optimal Sexuality:

Constructing a Conceptual Model. *The Family Journal*, 15(1), 72-78.

<http://dx.doi.org/10.1177/1066480706294126>

Kleinplatz, P. J., Menard, A., Paradis, N., Campbell, M., & Dalglish, T. L. (2013). Beyond sexual stereotypes: Revealing group similarities and differences in optimal sexuality.

Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 45(3), 250-258. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031776>

- Kleinplatz, P. J., Menard, A. D., Paquet, M., Paradis, N., Campbell, M., Zuccarino, D., & Mehak, L. (2009). The Components of Optimal Sexuality: A Portrait of "Great Sex". *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(1-2).
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior, 31*(3), 275-287. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1015205020769>
- Knoll, N., Scholz, U., Burkert, S., Roigas, J., & Gralla, O. (2009). Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1-year follow-up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. *International Journal of Psychology, 44*(2), 129-137. <http://dx.doi.org/10.1080/00207590701607930>
- Landry, T., & Bergeron, S. (2009). How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *Journal of Sexual Medicine, 6*(4), 927-935. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01166.x>
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA, 281*(6), 537-544. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1238-1251. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1238>
- Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Rovine, M. J. (2005). The Interpersonal Process Model of Intimacy in Marriage: A Daily-Diary and Multilevel Modeling Approach. *Journal of Family Psychology, 19*(2), 314-323. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.314>

- Laurenceau, J.-P., & Kleinman, B. M. (2006). Intimacy in Personal Relationships. In Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (Eds.) *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 637-653). New York, NY: Cambridge University Press.
- Laurenceau, J.-P., Rivera, L. M., Schaffer, A. R., & Pietromonaco, P. R. (2004). Intimacy as an Interpersonal Process: Current Status and Future Directions. In Mashek, D., Aron, A. (Éds), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 61-78). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, M., Steben, M., & Lambert, B. (sous presses). Attachment, sexual assertiveness and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Archives of Sexual Behavior*.
- Leong, L. E. M., Cano, A., & Johansen, A. B. (2011). Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters. *The Journal of Pain*, 12(11), 1140-1148.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.04.004>
- Levine, S. B. (2007). *Demystifying love: Plain talk for the mental health professional*. New York, Routledge/Taylor & Francis Group.
- MacNeil, S., & Byers, E. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 46(1), 3-14.
<http://dx.doi.org/10.1080/00224490802398399>
- Manne, S., & Badr, H. (2010). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Psycho-Oncology*, 19(9), 941-954.
<http://dx.doi.org/10.1002/pon.1645>

- Manne, S., Badr, H., & Kashy, D. A. (2012). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(3), 334-346. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9349-1>
- Manne, S., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2004). The Interpersonal Process Model of Intimacy: The Role of Self-Disclosure, Partner Disclosure, and Partner Responsiveness in Interactions Between Breast Cancer Patients and Their Partners. *Journal of Family Psychology, 18*(4), 589-599. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.589>
- Manne, S., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R. E., & Fox, K. (2004). Couples' Support-Related Communication, Psychological Distress, and Relationship Satisfaction Among Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 660-670. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.660>
- Manne, S. L., Kissane, D. W., Nelson, C. J., Mulhall, J. P., Winkel, G., & Zaider, T. (2011). Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine, 8*(4), 1197-1209. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02163.x>
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(3), 234-247. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.941>
- Master, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown: Boston.

McCabe, M. P. (1997). Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *Journal of Sex Marital Therapy, 23*(4), 276-290.

<http://dx.doi.org/10.1080/00926239708403932>

Meana, M. (2009). Painful intercourse: Dyspareunia and vaginismus. *Journal of Family Psychotherapy, 20*(2-3), 198-220. <http://dx.doi.org/10.1080/08975350902970105>

Meana, M. (2010). Elucidating women's (hetero)sexual desire: Definitional challenges and content expansion. *Journal of Sex Research, 47*(2-3), 104-122.

<http://dx.doi.org/10.1080/00224490903402546>

Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. R. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology, 90*(4 Pt 1), 583-589.

Meana, M., & Lykins, A. (2009). Negative affect and somatically focused anxiety in young women reporting pain with intercourse. *Journal of Sex Research, 46*(1), 80-88.

<http://dx.doi.org/10.1080/00224490802624422>

Mitchell, K. R., Wellings, K. A., & Graham, C. (2012). How Do Men and Women Define Sexual Desire and Sexual Arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy, 40*(1), 17-32.

<http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2012.697536>

Mitchell, S. A. (2002). *Can love last?: The fate of romance over time*. New York, NY: W W Norton & Co.

Moyal-Barracco, M., & Lynch, P. J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *The Journal of Reproductive Medicine, 49*(10), 772-777.

- Newton-John, T. R., & de C. Williams, A. C. (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain, 123*(1-2), 53-63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.009>
- Nguyen, R., MacLehose, R. F., Veasley, C., Turner, R. M., Harlow, B. L., & Horvath, K. J. (2011). Comfort in discussing vulvar pain in social relationships among women with vulvodynia. *The Journal of Reproductive Medicine, 57*(3-4), 109-114.
- Payne, K. A., Binik, Y. M., Pukall, C. F., Thaler, L., Amsel, R., & Khalife, S. (2007). Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Archives of Sexual Behavior, 36*(2), 289-300. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9089-4>.
- Pazmany, E., Bergeron, S., Van Oudenhove, L., Verhaeghe, J., & Enzlin, P. (sous presse). Sexual communication, dyadic adjustment and psychosexual well-being in pre-menopausal women with dyspareunia and their partners: A controlled study. *Journal of Sexual Medicine*.
- Perel, E. (2010). The double flame: Reconciling intimacy and sexuality, reviving desire. In Leiblum, S. R. (Éds), *Treating sexual desire disorders: A clinical casebook* (pp. 23-43). New York: Guilford Press.
- Ponte, M., Klemperer, E., Sahay, A., & Chren, M. M. (2009). Effects of vulvodynia on quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology, 60*(1), 70-76.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.06.032>
- Reed, B. D., Haefner, H. K., Punch, M. R., Roth, R. S., Gorenflo, D. W., & Gillespie, B. W. (2000). Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic

- pelvic pain. A comparative evaluation. *Journal of Reproductive Medicine*, 45(8), 624-632.
- Rehman, U. S., Rellini, A. H., & Fallis, E. (2011). The Importance of Sexual Self-Disclosure to Sexual Satisfaction and Functioning in Committed Relationships. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3108-3115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02439.x>
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In Duck, S. W. (Eds.), *Handbook of Personal Relationships* (pp.367-389). Chichester: Wiley.
- Robinson, J. K., Stapleton, J., & Turrisi, R. (2008). Relationship and partner moderator variables increase self-efficacy of performing skin self-examination. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(5), 755-762. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2007.12.027>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3715-3724. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M.-L. (2013). Impact of Male Partner Responses on Sexual Function in Women With Vulvodynia and Their Partners: A Dyadic Daily Experience Study. *Health Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034550>
- Rubin, H., & Campbell, L. (2012). Day-to-Day Changes in Intimacy Predict Heightened relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary

analysis. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 224-231.

<http://dx.doi.org/10.1177/1948550611416520>

Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. Norton: New York.

Sheppard, C., Hallam-Jones, R., & Wylie, K. (2008). Why have you both come? Emotional, relationship, sexual and social issues raised by heterosexual couples seeking sexual therapy (in women referred to a sexual difficulties clinic with a history of vulval pain).

Sexual and Relationship Therapy, 23(3), 217-226.

<http://dx.doi.org/10.1080/14681990802227974>

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3683-3694.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01958.x>

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2012). Consequences of impaired female sexual functioning: Individual differences and associations with sexual distress. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(4), 344-357.

<http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2012.738905>

Stewart, D. E., Reicher, A. E., Gerulath, A. H., & Boydell, K. M. (1994). Vulvodynia and psychological distress. *Obstetrics & Gynecology*, 84(4, Part 1), 587-590.

Tang, C. S.-k., Lai, B. P., & Chung, T. K. (2010). Influences of mastery, spousal support, and adaptive coping on sexual drive and satisfaction among Chinese gynecologic cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1191-1200.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9528-0>

Theiss, J. A. (2011). Modeling dyadic effects in the associations between relational uncertainty, sexual communication, and sexual satisfaction for husbands and wives.

Communication Research, 38(4), 565-584.

<http://dx.doi.org/10.1177/0093650211402186>

ANNEXE A

Questionnaire sur l'intimité conjugale

Cette mesure a été adaptée à partir de :

Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1238-1251. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1238>

Intimité dans la relation

Indiquez votre réponse à chaque énoncé suivant en utilisant l'échelle proposée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout						Beaucoup

En général, dans votre relation de couple...

1. À quel point dévoilez-vous vos pensées personnelles à votre partenaire?	1	2	3	4	5	6	7
2. À quel point votre partenaire vous dévoile ses émotions?	1	2	3	4	5	6	7
3. À quel point votre partenaire vous dévoile ses pensées personnelles?	1	2	3	4	5	6	7
4. À quel point dévoilez-vous vos émotions à votre partenaire?	1	2	3	4	5	6	7
5. À quel degré vous sentez-vous compris(e) par votre partenaire?	1	2	3	4	5	6	7
6. À quel degré vous sentez-vous accepté(e) par votre partenaire?	1	2	3	4	5	6	7
7. À quel degré sentez-vous que votre partenaire se préoccupe de vous?	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE B

Questionnaire sur l'intimité sexuelle

Cette mesure a été adaptée à partir de :

Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1238-1251. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1238>

Intimité sexuelle

Indiquez votre réponse à chaque énoncé suivant en utilisant l'échelle proposée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout						Beaucoup

1. Pendant ou immédiatement après des activités sexuelles, à quel point sentez-vous que votre partenaire vous comprend?	1	2	3	4	5	6	7
2. Pendant ou immédiatement après des activités sexuelles, à quel point sentez-vous que votre partenaire se préoccupe de vous et vous considère?	1	2	3	4	5	6	7
3. Pendant ou immédiatement après des activités sexuelles, à quel point sentez-vous que votre partenaire vous accepte comme vous êtes?	1	2	3	4	5	6	7
4. En pensant à votre relation sexuelle avec votre partenaire, à quel point dévoilez-vous vos pensées sexuelles personnelles à votre partenaire?	1	2	3	4	5	6	7
5. En pensant à votre relation sexuelle avec votre partenaire, à quel point votre partenaire vous dévoile-t-il/elle ses émotions à propos de la sexualité?	1	2	3	4	5	6	7
6. En pensant à votre relation sexuelle avec votre partenaire, à quel point votre partenaire vous dévoile-t-il/elle ses pensées sexuelles personnelles?	1	2	3	4	5	6	7
7. En pensant à votre relation sexuelle avec votre partenaire, à quel point dévoilez-vous vos émotions à propos de la sexualité à votre partenaire?	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE C

Systeme de codification de la réponse empathique : Tri de cartes de la réponse empathique

Tri de cartes de la réponse empathique

Tri de cartes

Cet outil observationnel permet de codifier le degré de réponse empathique d'un auditeur en interaction avec un locuteur. Des items décrivent des réponses empathiques et d'autres des réponses non-empathiques. Comme il s'agit d'un outil observationnel, un souci d'objectivité est nécessaire. En ce sens, nous avons choisi des items portant uniquement sur des comportements observables. Aucune inférence ne doit être faite par le codificateur.

Précisions:

1- Tout d'abord, le terme « détresse » revient à plusieurs reprises. Ce mot est utilisé afin de décrire un état particulièrement intense chez le locuteur, impliquant des émotions négatives telles la tristesse, le désespoir, la colère. Cet état de détresse doit être vécu au moment présent, pendant la discussion. Si aucun moment de détresse n'est vécu, les items impliquant de la détresse doivent être placés sous la colonne 0.

2- Le terme « réponse » inclut autant les réponses verbales que non-verbales. Si l'auditeur a une réaction quelconque face à un propos ou un comportement du locuteur, il s'agit d'une réponse.

3- Bien que les participants nous apparaissent parfois tendus et intimidés par le contexte de laboratoire, cela ne permet pas d'excuser certains comportements. Par exemple, si un auditeur rit face au locuteur en détresse, mais qu'il est peut-être gêné par la procédure, nous devons tout de même le codifier.

4- Les réponses à la détresse du locuteur sont plus importantes que les réponses à des propos moins centraux ou d'intensité plus faible (en termes émotifs).

5- Dans le même ordre d'idées, certains comportements positifs n'ont pas l'occasion de se produire souvent pendant une discussion, comme exprimer son affection. Ce type d'item doit tout de même ressortir lors la codification, même si le comportement ne se produit qu'une fois ou deux pendant toute la discussion.

8- Pour d'autres types de comportements, il est plus représentatif de se fier à l'ensemble de la discussion. Par exemple, les items sur la cadence doivent tenir compte de toute la discussion.

Ainsi, l'auditeur sera évalué sur sa façon générale de suivre ou non le rythme du locuteur et ne sera pas nécessairement pénalisé si une seule fois, il a imposé son propre rythme.

9- Pour les items de dévoilement réciproque, il est important de seulement coter comme correspondant au comportement si l'auditeur garde le focus sur le locuteur. S'il se dévoile, mais qu'ainsi le locuteur n'a plus sa place, les items sont classés comme non-représentatif du comportement observé. De plus, d'autres items permettent de faire ressortir que l'auditeur prend la place appartenant au locuteur.

La codification

À notre avis, une discussion d'au moins 10 minutes filmée est nécessaire afin d'obtenir suffisamment de contenu pour la codification. De plus, l'expérimentateur devrait demander aux participants de s'exprimer à tour de rôle, afin d'identifier un locuteur et un auditeur de manière claire. Lors du visionnement, il est important de garder en tête les items du Tri de cartes de la réponse empathique afin d'identifier les comportements pertinents à la codification. Quelques notes peuvent être prises pendant le visionnement.

L'objectivité est de mise lors de la codification. Entre autres, il faut porter attention à notre tendance à s'identifier à l'un des deux partenaires. Il faut éviter d'être biaisé en approuvant ou en désapprouvant les comportements observés. Il faut faire de notre mieux pour que ça ne biaise pas notre codification.

Avant de commencer la codification, les questions suivantes doivent être posées :

- 1- Est-ce que globalement la réponse de l'auditeur était empathique?
- 2- Est-ce que les réponses de l'auditeur favorisaient le dévoilement du locuteur ?
- 3- Est-ce que les réponses de l'auditeur favorisaient une interaction plus intime ?
- 4- Y avait-il de l'hostilité chez l'auditeur ?

Ensuite, chacun des 44 items est lu et placé dans l'une des cinq piles. Les items qui correspondent beaucoup au comportement observé pendant l'interaction sont placés sous la colonne +2 alors que les items ne correspondant pas du tout au comportement observé sont placés sous la colonne -2. Il est possible qu'un comportement soit également présent et absent ou qu'il soit trop difficile à évaluer. Dans ces cas, l'item est placé dans la pile 0. Une seule classification est nécessaire pour ce tri de cartes. Toutefois, il peut être pertinent de relire les items pour être certain qu'ils sont placés dans la bonne colonne. À la fin, il y a donc un nombre variable d'items dans chaque pile ce qui, entre autres, permet d'augmenter la variabilité inter-sujet.

-2	-1	0	1	2
Ne correspond pas du tout à ce que j'ai observé		Neutre (non-observé ou partagé)		Correspond beaucoup à ce que j'ai observé

Liste des items à codifier

1. L'auditeur semble inconfortable face aux dévoilements du locuteur.
2. L'auditeur bombarde le locuteur de réponses.
3. L'auditeur perçoit les propos négatifs du locuteur comme des manifestations de rejet, il les prend personnellement.
4. L'auditeur banalise les propos du locuteur.
5. L'auditeur interagit sans émotion avec le locuteur.
6. L'auditeur ignore souvent (ne répond pas) les signaux positifs et affectueux du locuteur.
7. Le locuteur exprime de la détresse à l'auditeur, mais l'auditeur n'en est pas conscient, les ignore ou encore n'y répond pas.
8. En interaction avec le locuteur, l'auditeur questionne le locuteur de façon intrusive.
9. L'auditeur impose au locuteur sa propre perspective.

10. L'auditeur adopte une attitude sarcastique vis-à-vis le locuteur.
11. L'auditeur porte un jugement sur les propos du locuteur.
12. L'auditeur réprimande ou critique le locuteur.
13. L'auditeur met une emphase négative sur les propos/le comportement du locuteur.
14. L'auditeur adopte une attitude ou un comportement hostile lorsque le locuteur exprime de la détresse.
15. L'auditeur manifeste de l'hostilité vis-à-vis le locuteur par des énoncés ou des indices non-verbaux (p.ex. attitude de dédain -> stigmatisation; ton de la voix).
16. L'auditeur change de sujet face aux dévoilements du locuteur.
17. L'auditeur utilise trop l'humour face aux dévoilements du locuteur.
18. L'auditeur tourne en ridicule les propos du locuteur.
19. Quand le locuteur se dévoile, l'auditeur se retire ou se distance de la discussion.
20. La discussion d'un thème se termine lorsque le locuteur est satisfait.
21. Lors des interactions, l'auditeur attend la réponse du locuteur.
22. La cadence des interactions semble déterminée par l'auditeur plutôt que par le locuteur.
23. Le contenu des interactions semble déterminé par l'auditeur plutôt que par le locuteur.
24. L'auditeur interrompt une interaction en cours.
25. L'auditeur normalise le comportement/expérience du locuteur.
26. L'auditeur exprime son affection par des contacts physiques.
27. Les partenaires manifestent une proximité physique.
28. L'auditeur utilise des mots doux envers le locuteur.
29. L'auditeur est accessible sans restriction.

30. L'auditeur répond verbalement et de façon empathique aux signaux de détresse intenses du locuteur.
31. L'auditeur exprime des reflets empathiques en réponse à ce que dévoile le locuteur.
32. L'auditeur exprime des reflets empathiques d'émotions en réponse à ce que dévoile le locuteur.
33. Dévoilement de soi réciproque de la part de l'auditeur en réponse aux dévoilements du locuteur, tout en demeurant centré / focalisé sur le locuteur.
34. Attention empathique verbale minimale.
35. Attention empathique non-verbale.
36. Tentative empathique d'aider le partenaire à clarifier ce qu'il pense et comment il se sent en verbalisant et / ou en proposant des idées sur ce que le partenaire pourrait penser, souhaiter ou ressentir.
37. Tentative empathique de comprendre l'autre en posant des questions sur ses comportements et/ou ses expériences personnelles.
38. L'auditeur complète l'idée du locuteur de façon appropriée.
39. Les réponses de l'auditeur sont lentes à venir.
40. L'auditeur focalise sur ses propres besoins en réponse aux dévoilements du locuteur.
41. L'auditeur donne des signaux non-verbaux de désintérêt.
42. L'auditeur répond non-verbalement et de façon empathique aux signaux de détresse intenses du locuteur.
43. L'auditeur adopte un comportement invalidant et ne fait aucune tentative de réparation.
44. L'auditeur manifeste une incongruence entre ses propos et ses indices non-verbaux.

ANNEXE D

Systeme de codification du dévoilement de soi

Système de codification du dévoilement

Date : _____ Numéro d'identification du questionnaire : IF/P _____

Grille de codification du dévoilement de soi- Version locuteur

Évaluez à quel point le locuteur a dévoilé des pensées, émotions, espoirs ou comportements révélateurs au cours de la discussion. Portez aussi attention au comportement non-verbal par lequel le locuteur a pu se dévoiler.

Précision : Le dévoilement de soi ne doit pas être mesuré à partir du calcul de la quantité de phrases partagées. Un individu obtiendra un score plus élevé s'il se dévoile d'une façon personnelle et centrale qu'un individu qui se dévoile beaucoup mais souvent d'une façon peu personnelle et centrale.

1	2	3	4	5
Pas du tout	Moyennement			Beaucoup

1. Le locuteur dévoile ses pensées/perceptions à l'auditeur.	1	2	3	4	5
2. Le locuteur dévoile ses souhaits/espoirs à l'auditeur.	1	2	3	4	5
3. Le locuteur dévoile ses émotions positives à l'auditeur.	1	2	3	4	5
4. Le locuteur dévoile ses émotions négatives à l'auditeur.	1	2	3	4	5
5. Le locuteur se dévoile à l'auditeur de façon centrale.	1	2	3	4	5
6. Le locuteur se dévoile à propos des impacts de la douleur sur sa vie.	1	2	3	4	5
7. Le locuteur se dévoile à propos de sa sexualité	1	2	3	4	5

ANNEXE E

Questionnaire sur la perception de l'intimité pendant la discussion

Date _____

NoIF/P _____

Questionnaire sur la perception de la discussion

Indiquez votre réponse à chaque énoncé suivant en utilisant l'échelle proposée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1	2	3	4	5
Pas du tout				Beaucoup

À quel point la discussion que vous avez eue avec votre partenaire est similaire à une discussion que vous auriez eue à la maison?

1 2 3 4 5

Au cours de la discussion,

1. À quel point avez-vous dévoilé vos pensées à votre partenaire?

1 2 3 4 5

2. À quel point avez-vous dévoilé des informations/faits à votre partenaire?

1 2 3 4 5

3. À quel point avez-vous dévoilé vos émotions positives à votre partenaire?

1 2 3 4 5

4. À quel point avez-vous dévoilé vos émotions négatives à votre partenaire?

1 2 3 4 5

5. À quel point avez-vous dévoilé vos souhaits/ espoirs à votre partenaire?

1 2 3 4 5

6. À quel point avez-vous dévoilé vos comportements à votre partenaire?

1 2 3 4 5

7. À quel point vous êtes-vous dévoilé(e) à propos de votre sexualité à votre partenaire?

1 2 3 4 5

8. À quel point vous êtes-vous dévoilé(e) à votre partenaire à propos de comment la douleur affecte votre vie?

1 2 3 4 5

9. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) ses pensées?

1 2 3 4 5

10. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) des informations/des faits?

1 2 3 4 5

11. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) des émotions positives ?

1 2 3 4 5

12. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) des émotions négatives?

1 2 3 4 5

Questionnaire sur la perception de la discussion - Femme

Indiquez votre réponse à chaque énoncé suivant en utilisant l'échelle proposée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1	2	3	4	5
Pas du tout				Beaucoup

13a. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) des souhaits/espoirs? 1 2 3 4 5

14. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) des pensées à propos de la douleur? 1 2 3 4 5

15. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) ses souhaits/espoirs à propos de la douleur? 1 2 3 4 5

16. À quel point votre partenaire a-t-il/elle dévoilé(e) ses comportements? 1 2 3 4 5

17. À quel point votre partenaire s'est-il/elle dévoilé(e) à propos de sa sexualité? 1 2 3 4 5

18. À quel degré vous êtes-vous senti(e) compris(e) par votre partenaire? 1 2 3 4 5

19. À quel point vous êtes-vous senti(e) accepté(e) par votre partenaire? 1 2 3 4 5

21. À quel degré avez-vous senti que votre partenaire se préoccupait et se souciait de vous? 1 2 3 4 5

ANNEXE F

Échelle visuelle analogique

Turk, D. C., & Melzack, R. (2010). *Handbook of Pain Assessment*. In Turk, D. C., & Melzack, R. (Éds.). Guilford Press: New York.

ANNEXE G

Mesure d'efficacité personnelle pour les relations sexuelles douloureuses

Adaptée à partir de:

Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R.(1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 32, 37-44.

Mesure d'efficacité personnelle pour les relations sexuelles douloureuses
--

Sous-échelle d'efficacité personnelle : douleur

Pour les questions suivantes, nous aimerions savoir comment la douleur que vous ressentez pendant les relations sexuelles vous affecte. Pour chacune des questions suivantes, veuillez encrer le nombre correspondant à la certitude que vous avez de pouvoir *maintenant* accomplir les activités suivantes.

1. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir diminuer votre douleur *de façon importante*?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine		Modérément incertaine						Très certaine	

2. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir poursuivre la majorité de vos activités sexuelles?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine		Modérément incertaine						Très certaine	

3. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir empêcher votre douleur pendant les relations sexuelles de nuire à votre relation de couple?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine		Modérément incertaine						Très certaine	

4. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir diminuer *un peu à modérément* la douleur que vous ressentez pendant les relations sexuelles en utilisant des méthodes non chirurgicales?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine		Modérément incertaine						Très certaine	

5. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir diminuer *de beaucoup* la douleur que vous ressentez pendant les relations sexuelles en utilisant des méthodes non chirurgicales?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine		Modérément incertaine						Très certaine	

Mesure d'efficacité personnelle pour les relations sexuelles douloureuses
--

Sous-échelle d'efficacité personnelle : fonctionnement

Nous aimerions savoir jusqu'à quel point vous êtes confiante en votre capacité à accomplir certaines activités. Pour chacune des questions suivantes, veuillez encercler le nombre qui correspond à la certitude que vous avez de pouvoir accomplir ces activités *dès maintenant*. Veuillez prendre en considération ce que vous pouvez faire *de façon routinière* et non ce qui vous demanderait un effort extraordinaire.

DÈS MAINTENANT, JUSQU'À QUEL POINT ÊTES-VOUS CERTAINE QUE VOUS POUVEZ:

1. Tenter une relation sexuelle et réussir une pénétration partielle.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

2. Tenter une relation sexuelle et réussir une pénétration complète sans mouvement.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

3. Tenter une relation sexuelle et réussir une pénétration complète avec mouvement.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

4. Insérer ou retirer un tampon.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

5. Prendre part à un examen gynécologique complet.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

6. Insérer votre doigt dans votre vagin.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

Mesure d'efficacité personnelle pour les relations sexuelles douloureuses

7. Laisser votre partenaire insérer son doigt dans votre vagin.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

8. Laisser votre partenaire stimuler manuellement vos organes génitaux.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

9. Laisser votre partenaire stimuler oralement vos organes génitaux.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

Sous-échelle d'efficacité personnelle : autres symptômes

Pour les questions suivantes, nous aimerions savoir comment vous vous sentez quant à votre capacité à contrôler votre douleur pendant les relations sexuelles. Pour chacune des questions suivantes, veuillez encercler le nombre qui correspond au degré de certitude que vous avez que vous pouvez *maintenant* accomplir les activités suivantes.

1. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir contrôler votre désir et votre excitation sexuelle?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Très incertaine				Modérément incertaine		Très certaine			

2. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir adapter votre activité sexuelle afin d'être active sans aggraver votre douleur pendant les relations sexuelles?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Très incertaine				Modérément incertaine						Très certaine

3. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir faire quelque chose qui vous aidera à vous sentir mieux si vous vous sentez découragée à propos de votre douleur pendant les relations sexuelles?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Très incertaine				Modérément incertaine						Très certaine

Mesure d'efficacité personnelle pour les relations sexuelles douloureuses

4. Comparativement à d'autres femmes avec des douleurs pendant les relations sexuelles telles que les vôtres, jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir gérer votre douleur génitale pendant vos activités sexuelles?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Très incertaine				Modérément incertaine						Très certaine

5. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir gérer vos relations sexuelles douloureuses et les symptômes qui y sont associés afin de pouvoir faire les choses que vous aimez?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Très incertaine				Modérément incertaine						Très certaine

6. Jusqu'à quel point êtes-vous certaine de pouvoir composer avec la frustration accompagnant la douleur pendant les relations sexuelles?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Très incertaine				Modérément incertaine						Très certaine

ANNEXE H

Index de la fonction sexuelle féminine

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex Marital Therapy*, 26, 191-208.

**Female Sexual Function Index (FSFI) en français – Version Femme ou Partenaire
Femme
Index de fonction sexuelle de la femme**

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

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

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

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

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

Désir sexuel: Le désir ou l'intérêt sexuel est un sentiment qui comprend la volonté d'avoir une expérience sexuelle, se sentir réceptif à l'initiation sexuelle d'un(e) partenaire, et le fait de penser ou de fantasmer à propos de la relation sexuelle.

Ne cochez qu'une seule réponse par question.

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

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

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous sentie excitée pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Presque jamais ou jamais
2. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
5. Presque toujours ou toujours

4. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Très faible ou absent
2. Faible
3. Modéré
4. Élevé
5. Très élevé

5. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous confiante de devenir excitée pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Confiance très faible ou absente
2. Confiance faible
3. Confiance modérée
4. Confiance élevée
5. Confiance très élevée

6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été satisfaite de votre excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Presque jamais ou jamais
2. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
5. Presque toujours ou toujours

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence êtes-vous devenue lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Presque jamais ou jamais
2. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
5. Presque toujours ou toujours

8. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de devenir lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Extrêmement difficile ou impossible
2. Très difficile
3. Difficile
4. Quelque peu difficile
5. Pas difficile

9. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous maintenu votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Presque jamais ou jamais
2. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
5. Presque toujours ou toujours

10. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de maintenir votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Extrêmement difficile ou impossible
2. Très difficile
3. Difficile
4. Quelque peu difficile
5. Pas difficile

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle fréquence avez-vous atteint l'orgasme (jouissance)?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Presque jamais ou jamais
2. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
5. Presque toujours ou toujours

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, jusqu'à quel point était-il difficile pour vous d'atteindre l'orgasme (jouissance)?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Extrêmement difficile ou impossible
2. Très difficile
3. Difficile
4. Quelque peu difficile
5. Pas difficile

13. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme (jouissance) pendant des activités ou rapports sexuels?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Très insatisfaite
2. Modérément insatisfaite
3. Également satisfaite et insatisfaite
4. Modérément satisfaite
5. Très satisfaite

14. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite du degré de proximité émotionnelle entre vous et votre partenaire lors d'activités sexuelles?

N/A Pas d'activité sexuelle

1. Très insatisfaite
2. Modérément insatisfaite
3. Également satisfaite et insatisfaite
4. Modérément satisfaite
5. Très satisfaite

15. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de l'aspect sexuel de votre relation avec votre partenaire?

1. Très insatisfaite
2. Modérément insatisfaite
3. Également satisfaite et insatisfaite
4. Modérément satisfaite
5. Très satisfaite

16. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle dans son ensemble?

1. Très insatisfaite
2. Modérément insatisfaite
3. Également satisfaite et insatisfaite
4. Modérément satisfaite
5. Très satisfaite

17. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur **pendant** la pénétration vaginale?

N/A Pas de pénétration vaginale

1. Presque toujours ou toujours
2. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
5. Presque jamais ou jamais

18. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur **après** la pénétration vaginale?

N/A Pas de pénétration vaginale

1. Presque toujours ou toujours
2. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
3. Parfois (environ la moitié du temps)
4. Quelquefois (moins de la moitié du temps)
5. Presque jamais ou jamais

19. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'inconfort ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale?

N/A Pas de pénétration vaginale

1. Très élevé
2. Élevé
3. Modéré
4. Faible
5. Très faible ou absent

ANNEXE I

Mesure globale de satisfaction sexuelle

Lawrance, K.-A., & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285.

Mesure globale de satisfaction sexuelle
--

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

1.

Très bonne				Très mauvaise		
7	6	5	4	3	2	1

2.

Très agréable				Très désagréable		
7	6	5	4	3	2	1

3.

Très positive				Très négative		
7	6	5	4	3	2	1

4.

Très satisfaisante				Très insatisfaisante		
7	6	5	4	3	2	1

5.

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

ANNEXE J

Échelle de détresse sexuelle chez la femme

Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230290001448>

Échelle de détresse sexuelle chez la femme

Consignes: Ci-dessous se trouve une liste de sentiments et de problèmes que les femmes ont parfois en ce qui concerne leur sexualité. Veuillez lire chaque item attentivement, et encercler le nombre qui décrit le mieux LA FRÉQUENCE AVEC LAQUELLE CE PROBLÈME VOUS A GÊNÉ OU VOUS A CAUSÉ UNE DÉTRESSE PENDANT LES 30 DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI. Veuillez encercler un nombre seulement pour chaque item, et prendre soin de répondre à tous les énoncés.

Exemple: À quelle fréquence vous êtes-vous sentie: **Personnellement responsable de vos problèmes sexuels.**

Jamais 0	Rarement 1	Occasionnellement 2	Fréquemment 3	Toujours 4
-------------	---------------	------------------------	------------------	---------------

À QUELLE FRÉQUENCE VOUS ÊTES VOUS SENTIE:

	0	1	2	3	4
1. En détresse par rapport à votre vie sexuelle	0	1	2	3	4
2. Malheureuse par rapport à votre relation sexuelle	0	1	2	3	4
3. Coupable des difficultés sexuelles	0	1	2	3	4
4. Frustrée par vos problèmes sexuels	0	1	2	3	4
5. Stressée par le sexe	0	1	2	3	4
6. Inférieure à cause de vos problèmes sexuels	0	1	2	3	4
7. Inquiète par rapport au sexe	0	1	2	3	4
8. Sexuellement inadéquate	0	1	2	3	4
9. Avoir des regrets par rapport à votre sexualité	0	1	2	3	4
10. Embarrassée par rapport à vos problèmes sexuels	0	1	2	3	4
11. Insatisfaite de votre vie sexuelle	0	1	2	3	4
12. En colère par rapport à votre vie sexuelle	0	1	2	3	4

ANNEXE K

Échelle de détresse sexuelle chez le/la partenaire

Adaptée à partir de :

Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230290001448>

Échelle de détresse sexuelle chez la femme – Révisée- version partenaire

Consignes: Ci-dessous se trouve une liste de sentiments et de problèmes que les femmes ont parfois en ce qui concerne leur sexualité. Veuillez lire chaque item attentivement, et encercler le nombre qui décrit le mieux LA FRÉQUENCE AVEC LAQUELLE CE PROBLÈME VOUS A GÊNÉ OU VOUS A CAUSÉ UNE DÉTRESSE PENDANT LES 30 DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD’HUI. Veuillez encercler un nombre seulement pour chaque item, et prendre soin de répondre à tous les énoncés.

Exemple: À quelle fréquence vous êtes-vous senti: **Personnellement responsable des problèmes sexuels de votre partenaire.**

Jamais 0	Rarement 1	Occasionnellement 2	Fréquemment 3	Toujours 4
-------------	---------------	------------------------	------------------	---------------

À QUELLE FRÉQUENCE VOUS ÊTES VOUS SENTI:

1. En détresse par rapport à votre vie sexuelle	0	1	2	3	4
2. Malheureux (se) par rapport à votre relation sexuelle	0	1	2	3	4
3. Coupable des difficultés sexuelles de votre partenaire	0	1	2	3	4
4. Frustré par les problèmes sexuels de votre partenaire	0	1	2	3	4
5. Stressé par le sexe	0	1	2	3	4
6. Inférieur(e) à cause des problèmes sexuels de votre partenaire	0	1	2	3	4
7. Inquiet(ète) par rapport au sexe	0	1	2	3	4
8. Sexuellement inadéquat(e)	0	1	2	3	4
9. Avoir des regrets par rapport à votre sexualité	0	1	2	3	4
10. Embarrassé(e) par rapport aux problèmes sexuels de votre partenaire	0	1	2	3	4
11. Insatisfait(e) de votre vie sexuelle	0	1	2	3	4
12. En colère par rapport à votre vie sexuelle	0	1	2	3	4